

R É P U B L I Q U E F R A N Ç A I S E

REVUES DE DÉPENSES

2017

Le recours contre tiers
des caisses de sécurité sociale



Les revues de dépenses constituent **un dispositif innovant d'évaluation des dépenses publiques**, instauré par la loi de programmation des finances publiques 2014-2019 (article 22). Elles ont pour **objectif explicite de documenter des mesures et des réformes structurelles de redressement des comptes publics**. Réalisées en toute indépendance par les corps d'inspection et de contrôle, **les recommandations des revues de dépenses n'engagent donc pas le Gouvernement**. Leur efficacité repose tant sur leur contenu opérationnel que sur leur procédure spécifique, qui associe étroitement Gouvernement et Parlement.

Un champ de compétence large associé à une démarche opérationnelle

Portant sur l'ensemble des administrations publiques, **le champ d'intervention des revues de dépenses est très large**. Elles peuvent couvrir tous les domaines de l'action publique et tous les sous-secteurs des administrations publiques (État, agences, organismes de sécurité sociale, collectivités territoriales), comme tous les outils de financement des politiques publiques (dépenses fiscales, crédits budgétaires, taxes affectées, etc.).

Centrées sur la réalisation d'économies, les revues de dépenses **s'inscrivent dans une logique opérationnelle**. Chaque revue de dépenses doit permettre d'approfondir la connaissance des dépenses afin de préparer des réformes pouvant être mises en œuvre à court ou moyen terme.

Une association du Parlement en parfaite articulation avec le calendrier de la préparation du budget

L'une des principales innovations des revues de dépenses par rapport aux autres exercices d'évaluation tient à leur **articulation étroite avec le calendrier budgétaire annuel**. Ces modalités de mise en œuvre sont directement prévues par la loi de programmation des finances publiques (LPFP) et **constituent un élément clé de l'efficacité du dispositif**.

La loi dispose ainsi que **l'exercice est lancé chaque année de manière concomitante avec le dépôt du PLF**. La liste des thèmes faisant l'objet d'une revue de dépenses est présentée dans une annexe budgétaire du PLF dédiée (« jaune »). Les parlementaires sont ainsi informés des thèmes des revues et de leurs enjeux pour en débattre, le cas échéant, avec le Gouvernement.

Les travaux des corps de contrôle doivent être finalisés au cours du premier trimestre. Ce calendrier permet ainsi que **les conclusions des revues de dépenses puissent être intégrées à la construction du PLF suivant**. Le Gouvernement en prévoit la diffusion, sans que celle-ci soit précisée dans la LPFP, non seulement dans un souci de transparence, mais aussi dans la volonté de fournir le degré d'information le plus précis et le plus fin, propre à nourrir des échanges éclairés et de qualité au sein du débat public.



Inspection générale
des finances

Inspection générale
de l'administration
de l'éducation nationale
et de la recherche

Inspection générale
des affaires sociales

N° 2017-M-004

N° 2017-053

N° 2017-005R

RAPPORT

REVUE DE DÉPENSES

LE RECOURS CONTRE TIERS DES CAISSES DE SÉCURITÉ SOCIALE

Établi par

Hélène PELOSSE
Inspectrice générale
des finances

Vincent RUOL
Inspecteur
des affaires sociales

Avec la collaboration de

Philippe SULTAN
Inspecteur de l'administration
de l'éducation nationale et de
la recherche

Carole MAUDET
Inspectrice des Finances

Margaux LEBOULANGER
Assistante de mission
de l'inspection générale des finances

- JUIN 2017 -

SYNTHÈSE

Par lettre de mission en date du 21 décembre 2016, l'Inspection Générale des Finances (IGF) et l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) ont été saisies par quatre ministres (éducation nationale, santé, budget et économie et finances) d'une mission de revue générale des dépenses relative au recours contre tiers (RCT) des caisses de sécurité sociale. Les travaux évoqués par la lettre de mission portaient sur trois points :

- ◆ le chiffrage le plus exhaustif possible du potentiel du RCT, à comparer aux montants effectivement recouverts par les caisses pour en déduire des marges de progrès ;
- ◆ l'analyse des moyens d'améliorer le signalement des tiers responsables et en particulier l'état de la mise en œuvre des recommandations de la mission menée par l'IGAS relative aux signalements effectués par les établissements de santé en 2015 et l'étude des voies de transmission des signalements par les établissements scolaires aux caisses de sécurité sociale en ce qui concerne les accidents scolaires. Pour ce dernier point, une lettre de mission complémentaire en date du 22 mars 2017 a permis d'impliquer l'Inspection Générale de l'Administration de l'Éducation Nationale et de la Recherche (IGAENR) ;
- ◆ l'évaluation du chiffrage des créances réalisé par les caisses de sécurité sociale et la proposition de solutions juridiques ou pratiques permettant pour chaque dossier, d'améliorer l'évaluation des créances, d'en assurer l'exhaustivité et d'en améliorer le recouvrement.

À partir des données existantes, la mission a tenté de reconstituer le gisement du RCT pour le rapprocher des montants recouverts par les organismes de sécurité sociale (OGROSS) et identifier le manque à gagner. À cet effet, elle est partie des paiements versés par les assureurs en 2015 et qui figurent dans les états C11 communiqués à l'autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR). Si les montants relatifs à l'indemnisation des accidents automobiles avec tiers responsable sont bien identifiés, il n'en va pas de même des autres domaines (accidents scolaires, accidents médicaux) noyés dans la rubrique responsabilité civile générale. Pour les accidents médicaux, une réglementation complémentaire imposant la transmission d'états *ad hoc* à l'ACPR a permis de pallier cette difficulté. Aux montants de paiements 2015 ont été appliqués des ratios de créances des OGROSS rapportés au total de l'indemnisation tels qu'ils ont été constatés sur un échantillon de dossiers contentieux.

Sous réserve des hypothèses retenues, le gisement automobile a ainsi été estimé entre 858 et 933 M€ toutes populations et régimes confondus pour un montant recouvert par la CNAMTS de 757 M€ et extrapolé à 932 M€ en prenant en compte l'ensemble de la population, et donc les autres régimes, en particulier ceux de fonctionnaires. Il existe donc un faible manque à gagner au plus de 80 M€, principalement lié à la faiblesse de la pratique du RCT pour les régimes de fonctionnaires.

Quant au gisement du RCT des accidents médicaux, il est inférieur à 100 M€ par an, la mission l'a estimé à près de 85 M€ ; 65 M€ étant recouvert en 2015, le manque à gagner est faible, de l'ordre de 20 M€/an. La mission conclut donc à l'absence de gisement massif non recouvert dans ces deux domaines.

En ce qui concerne les accidents scolaires, le gisement a été calculé de deux manières.

Premièrement par extrapolation des données constatées sur le plus gros acteur du domaine qui détient 25% de part de marché. Ce premier calcul aboutit à une indemnisation totale de 4,5 M€ pour tous les accidents scolaires, soit près de 8 000 dossiers/an et un potentiel de RCT de 1,2 M€.

Rapport

Deuxièmement par reconstitution d'un gisement à partir d'une part, d'enquêtes de l'InVS effectuées dans des classes de 3^{ème} et de CM2 et portant sur le nombre d'accidents et le type de lésions et d'autre part, par application d'un coût moyen par type de lésion sur la base de données calculées par l'agence technique d'information sur l'hospitalisation (ATIH) à la demande de la mission. Des calculs effectués par la mission, il ressort une fourchette de [295 000 – 554 000] accidents causés par un tiers dans le primaire et le secondaire, dont le coût pour les OGROSS est respectivement dans une fourchette de [125 - 235] M€/an.

Il convient de noter que dans l'outil de la CNAMTS, GRECOT, les accidents scolaires et périscolaires représentent 3175 dossiers en nombre en 2015 pour un recouvrement de 3,4 M€.

Le montant de 3,4 M€ est à comparer d'une part aux 1,2 M€ résultant de l'extrapolation du potentiel du gisement à partir des données d'un assureur et à la fourchette de 125-234 M€ résultant de la reconstitution à partir des études InVS et des coûts moyens communiqués par l'ATIH. Ces résultats très différents résultant de deux méthodes différentes s'expliquent par un taux de sous déclaration massif auprès des assureurs des accidents scolaires par les parents des victimes. Cette sous-déclaration s'explique par plusieurs facteurs :

- d'une part le faible niveau de gravité des accidents qui les fait sortir, dans la perception des victimes et de leurs parents, du champ de la responsabilité civile pour rejoindre celui des accidents de la vie courante ;
- d'autre part, les accidents surviennent généralement dans un cadre collectif (cour de récréation, sortie de la salle de classe, etc.) ne permettant pas toujours d'identifier le ou les auteurs du dommage ;
- enfin, les liens affectifs qui existent entre les enfants et les parents, le fait de se côtoyer tous les jours et qui limitent la déclaration d'accident impliquant un tiers, obstacle qui n'existe pas lorsque le tiers responsable n'est pas une personne de l'entourage de la victime : le signalement du tiers responsable n'est dans ce cas pas socialement acceptée. Dès lors, et à défaut de modifier ce comportement, la récupération de ce gisement apparaît largement illusoire.

À cette difficulté de sous déclaration massive du nombre d'accidents scolaires auprès des assureurs et des OGROSS par les parents des victimes s'ajoutent des difficultés internes au ministère de l'Éducation nationale. L'enquête terrain menée par la mission a montré en effet que la circulaire de 2009 imposant la déclaration des accidents scolaire aux directeurs d'écoles primaires et aux chefs d'établissement du second degré n'est que très partiellement appliquée, en tout état de cause mieux dans le primaire que dans le secondaire. La faible remontée d'informations par les écoles et établissements semble en contradiction avec les constats des enquêtes InVS sur le taux de prévalence des accidents. Au final, la mission estime que, compte tenu à la fois du faible enjeu financier, et du contexte d'allègement des charges administratives des directeurs d'écoles, la seule option envisageable serait de demander la transmission systématique d'une copie de la déclaration d'accident scolaire uniquement en cas d'accident ayant entraîné un séjour hospitalier (à l'exception d'un simple passage aux urgences).

Au final et en ce qui concerne les deux premiers points demandés par la lettre de mission, la mission estime qu'il n'y a pas de gisement caché substantiel.

En ce qui concerne le troisième point, on peut noter que le sous rendement du RCT, sans être massif, existe. Il est lié à une multitude de facteurs.

Rapport

En premier lieu, une sous déclaration par les organismes et personnes en charge du signalement. La sous déclaration apparaît limitée du côté des assureurs, au plus de l'ordre de 25 % en nombre pour les accidents automobiles qui peuvent s'expliquer par les ouvertures de sinistres suivies, après instruction par les services de l'assureur, d'une clôture sans indemnisation. Une certitude est apparue : les établissements de santé sous déclarent ou mal déclarent les accidents médicaux, sans que la sous déclaration soit au final substantielle, compte tenu du rattrapage par d'autres acteurs sur lesquels pèsent l'obligation de signalement.

En deuxième lieu, la gestion du RCT par les OGROSS est largement améliorable et se heurte à des difficultés de plusieurs natures. Tout d'abord, des difficultés liées au fonctionnement interne, notamment en ce qui concerne le rattachement des créances à l'accident causé par un tiers, aux systèmes d'information et à la profondeur des bases de données avec l'impossibilité de retrouver les créances anciennes, ainsi que les difficultés liées au chiffrage des créances. Il faut également mentionner l'insuffisance de la mutualisation du RCT alors qu'il s'agit d'un métier de haute technicité exigeant une main d'œuvre très qualifiée.

Enfin, la mission a pu constater la très faible pratique du RCT en ce qui concerne les accidents des fonctionnaires : seuls les accidents de service sont détectés et peuvent faire l'objet de recours contre tiers ; pour les prestations hors accidents de service (maintien de la rémunération du fonctionnaire), le recours n'est généralement pas effectué. De manière générale, les services gestionnaires font valoir le fait qu'ils n'ont pas connaissance de l'accident et de l'existence d'un tiers responsable : ils ne bénéficient de signalement ni de l'assureur du responsable, ni de la caisse primaire d'assurance maladie (ou section locale mutualiste) en charge du recours contre tiers pour les prestations en nature, ni d'ailleurs même de leur propre agent¹. Les administrations publiques ne sont pas incitées, en raison des règles budgétaires, à effectuer un recours effectif au titre du recours contre tiers.

De manière générale, le sujet du recours contre tiers est assez largement orphelin : aucune administration centrale (direction générale de l'offre de soins pour les établissements hospitaliers, direction générale de l'administration et de la fonction publique pour les fonctions publiques, Direction générale des collectivités locales pour les collectivités locales) contactée n'a été en mesure de fournir d'éléments de pilotage et de suivi sur ce sujet.

En troisième lieu, l'insuffisance de la coopération entre les différents organismes susceptibles d'intervenir, notamment entre caisses et entre branches.

En quatrième lieu, les manœuvres dilatoires de certains assureurs vis-à-vis des OGROSS dans le cadre du protocole relatif aux accidents automobiles

En cinquième lieu, la rétention d'information de la part de certains opérateurs, comme par exemple certains centres hospitaliers et l'impossibilité de récupérer certaines prestations non individualisées (comme l'heure d'hélicoptère, le tarif journalier de séjour en institut médico-éducatif pour ceux bénéficiant d'une dotation globale, etc.).

En dernier lieu, il convient de citer la complexité des textes organisant le RCT, comme la divergence de la date de consolidation en droit commun et en droit social, l'absence de recours subrogatoire pour les prestations servies par les caisses d'allocations familiales, l'insuffisante organisation d'une exception légitime au secret médical.

Au final, la mission estime, comme elle l'avait d'ores et déjà indiqué aux commanditaires, qu'aucune recommandation opérationnelle en termes de rendement budgétaire n'est à attendre rapidement dans le cadre des projets de loi de finances et projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018. Elle estime qu'il conviendrait de réfléchir, sans l'avoir expertisé plus avant, à une simplification du RCT via une forfaitisation.

¹ La collectivité publique dispose d'un recours contre l'agent victime d'un accident automobile ayant omis de le déclarer (article 15 de la loi Badinter). Cette action n'est en pratique jamais mise en œuvre.

SOMMAIRE

1. LA MISSION ESTIME LES SOMMES RECOUVRABLES AU TITRE DU RECOURS CONTRE TIERS ENTRE 943 ET 1 018 M€, SOIT UNE MARGE D'AMÉLIORATION DE MOINS DE 100 M€.....	3
1.1. Le recours contre tiers s'exerce dans un cadre juridique et institutionnel complexe.....	4
1.1.1. <i>La responsabilité civile et la subrogation</i>	5
1.1.2. <i>Les textes applicables aux organismes gérant un régime obligatoire de sécurité sociale</i>	6
1.1.2.1. <i>Le texte général : la loi Badinter</i>	6
1.1.2.2. <i>Les textes particuliers applicables aux organismes gérant un régime obligatoire de sécurité sociale</i>	7
1.1.3. <i>Les règles d'indemnisation du dommage corporel</i>	8
1.2. L'estimation du gisement pour les accidents automobiles.....	10
1.2.1. <i>La mission a estimé les montants effectivement recouverts par les organismes sociaux entre 858 et 933 M€</i>	10
1.2.1.1. <i>En contrepartie d'une indemnisation plus rapide, son montant est plus faible pour les règlements transactionnels par rapport aux solutions contentieuses</i>	11
1.2.1.2. <i>Les montants perçus par les organismes sociaux sont le plus souvent définis dans un cadre conventionnel</i>	12
1.2.1.3. <i>Les travaux sur échantillon comme les études professionnelles conduisent à estimer le potentiel de recours contre tiers entre 858 et 933 M€</i>	13
1.2.2. <i>La mission estime qu'il existerait un potentiel d'amélioration d'environ 100 M€, principalement du fait des organismes publics</i>	15
1.3. L'estimation du gisement pour les accidents médicaux	15
1.3.1. <i>Une réglementation de 2007 prévoit la transmission à l'ACPR de statistiques ad hoc en matière de responsabilité médicale</i>	15
1.3.2. <i>Il n'existe pas dans le domaine des accidents médicaux de spécificité de la voie contentieuse en fonction de la tranche d'indemnisation</i>	17
1.3.3. <i>Le gisement dans le domaine des accidents médicaux est estimé à 85 M€ par la mission, soit un manque à gagner de l'ordre de 20 M€</i>	18
1.4. L'estimation du gisement pour les accidents scolaires	19
1.4.1. <i>La mission estime le nombre d'accidents scolaires de l'ordre de 1 200 000 par an dans le primaire et le secondaire</i>	19
1.4.1.1. <i>Les services du ministère de l'éducation ne suivent pas le nombre d'accidents scolaires</i>	20
1.4.1.2. <i>L'enquête de terrain menée par la mission montre un suivi variable d'un service départemental à l'autre</i>	20
1.4.1.3. <i>L'enquête BaObAc permet d'inférer un nombre d'au moins 119 000 accidents scolaires</i>	21
1.4.1.4. <i>Sur la base d'enquêtes statistiques, la mission estime le nombre d'accidents scolaires à environ 1 200 000 par an</i>	22
1.4.2. <i>Parmi ces accidents, entre 295 000 et 554 000 seraient le fait d'un tiers responsable</i>	22
1.4.3. <i>Les séjours hospitaliers représentent l'essentiel des 125 à 234 M€ de coût pour l'assurance maladie</i>	22

Rapport

1.4.3.1.	<i>La mission estime à un quart le poids des séjours hospitaliers, les autres modes de prise en charge se répartissant à parts égales les trois quarts restants</i>	23
1.4.3.2.	<i>Les prises en charge hospitalières représentent un coût unitaire compris entre 858 et 2 063 €</i>	24
1.4.3.3.	<i>Au total, les sommes à charge de l'assurance maladie à raison d'accidents scolaires avec tiers responsable seraient comprises entre 125 et 234 M€ par an</i>	24
1.4.4.	<i>Un recours contre tiers en pratique difficile à mettre en œuvre</i>	25
1.4.4.1.	<i>Des montants recouverts modestes</i>	25
1.4.4.2.	<i>Une faible mobilisation des assureurs dans le domaine de la responsabilité civile scolaire</i>	25
1.4.4.3.	<i>Un gisement difficile à exploiter</i>	26
2.	LE SOUS RENDEMENT DU RECOURS CONTRE TIERS EST LIÉ À UNE MULTITUDE DE FACTEURS	26
2.1.	<i>Une sous déclaration par les organismes et personnes en charge du signalement</i> ...	27
2.1.1.	<i>Une sous-déclaration limitée de la part des assureurs</i>	27
2.1.1.1.	<i>Les accidents médicaux</i>	27
2.1.1.2.	<i>Les accidents automobiles</i>	28
2.1.1.3.	<i>Les recommandations de la mission</i>	28
2.1.2.	<i>Une certitude : les établissements de santé sous déclarent ou mal déclarent, dans une ampleur variable selon la politique de chaque CPAM</i>	28
2.1.3.	<i>Une sous-déclaration par les victimes inégale et très substantielle dans le domaine des accidents scolaires</i>	29
2.1.3.1.	<i>Une déclaration inégale par les victimes</i>	29
2.1.3.2.	<i>Une sous-déclaration substantielle dans le domaine des accidents scolaires</i>	30
2.2.	<i>La gestion par les organismes sociaux n'est pas optimale</i>	31
2.2.1.	<i>Une organisation interne améliorable à bien des égards</i>	32
2.2.1.1.	<i>Le rattachement des créances nécessite un important travail</i>	32
2.2.1.2.	<i>Les créances anciennes ne peuvent être retrouvées</i>	33
2.2.1.3.	<i>Le chiffrage des créances est par nature un exercice délicat</i>	34
2.2.1.4.	<i>Les mutualisations mises en œuvre sont encore insuffisantes</i>	36
2.2.1.5.	<i>Le cas particulier des régimes de fonctionnaires</i>	38
2.2.2.	<i>Une collaboration inter caisses et interbranches à initier</i>	40
2.2.3.	<i>Des éléments de déséquilibre dans le droit protocolaire</i>	41
2.2.4.	<i>Les difficultés pour les caisses d'obtenir les créances de certains établissements</i>	43
2.2.5.	<i>L'impossibilité de facturer certaines prestations</i>	44
2.3.	<i>Les difficultés liées à certains textes</i>	44
2.3.1.	<i>Les dates de consolidation des droits commun et social divergent</i>	44
2.3.2.	<i>Les prestations servies par les caisses d'allocation familiales ne bénéficient pas du recours subrogatoire</i>	45
2.3.3.	<i>Il convient d'organiser une dérogation légitime au secret médical</i>	46
2.4.	<i>Une voie non expertisée par la mission : la forfaitisation globale du recours contre tiers</i>	48

INTRODUCTION

Par lettre de mission en date du 21 décembre 2016, l'Inspection Générale des Finances et l'Inspection Générale des Affaires Sociales ont été saisies par quatre ministres (éducation nationale, santé, budget et économie et finances) d'une mission de revue générale des dépenses relative au recours contre tiers (RCT) des caisses de sécurité sociale. Cette mission a été confiée² à Hélène Pelosse, inspectrice générale des finances et Vincent Ruol, inspecteur des affaires sociales. Philippe Sultan, inspecteur général de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche a rejoint la mission sur ses aspects scolaires (cf. Annexe 6 bis Enquête de terrain sur les accidents scolaires). La mission a démarré effectivement mi-janvier 2016.

Le processus de revue de dépenses a été établi par l'article 22 de la loi de programmation des finances publiques pour les années 2014 à 2019. Les revues de dépenses constituent un exercice d'évaluation des politiques budgétaires distinct de ceux qui l'ont précédé :

- ◆ à chaque revue de dépenses est assigné un objectif de consolidation budgétaire *ex ante* : la finalité de la mission est de documenter et de préciser les moyens d'atteindre cette cible, de la façon la plus opérationnelle possible ;
- ◆ les revues de dépenses sont articulées avec le calendrier budgétaire : les thèmes qui font l'objet d'une mission sont publiés en annexe au projet de loi de finances (PLF) et les conclusions doivent être rendues à temps pour permettre, le cas échéant, une intégration de leurs recommandations dans la construction du budget de l'année suivante ;
- ◆ les revues de dépenses sont destinées à être transmises au Parlement et font l'objet d'un suivi, la mise en œuvre de leurs recommandations est détaillée dans une annexe budgétaire (jaune) au moment du dépôt de chaque PLF.

Un maximum de propositions doivent être assorties de chiffrage des économies en dépenses ou en recettes supplémentaires qui y sont associées, avec les hypothèses de calcul et notamment celles afférentes au taux de croissance tendancielle des dépenses retenues ; un tableau récapitulatif des mesures de consolidation budgétaire proposées doit figurer en évitant les doubles comptes et en évaluant l'ampleur des réformes exigées par l'atteinte de la cible *ex ante* ; quant à l'horizon temporel, il peut être variable, une partie des recommandations pouvant donner lieu à des mesures dans le prochain PLF ou PLFSS ; enfin les modalités de mise en œuvre (nature des textes à adopter, procédures, consultations) doivent être précisées.

La lettre de mission (cf. Annexe 1) indique que les travaux devront permettre d'augmenter les recouvrements de 15% sur les années à venir, afin de pérenniser par des mesures structurelles l'amélioration constatée en 2015. Il est précisé que le champ de la mission portera sur l'ensemble des régimes obligatoires de la sécurité sociale, y compris les régimes spéciaux, l'ensemble des RCT devront être pris en compte, quels que soient les branches et tiers responsables, publics ou privés.

Le champ des travaux porte sur trois points :

- ◆ le chiffrage le plus exhaustif possible du potentiel du RCT, à comparer aux montants effectivement recouverts par les caisses pour en déduire des marges de progrès ;

² Carole Maudet, inspectrice des finances, et Margaux Le Boulanger, stagiaire à l'inspection générale des finances, ont également ponctuellement participé aux travaux de la mission.

Rapport

- ◆ l'analyse des moyens d'améliorer le signalement des tiers responsables et en particulier l'état de la mise en œuvre des recommandations de la mission menée par l'IGAS relative aux signalements effectués par les établissements de santé en 2015 et l'étude des voies de transmission des signalements par les établissements scolaires aux caisses de sécurité sociale en ce qui concerne les accidents scolaires ;
- ◆ l'évaluation du chiffrage des créances réalisé par les caisses de sécurité sociale et la proposition de solutions juridiques ou pratiques permettant pour chaque dossier, d'améliorer l'évaluation des créances, d'en assurer l'exhaustivité et d'en améliorer le recouvrement.

Selon les membres des cabinets ministériels rencontrés³, la question du chiffrage est essentielle sur les trois points indiqués. En outre, la direction du budget a confirmé qu'en l'absence de chiffrage du potentiel, il était difficile de faire progresser ce dossier.

Les travaux de la mission viennent en effet à la suite de plusieurs autres travaux : d'une part le rapport de la Mission nationale de contrôle de la sécurité sociale (MNC) d'avril 2015 portant sur les conditions de recouvrement des prestations sociales (maladie et ATMP) dans le cadre d'un RCT ; d'autre part du rapport IGAS visé supra de janvier 2015 relatif à l'évaluation du dispositif des RCT menés par les caisses d'assurance maladie (déclarations par les hôpitaux) (cf. Annexe 8 Mise en œuvre des recommandations MNC et IGAS).

La mission intervient dans un contexte difficile dans le domaine des accidents scolaires et médicaux :

- ◆ en ce qui concerne le RCT relatif aux accidents scolaires, les premières investigations de la mission ont montré que le dossier était bloqué depuis 2013 suite à un échange de courriers entre la DSS et la DGESCO, cette dernière refusant toute extension de l'obligation de signalement des accidents scolaires des directeurs d'établissements aux caisses de sécurité sociale pour des raisons juridiques (la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978) et politiques (une telle charge administrative étant perçue comme difficile à imposer aux directeurs d'école et chefs d'établissement) ; la mission regrette à ce sujet que l'IGAENR n'ait pas été saisie dès l'origine pour contribuer à faciliter la conduite de la mission ; elle a fait des propositions en ce sens aux cabinets en soumettant une lettre de mission additionnelle permettant d'associer ce corps d'inspection sur la partie accidents scolaires ; la lettre de mission a été validée le 22 mars 2017 (cf. Annexe 1) et un membre de l'IGAENR a pu prendre en charge la partie enquête terrain auprès des services et établissements du ministère de l'éducation nationale (cf. Annexe 6 bis) ;
- ◆ en ce qui concerne les accidents médicaux, la mission intervient alors qu'un rapport de contrôle de la sixième chambre de la Cour des comptes portant sur les missions, la gestion et le fonctionnement de l'ONIAM (Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux) sur les exercices 2011 à 2015 vient de faire état de dérives inquiétantes notamment en matière de recouvrement des titres de recettes⁴ et qu'un nouveau directeur a été récemment nommé. L'absence de fiabilité des données chiffrées de l'ONIAM ne facilite pas les travaux de la mission.

³ Uniquement santé et budget, les autres membres des cabinets n'ayant pas donné suite aux demandes de la mission.

⁴ « Le recouvrement est défaillant. Il concerne pour l'essentiel des créances sur les assureurs des professionnels de santé après substitution en cas d'accidents fautifs ou des créances après indemnisation des victimes du VHC (...). Le rôle du comptable est réduit à celui d'un simple caissier, l'ordonnateur confiant à ses services ou à ses avocats conseils le recouvrement dit amiable de créances non constatées au bilan. En outre ce sont les services de l'ordonnateur qui, à l'ONIAM, autorisent le comptable à encaisser les chèques ».

Rapport

Enfin d'une manière générale, le contexte de la mission s'inscrit dans le cadre de réformes en cours, que ce soit celle de la réforme de la responsabilité civile pilotée par la Chancellerie et comportant d'importants enjeux interministériels⁵, ou de celles du déploiement de la facturation individuelle des établissements de santé (projet FIDES). Il convient également de noter l'existence d'une enquête de la Cour des comptes relative à la gestion des créances des organismes de sécurité sociale, portant donc notamment sur le RCT, en cours depuis 2014 et qui devrait être finalisée à l'automne 2017.

La mission a tenté d'approcher le montant du gisement du RCT qu'elle estime, sous réserve des nombreuses hypothèses méthodologiques et dans les trois domaines principaux de RCT :

- ◆ entre 858 et 933 M€ pour les accidents automobiles ;
- ◆ 85 M€ pour les accidents médicaux ;
- ◆ entre 125 et 234 M€ pour les accidents scolaires, ce gisement étant largement inaccessible.

Au total la mission estime le gisement accessible entre 943 et 1 018 M€, dont 904 M€ devraient théoriquement⁶ aujourd'hui être recouverts sur ces trois domaines, soit un gisement résiduel moins de 100 M€ (1). Le sous rendement limité du RCT est lié à une multitude de facteurs (2). En conséquence, si la mission a formulé des recommandations, aucune d'entre elles ne permettra de gagner rapidement des montants substantiels.

1. La mission estime les sommes recouvrables au titre du recours contre tiers entre 943 et 1 018 M€, soit une marge d'amélioration de moins de 100 M€

En 2015, les montants récupérés au titre du recours contre tiers (RCT) tous domaines confondus se sont élevés à 777 M€ pour la branche maladie⁷ (dont 86,4% par la CNAMTS, 7,2% par le RSI et 4,0% par la MSA) et 275 M€ pour la branche AT-MP⁸ (dont 91,4% par la CNAMTS et 5,6% par la MSA), soit 1 047 ou 1 052 M€ au total.

La mission a été amenée à constater que dans la pratique, l'identification du potentiel du RCT se heurte à une série d'obstacles méthodologiques. En effet, il convient dans un premier temps d'identifier les montants d'indemnisation liés à un accident impliquant un tiers pertinents dans les comptes des assureurs pour les rapprocher de façon cohérente des statistiques de GRECOT, le logiciel de gestion du RCT de la CNAMTS.

⁵ À titre illustratif, les services des autres ministères que celui, pilote, de la justice sont associés uniquement via les consultations internet, au même titre que les autres parties prenantes.

⁶ Pour le régime général, les recours de 2015 se sont élevés à 823 M€ pour les domaines automobiles, médicaux et scolaires. Le régime général couvrant 91% de la population (source : DSS, chiffres clés de la sécurité sociale 2014), la mission a extrapolé le montant théorique de RCT sur les trois domaines à 904 M€.

⁷ Source : PLFSS 2017, PQE maladie, indicateur 5-3.

⁸ Source : PLFSS 2017, PQE AT-MP, indicateur 3-3.

Rapport

Dans les faits, les sinistres surviennent à une date donnée et font l'objet de paiements qui s'étalent souvent sur plusieurs années : la charge d'un sinistre correspond à la somme des paiements cumulés et du reste à payer, constitué sous la forme de provisions techniques au bilan des sociétés d'assurance. En termes de logique de caisse annuelle, les paiements traduisent les flux financiers sortants, qu'ils soient faits au cours d'une année donnée au titre de cette année ou des années antérieures. C'est ce chiffre que la mission a retenu par cohérence avec la logique de caisse retenue dans le logiciel GRECOT de gestion du RCT de la CNAMTS⁹.

Dans un deuxième temps, il importe d'avoir une idée de la répartition de ces montants par poste de préjudices : l'indemnisation porte en effet sur plusieurs postes de préjudice, et s'il convient d'une part d'exclure ceux qui ne peuvent pas faire l'objet d'un recours des OGROSS, il faut d'autre part garder en mémoire que le gisement du RCT ne porte pas sur la totalité du montant des postes susceptibles de faire l'objet d'un recours : en effet une partie de l'indemnisation va à la victime qui dispose d'un droit prioritaire et pas uniquement à l'OGROSS. À cet égard, la mission a conclu à la nécessité de travailler sur échantillon et de travailler par extrapolation, à défaut de chiffres disponibles au plan macroéconomique.

Dans un troisième temps, il convient de calculer pour chacun des postes de préjudice voire globalement le ratio des débours des OGROSS. Cette méthode utilisée à titre principal (pour les accidents automobile) a été adaptée en fonction des domaines d'accidents (accidents scolaires, accidents médicaux).

Au final, les calculs effectués dans cette première partie suppose que tous les accidents impliquant un tiers sont déclarés ; en effet, si ce n'est pas le cas, la créance de l'OGROSS est « cachée » et ne peut pas se retrouver dans les comptes des assureurs qui n'ont pas eu connaissance de l'accident. Or les travaux de la mission ont montré que c'était le cas dans au moins un domaine, celui des accidents scolaires. Un accident qui passerait du statut de « non déclaré » à « déclaré » auprès des assureurs augmenterait le montant total d'indemnisation, dont la créance de l'OGROSS, en partant, le montant du gisement du RCT.

Il convient toutefois, préalablement à cet exercice, de présenter le cadre juridique du recours contre tiers.

1.1. Le recours contre tiers s'exerce dans un cadre juridique et institutionnel complexe

La personne responsable d'un dommage est tenue de le réparer : c'est le principe de la responsabilité civile. Dans le cas du dommage corporel, plusieurs personnes peuvent être amenées à le prendre en charge : le responsable, mais aussi les divers tiers payeurs dont les organismes sociaux. Leur prise en charge est due non en raison de l'accident mais en raison de leur objet social même. Pour ce faire, les tiers payeurs bénéficient d'une subrogation légale organisée par la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985. Ce mécanisme leur permet de se substituer à la victime pour récupérer auprès du responsable les sommes qu'ils ont engagées (et engageront, s'agissant des prestations futures) afin de réparer son dommage corporel.

⁹ Sous réserve d'un décalage dans le temps puisque les déclarations aux assureurs sont antérieures aux déclarations aux OGROSS, mais la mission a considéré que ce décalage temporel était à peu près constant dans le temps.

Rapport

Cette subrogation est organisée par des textes épars, dont le principal est naturellement la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 (cf. Annexe 3 Analyse juridique) modifiée. Cette loi prévoit d'une part le principe d'une indemnisation poste par poste, et d'autre part établit un droit préférentiel de la victime. La notion de poste par poste se comprend dans le cadre d'une nomenclature des postes de préjudice corporels, qui ne s'impose pas au juge mais est généralement suivie. Le droit préférentiel de la victime intervient dans les cas de partage de responsabilité ou de limitation de l'indemnisation, et permet à la victime d'obtenir une indemnisation correspondant à sa quote-part, au besoin en se servant dans la quote-part revenant aux tiers payeurs.

1.1.1. La responsabilité civile et la subrogation

Le principe de la responsabilité civile est posé à l'article 1240 du code civil : « *Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer* ». Cette obligation de réparation du responsable envers la victime entre en concurrence avec les obligations d'autres personnes, dénommées tiers payeurs. Ceux-ci sont en effet tenus, non à réparation, mais à indemnisation (pour les organismes assureurs, notamment ceux exerçant une activité de prévoyance¹⁰) ou prise en charge (pour les organismes gérant un régime obligatoire de sécurité sociale).

Cette concurrence de personnes tenues à une prise en charge pourrait poser deux types de problèmes :

- ◆ les indemnités et prises en charge se cumulent, le responsable comme les tiers payeurs remplissant individuellement leurs obligations envers la victime. Cette solution conduit à une surindemnisation de celle-ci, qui se trouve enrichie sans cause légitime dans l'opération ;
- ◆ les indemnités et prises en charge des tiers payeurs, qui ne sont que les contreparties des cotisations que celle-ci a versées, servent à indemniser la victime, le responsable supportant le reliquat. Cette solution conduit à une impunité de fait du responsable du dommage.

Afin d'éviter ces deux écueils, le législateur a eu recours à la technique de la subrogation. Celle-ci, instituée aux articles 1346 et suivants du code civil dans un cadre très général, prévoit une substitution dans les droits de la victime : les tiers payeurs peuvent effectuer un recours, dans leur intérêt mais au nom de la victime, contre le responsable. Mieux encore, en présence d'un contrat d'assurance de responsabilité civile, il est même loisible au tiers payeur de demander le paiement des prestations versées directement à l'assureur : on a alors une relation directe entre l'organisme social, agissant au nom de la victime dans le cadre de la subrogation, et l'assureur, indemnisant son assuré dans le cadre de l'action directe prévue à l'article L. 124-3 du code des assurances¹¹.

¹⁰ Les activités de prévoyance peuvent *a priori* être exercées par les organismes assureurs de toutes formes (sociétés d'assurance relevant du code des assurances, en ce compris les sociétés d'assurance mutuelles, mutuelles relevant du code de la mutualité et institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale).

¹¹ L'activité d'assurance de responsabilité civile ne peut être exercée que par une société d'assurance, le cas échéant société d'assurance mutuelle, relevant du code des assurances et munie de l'un des agréments 10 à 13 de l'article R. 321-1 du code des assurances.

Rapport

S'agissant de la responsabilité civile, le régime de droit commun (pour faute, omission ou négligence) établi aux articles 1240 et suivants du code civil a notamment été complété par un régime dérogatoire en matière d'accidents automobiles : la loi n° 85 677 du 5 juillet 1985 dite loi Badinter prévoit notamment un régime particulièrement favorable aux victimes d'accidents de la circulation (à l'exception des victimes conductrices) : l'article 3 précise que « *les victimes, hormis les conducteurs de véhicules terrestres à moteur, sont indemnisées des dommages résultant des atteintes à leur personne qu'elles ont subies, sans que puisse leur être opposée leur propre faute* » (une exception demeurant pour certaines victimes ayant commis une faute inexcusable qui plus est cause exclusive de l'accident).

1.1.2. Les textes applicables aux organismes gérant un régime obligatoire de sécurité sociale

S'agissant du dommage corporel, la loi Badinter a prévu des dispositions permettant à tout tiers payeur d'être subrogé dans les droits de la victime afin de poursuivre le paiement de ses prestations par le responsable.

Ces dispositions générales sont complétées par un grand nombre de textes spécifiques pour les divers organismes gérant un régime obligatoire de sécurité sociale susceptibles d'intervenir.

1.1.2.1. Le texte général : la loi Badinter

L'article 29 de la loi Badinter prévoit un cadre subrogatoire complexe, fonction des personnes et des prestations versées. Pour ce qui intéresse la mission, « *les organismes, établissements et services gérant un régime obligatoire de sécurité sociale* » sont subrogés dans les droits de la victime pour les prestations versées au titre de la réparation de son dommage corporel. Sont *a priori* concernées l'ensemble des prestations, indépendamment de leur nature (indemnitaire ou forfaitaire, comme peut l'être par exemple le capital décès versé par les caisses d'assurance maladie en cas de décès de la victime) et de l'organisme chargé de la gestion des organismes de sécurité sociale (voir encadré *infra* sur les prestations familiales).

L'article 31 de la loi Badinter impose par ailleurs une réparation poste par poste (voir *infra*), sur les seules indemnités réparant les préjudices que le tiers payeur a pris en charge (principe de non fongibilité des indemnités). De plus, le même article prévoit un droit préférentiel à la victime : « *la subrogation ne peut nuire à la victime subrogeante, créancière de l'indemnisation, lorsqu'elle n'a été indemnisée qu'en partie ; en ce cas, elle peut exercer ses droits contre le responsable, pour ce qui lui reste dû, par préférence au tiers payeur dont elle n'a reçu qu'une indemnisation partielle* ».

Encadré 1 : Le sort des prestations familiales

L'article L. 111-1 du code de la sécurité sociale dispose que « *La sécurité sociale [...] assure, pour toute personne travaillant ou résidant en France de façon stable et régulière, la couverture des charges de maladie, de maternité et de paternité ainsi que des charges de famille. [...] Elle assure la prise en charge des frais de santé, le service des prestations d'assurance sociale, notamment des allocations vieillesse, le service des prestations d'accidents du travail et de maladies professionnelles ainsi que le service des prestations familiales [...]* ».

Pourtant, la Cour de cassation estime¹² que « *les Caisses d'Allocations Familiales ne peuvent être considérées, au sens de l'article 29-1 de la loi du 5 juillet 1985, comme des organismes, établissements ou services gérant un régime obligatoire de sécurité sociale* ». Dans le cas d'espèce, la CAF du Haut-Rhin souhaitait exercer un recours récursoire au titre de l'allocation d'éducation spéciale.

¹² Cass. Crim., 30 octobre 2000, pourvoi n° 99-87306.

Rapport

Or l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et l'allocation journalière de présence parentale (AJPP) apparaissent comme des prestations indemnifiant, pour partie, le préjudice de la victime par ricochet. En nomenclature Dintilhac (voir *infra*), le poste patrimonial « pertes de revenus des proches » indemnise « la perte ou la diminution de revenus subie par les proches de la victime directe lorsqu'ils sont obligés, pour assurer une présence constante auprès de la victime handicapée d'abandonner temporairement, voire définitivement, leur emploi ». De fait, le seul obstacle au recours effectif au titre de ces prestations est la jurisprudence, qui apparaît en outre contingente : si ces prestations étaient servies par la branche maladie ou encore la branche vieillesse ou encore le régime agricole, elles pourraient très certainement faire l'objet d'un recours.

Source : Mission.

1.1.2.2. Les textes particuliers applicables aux organismes gérant un régime obligatoire de sécurité sociale

Des textes spécifiques existent en faveur des organismes gérant un régime obligatoire de sécurité sociale. Il existe ainsi deux régimes principaux :

- ◆ le « régime public », applicable aux personnes publiques gérant un régime obligatoire de sécurité sociale ;
- ◆ le « régime privé », applicable aux personnes privées gérant un régime obligatoire de sécurité sociale.

S'agissant du régime public, il concerne l'État et ses établissements publics, la caisse des dépôts et consignations (et la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales), les collectivités locales et leurs établissements publics, ainsi que les établissements publics de santé. Traitent ainsi, souvent de manière redondante, de l'action subrogatoire dont bénéficie l'organisme public gérant un régime obligatoire de sécurité sociale :

- ◆ l'ordonnance n°59 76 du 7 janvier 1959 ;
- ◆ l'article 21 bis du statut général des fonctionnaires de l'État et des collectivités publiques ;
- ◆ l'article 57 de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale ;
- ◆ l'article 41 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;
- ◆ enfin, pour les sapeurs-pompiers volontaires, la loi n° 91-1389 du 31 décembre 1991 relative à la protection sociale des sapeurs-pompiers volontaires en cas d'accident survenu ou de maladie contractée en service.

Pour l'essentiel, ces textes imposent, lors du règlement de l'indemnisation du préjudice corporel, la mise en cause de la personne publique à l'occasion de la transaction ou de l'instance contentieuse.

Cette même obligation est prévue par les textes applicables aux régimes privés, qui bénéficient de droits supplémentaires.

S'agissant du régime général, les dispositions applicables se trouvent :

- ◆ aux articles L. 376-1 et suivants du code de la sécurité sociale pour la branche maladie ;
- ◆ aux articles L. 454-1 et suivants du code de la sécurité sociale pour la branche accidents du travail / maladies professionnelles (AT/MP).

Sont bénéficiaires des mêmes dispositions, par renvoi aux dispositions précédentes, les organismes suivants :

Rapport

- ◆ les caisses générales de sécurité sociale (CGSS), la caisse régionale d'assurance maladie Île de France (CRAMIF), les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT), la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) ;
- ◆ les caisses de la mutualité sociale agricole (MSA) ;
- ◆ les caisses du régime social des indépendants (RSI) ;
- ◆ la caisse nationale des barreaux français (CNBF) ;
- ◆ la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL), ainsi que ses sections professionnelles.

Une obligation de signalement du sinistre (et non simplement de la transaction ou de l'instance contentieuse) est mise à la charge de plusieurs personnes :

- ◆ la victime ;
- ◆ le responsable et, le cas échéant son assureur ;
- ◆ l'établissement de soins ayant pris en charge, le cas échéant, la victime.

Pour le responsable et son assureur, les textes prévoient une pénalité financière en cas de non signalement dans le délai de trois mois. La même pénalité est également applicable en cas d'omission de la déclaration de règlement du sinistre par voie transactionnelle ou contentieuse.

1.1.3. Les règles d'indemnisation du dommage corporel

L'article 31 de la loi Badinter impose une indemnisation poste par poste, ce qui requiert une nomenclature des postes de préjudice corporel (voir encadré pour la nomenclature dite Dintilhac et l'annexe 3 pour plus de détails).

Encadré 2 : La nomenclature Dintilhac des postes de préjudice

Deux nomenclatures coexistent :

la nomenclature dite Dintilhac (du nom du président du groupe de travail l'ayant élaborée), utilisée par les juridictions de l'ordre judiciaire ;

la nomenclature dite Lagier (du nom de l'arrêt du Conseil d'État l'ayant pour la première fois proposée), utilisée par les juridictions de l'ordre administratif concurremment avec la nomenclature Dintilhac qui tend à la remplacer.

On distingue :

les préjudices de la victime directe et ceux de la victime indirecte ;

les préjudices patrimoniaux, susceptibles de faire l'objet de recours, et personnels (extrapatrimoniaux), qui demeurent acquis à la victime ou à ses ayants droit ;

les préjudices temporaires et permanents.

Les postes de préjudice sont ainsi les suivants (s'agissant de la victime directe) :

les préjudices patrimoniaux qui, en principe peuvent seuls faire l'objet d'un recours. Ceux-ci sont les suivants :

- les préjudices temporaires (avant consolidation de l'état de santé) :
 - dépenses de santé actuelles ;
 - pertes de gains professionnels actuels ;
 - déficit fonctionnel temporaire ;

Rapport

<ul style="list-style-type: none"> • frais divers ; ○ les préjudices permanents (après consolidation de l'état de santé) : <ul style="list-style-type: none"> • dépenses de santé futures ; • assistance par une tierce personne ; • perte de gains professionnels futurs ; • incidence professionnelle ; • frais de logement et véhicule adaptés ; • préjudice scolaire ou de formation ; ▪ des préjudices extrapatrimoniaux, en principe insusceptibles de recours : <ul style="list-style-type: none"> ○ déficit fonctionnel temporaire (avant consolidation) ou permanent (après consolidation) ; ○ souffrances endurées (pretium doloris) ; ○ préjudice esthétique ; ○ préjudice d'agrément ; ○ préjudice sexuel ; ○ préjudice d'établissement ; ○ préjudice exceptionnel. <p>S'agissant de la victime par ricochet, les postes d'indemnisation sont les suivants :</p> <p>frais d'obsèques en cas de décès ;</p> <p>perte de revenu des proches ;</p> <p>frais divers.</p>
--

Source : Mission.

Les créances des organismes gérant un régime obligatoire de sécurité sociale vont donc s'imputer sur chaque poste de préjudice qu'il est censé réparer : les frais d'hospitalisation s'imputeront sur le poste « dépenses de santé actuelles », la majoration pour tierce personne sur le poste « assistance par une tierce personne », les pensions d'invalidité (pour leurs arrérages à échoir) sur le poste « perte de gains professionnels futurs » etc...

En principe, les postes ne sont pas fongibles. Il est toutefois possible d'imputer une créance successivement sur plusieurs postes : perte de gains professionnels futurs, puis, si nécessaire, incidence professionnelle, et enfin, si nécessaire, déficit fonctionnel permanent. Ces règles d'imputation, dites en cascade, sont complexes et préservent pour partie les droits des tiers payeurs.

En effet, dans les cas de partage de responsabilité, la victime voit son droit à indemnisation diminuer. Or, bénéficiant d'un droit de priorité sur les tiers payeurs, elle peut se payer sur la part devant leur revenir jusqu'à obtenir sa quote-part d'indemnisation. L'exemple ci-dessous permet de mieux comprendre le mécanisme pour une victime ayant un droit à indemnisation réduit de moitié.

Tableau 1 : Exemple de mécanisme du droit de priorité de la victime

Poste	Montant du préjudice (A)	Assiette du recours par poste	Créance de la caisse de sécurité sociale (B)	Perte effective victime (A-B)	Reste à la victime	Reste à la caisse
PGPA	64 719,18	32 359,60	31 741,57	32 977,61	32 359,60	0,00
PGPF	185 613,54	92 806,77	94 864,95	90 748,59	90 748,59	2 058,18
Total	250 332,72	125 166,37	126 606,52	123 726,2	123 108,19	2 058,18

Source : Mission sur la base des éléments de l'arrêt Cass. Civ. 2^{ème}, 24 septembre 2009, pourvoi n° 08-14515 (après correction des éléments du PGPF). Montants en €.

1.2. L'estimation du gisement pour les accidents automobiles

Afin d'évaluer le potentiel d'amélioration du recours contre tiers des organismes sociaux, deux chiffres sont nécessaires :

- ◆ le montant de recours effectivement réalisé ;
- ◆ le montant de recours qui devrait en théorie être réalisé.

Le premier montant n'étant pas disponible dans les comptes des assureurs ni dans ceux des organismes sociaux, la mission a évalué la part des créances des organismes sociaux dans l'indemnisation du dommage corporel, pour arriver à une fourchette équivalente à celle donnée par les hommes de l'art, de l'ordre d'un tiers, qui conduirait à des montants versés annuellement aux organismes sociaux par les assureurs compris entre de 858 à 933 M€.

S'agissant des montants théoriquement réalisés, la mission a évalué le montant théorique de ces recours, en extrapolant les données de la CNAMTS, pour obtenir un montant théorique de l'ordre de 900 à 930 M€. Une partie importante de l'écart entre ces chiffres et le recouvré (ce dernier étant l'ordre de 800 M€) pourrait être le fait des organismes publics qui n'exercent pas ou peu l'action récursoire qui leur est ouverte. Cette estimation, qui prend la CNAMTS comme référence, met naturellement en relief les différences des autres régimes avec le régime général. Elle ne dit rien du potentiel qui pourrait être obtenu en rendant les services du régime général plus performants, potentiel par nature inobservable dans les comptes et en pratique impossible à chiffrer.

1.2.1. La mission a estimé les montants effectivement recouverts par les organismes sociaux entre 858 et 933 M€

La mission a dans un premier temps cherché à estimer les montants effectivement recouverts par les organismes sociaux. Si ceux-ci sont retracés au sein des grands régimes de sécurité sociale, ce n'est pas le cas dans les régimes de fonctionnaires pour lesquels ces données ne sont pas même recueillies.

La mission a obtenu de l'ACPR la fourniture des états règlementaires C11 en totalisation du marché¹³. En principe, les indemnisations versées par les assureurs de responsabilité civile, et qui figurent à l'état C11, le sont à destination de deux types de personnes :

- ◆ les victimes elles-mêmes (indemnisation nettes de recours des tiers payeurs) ;
- ◆ les tiers payeurs, au premier rang desquels figurent les organismes sociaux.

Afin d'estimer les montants recouverts, il convenait d'estimer les montants perçus par ces différentes personnes. Or, il apparaît que :

- ◆ les indemnisations versées aux victimes le sont sous deux formes : contentieuse et transactionnelle. Si la première est par définition publique (ce qui ne signifie pas pour autant que son accès et son étude soient aisés), la seconde est privée et n'est pas connue de manière consolidée, alors qu'elle représente l'essentiel des règlements ;

¹³ Il sera fait l'hypothèse que les indemnisations relatives à des accidents à l'étranger par les assureurs français (présentes au C11 et qui devraient en être exclues car dans le cas général insusceptibles de recours des organismes sociaux français) sont d'un montant équivalent à celles relatives à des accidents en France pris en charge par des assureurs étrangers (absentes au C11, et qui devraient dans le cas général y être ajoutées).

Rapport

- ◆ en deuxième approximation, la mission souhaitait étudier, à partir d'études de jurisprudence, le poids des organismes sociaux parmi l'indemnisation totale du préjudice corporel. Or, certains organismes sociaux (régimes agricole, général et des indépendants) ont adhéré à un protocole de règlement avec les organismes assureurs. Cela signifie que la créance de ces tiers payeurs n'est pas celle apparaissant au dispositif des jugements étudiés, mais une autre somme dite protocolaire. Le lien entre indemnisation de droit commun (lorsqu'un contentieux permet de l'estimer) et indemnisation protocolaire n'est pas fait.

La mission a donc dû estimer la part des organismes sociaux dans les indemnités contentieuses (qui, seules, sont accessibles) versées aux victimes sur la base d'un échantillon de décisions de justice, des travaux de l'association française de l'assurance et des états C11 de l'ACPR, et abattre forfaitairement le montant obtenu de 10% (décote estimée raisonnable par la mission en échange de paiements plus rapides et d'une gestion simplifiée), pour arriver sur une fourchette comprise entre 858 et 933 M€.

1.2.1.1. En contrepartie d'une indemnisation plus rapide, son montant est plus faible pour les règlements transactionnels par rapport aux solutions contentieuses

La mission s'est appuyée sur des données provenant de plusieurs sources :

- ◆ la profession : l'association française de l'assurance (AFA), l'association pour la gestion des informations sur le risque en assurance (AGIRA) et la fédération française d'assurance (FFA) ont produit des études et analyses sur le sujet ;
- ◆ l'autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) a fourni à la mission les totalisations pour le marché français des états réglementaires dits C11 ;
- ◆ la sécurité sociale : les données fournies par la CNAMTS, au travers notamment de son applicatif de gestion des recours contre tiers GRECOT.

Outre la difficulté à rassembler les données, la mission a dû faire face à l'absolue indisponibilité de données afférentes aux transactions conclues entre victimes et assureurs. Or, les transactions représentent le moyen privilégié de régler les sinistres corporels.

Tableau 2 : Taux de transaction en fonction du taux d'AIPP en 2013

Taux AIPP	Taux de transaction
1 à 5%	98,2%
6 à 9%	90,1%
10 à 14%	87,9%
15 à 19%	84,8%
20 à 29%	84,1%
30 à 49%	80,1%
50% et plus	73,4%

Source : AFA – sinistres 2013.

Cette forte prévalence du règlement transactionnel a un réel impact sur l'indemnisation à la charge de l'assureur. En effet, en contrepartie d'un règlement sensiblement plus rapide que dans le cas d'une solution contentieuse, les montants d'indemnisation sont inférieurs à ceux obtenus dans un cadre contentieux.

S'agissant des délais, alors que près de trois quarts des victimes ayant eu une AIPP ont été indemnisées en deux ans ou moins par voie transactionnelle, ce sont moins de 15% des victimes avec une AIPP qui ont été indemnisées par voie contentieuse. De fait, la voie contentieuse est plus fréquente pour les sinistres les plus graves (voir supra).

Le tableau ci-dessous présente la répartition de la durée de règlement des indemnités des victimes ayant une AIPP pour les voies contentieuse et transactionnelle :

Rapport

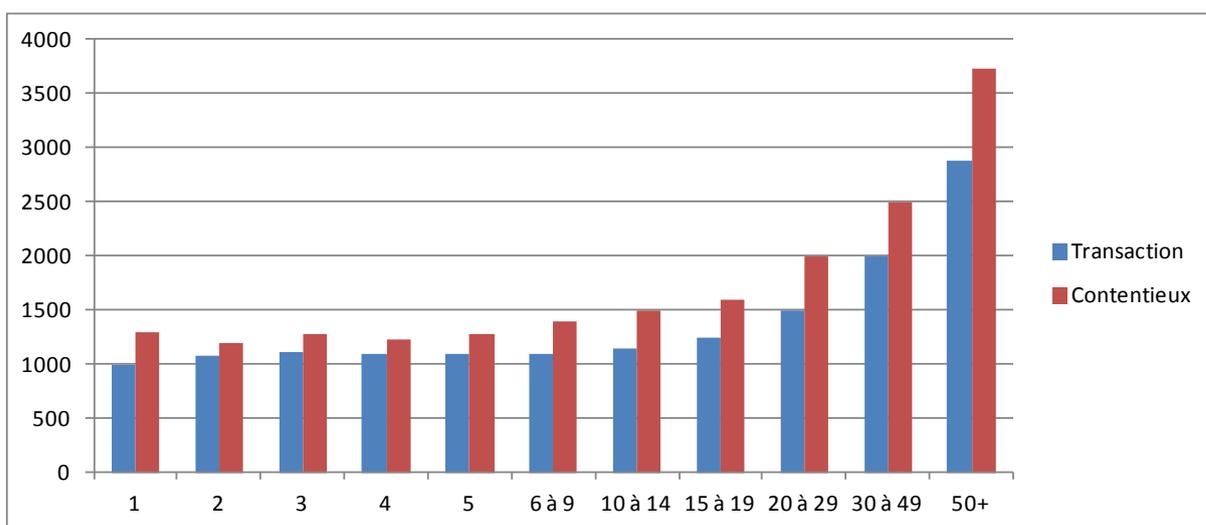
Tableau 3 : Durée de règlement des indemnités pour les victimes ayant une AIPP

Taux AIPP	Transaction	Contentieux
Moins de 6 mois	1,1%	0,0%
Entre 6 mois et 1 an	21,4%	1,0%
Entre 1 an et 2 ans	52,4%	11,8%
Entre 2 ans et 3 ans	14,7%	17,5%
Entre 3 ans et 4 ans	4,5%	16,7%
Entre 4 ans et 5 ans	2,4%	15,5%
Plus de 5 ans	3,5%	37,5%

Source : AFA – sinistres 2013.

S'agissant des montants, l'écart entre contentieux et transaction est sensible (de l'ordre de 10 à 33%) comme le montre le schéma ci-dessous :

Graphique 1 : Montant médian de l'indemnisation transactionnelle et contentieuse en fonction du taux d'AIPP



Source : Mission d'après données AGIRA 2015.

1.2.1.2. Les montants perçus par les organismes sociaux sont le plus souvent définis dans un cadre conventionnel

Afin de simplifier leur gestion et de permettre un règlement plus rapide des créances des organismes de sécurité sociale, assureurs et organismes sociaux ont conclu en 1983 un protocole d'accord (dénommé PAOS ou tout simplement protocole dans le milieu professionnel). Cet accord permet dans la plupart des cas de définir une assiette de remboursement forfaitaire, afin de rendre plus agiles les échanges entre assureurs et organismes sociaux. Les trois principaux régimes (régime général, régime agricole et régime des indépendants) sont signataires de ce protocole ; pour les assureurs, la presque totalité des assureurs français (mais pas les assureurs étrangers) est partie à cet accord.

Les montants versés par les organismes assureurs sont ainsi définis protocolairement et peuvent varier par rapport aux débours, passés et à venir, présentés par les organismes sociaux lorsque la victime demande à ce que le montant de son préjudice soit fixé par voie contentieuse¹⁴.

¹⁴ Les organismes sociaux sont toutefois tenus de présenter à l'instance les débours qu'ils ont effectivement supportés.

Rapport

1.2.1.3. Les travaux sur échantillon comme les études professionnelles conduisent à estimer le potentiel de recours contre tiers entre 858 et 933 M€

L'indemnisation s'effectue poste par poste, comme indiqué *supra*. Or, tous les postes ne peuvent pas faire l'objet de recours : seuls les postes d'indemnisation patrimoniaux peuvent en théorie faire l'objet de recours, la jurisprudence admettant à titre subsidiaire que certaines créances (notamment les rentes AT) puissent, sous certaines conditions, s'imputer sur le déficit fonctionnel permanent, poste pourtant personnel et donc en principe insusceptible de recours.

Les études professionnelles proposent une ventilation de chaque poste de nomenclature en fonction de son poids financier. Ceci étant posé, ce n'est pas la totalité du poste qui fait en pratique l'objet d'un recours : la part des organismes gérant un régime obligatoire de sécurité sociale dans la prise en charge des divers postes est très variable.

La mission a observé la part globale du RCT sur l'échantillon qui ressort à 36%.

Elle a également observé un taux de RCT par tranche d'indemnisation corrélée à une tranche de taux d'AIPP. Comme le taux d'AIPP ne figurait pas toujours dans l'arrêt, elle a déduit ce taux du montant moyen d'indemnisation via la table de correspondance de la FFA. L'échantillon ne comportant pas d'indemnisation faible (le montant minimal était supérieur à 5000€), la mission a considéré qu'il ne comportait aucun cas avec une AIPP nulle. Elle a procédé de même en matière de décès. Pour ces deux extrêmes de la fourchette, la mission a retenu les hypothèses suivantes :

- ◆ AIPP nulle : le RCT ne peut porter que sur les dépenses de santé, qui représentent 25% du total de l'indemnisation et marginalement sur les PGPA (13% du total), soit au total sur 38% au maximum de l'indemnisation totale (majorant);
- ◆ Décédés : en moyenne, les frais d'indemnisation de 103 100€ en 2013 se décomposent comme suit : préjudice moral 71% (préjudice d'affection), frais obsèques 6% et préjudices économiques 23%. Sur ce total, seuls les préjudices économiques peuvent faire l'objet d'un RCT qui est donc au maximum de 23% (majorant).

Tableau 3 : Calcul du gisement par tranche d'AIPP

	0	1 à 5%	6 à 19%	>20%	Décédés	Total
Poids en % du montant total d'indemnisation	5%	9%	22%	58%	6%	100%
Soit par application au montant total des paiements 2015 (2 936 M€)	146,8 M	264,3 M	646 M	1703,1M	176,2M	2 936 M
Ratio créance OGROSS/indemnisation totale constaté sur échantillon	38% MAX	20%	37%	36%	23% MAX	nd
Gisement reconstitué	55,7	52,9	239	613,1	40,5	1 001,2

Source : Mission

Enfin, elle a observé la part de chaque poste prise en charge par les organismes sociaux sur un échantillon de jurisprudence fourni par la cour de cassation¹⁵. Il est ressorti de cette étude les éléments suivants :

¹⁵ La mission a analysé plus de 200 arrêts de cour d'appel, dont 90 ont donné lieu à des indemnisations dans le domaine automobile. Ces arrêts concernaient les caisses relevant des régimes suivants : CNMSS (9), CPRSNCF (8), CNRACL (15) et régime général (58).

Rapport

Tableau 4 : Taux de RCT par tranche d'indemnisation dans l'échantillon

Poste	Taux de RCT (CNMSS)			
	CNMSS	CPRSNCF	CNRACL	Régime général
DSA	99,6%	94,1%	91,8%	97,4%
FD	0%	0%	0%	1,1%
PGPA	52,3%	80,1%	72,8%	56,8%
DSF	92,2%	0%	80,0%	57,9%
ATP	0%	0%	0%	0%
PGPF	0%	100%	52,3%	36,9%
IP	0%	0%	0%	19,5%
DFP	0%	0%	0%	9,1%

Source : Mission.

Ainsi, s'agissant des dépenses de santé actuelles (en pratique, les dépenses de santé passées), le taux de prise en charge par les organismes sociaux est de 97% sur l'échantillon de jurisprudence étudié par la mission, témoignant de la prise en charge presque complète par l'assurance maladie obligatoire des lésions les plus sévères (les hospitalisations étant prises en charge totalement, soit en raison de la gravité de la prise en charge, soit en raison du passage en affection de longue durée résultant de la lésion corporelle). Inversement, s'agissant des pertes de gains actuels (en pratique passés), ce taux de prise en charge tombe à 63,7% sur l'échantillon de jurisprudence étudié par la mission, en raison de la prise en charge de différents éléments de rémunération par l'employeur ou un régime de prévoyance d'entreprise. Au total, la mission a identifié un potentiel de 954 M€.

Au total, les trois méthodes conduisent à une estimation d'un potentiel dans une fourchette [954 - 1037] M€. Ce potentiel doit faire l'objet d'un abattement dans la mesure où les ratios retenus s'appliquent à des cas contentieux alors que l'application des règles protocolaires entraîne un moindre remboursement de la créance produite par les OGROSS. En effet, la simulation effectuée par la CNAMTS de l'application de règles protocolaires à partir d'un échantillon de dossiers contentieux automobiles montre un abattement de l'ordre de 26% (91% de la créance était récupérée devant le juge contre 67% si on avait appliqué les règles protocolaires). La mission considère que ce chiffre doit être expertisé plus avant, compte tenu de la faiblesse de l'échantillon.

Proposition n° 1 : faire procéder à une analyse approfondie pour identifier les écarts de traitement des créances des OGROSS entre la voie protocolaire et la voie contentieuse.

Dans l'attente d'une analyse plus approfondie, la mission a pris en compte un abattement de l'ordre de 10%, ce qui conduit à un gisement compris selon les 3 méthodes entre une fourchette haute [858 - 933] M€.

Ces résultats sont cohérents avec la fourchette donnée par un expert (de l'ordre de 25 à 30% des indemnisations servies par les assureurs le sont à destination des organismes sociaux), d'autant qu'il s'agit d'une estimation haute car élaborée sur une base contentieuse. Ils sont également cohérents avec les chiffres communiqués par la FFA qui estime, de son côté, que les montants versés chaque année par les assureurs aux organismes sociaux se situaient dans une fourchette comprise entre 795 et 871 M€.

1.2.2. La mission estime qu'il existerait un potentiel d'amélioration d'environ 100 M€, principalement du fait des organismes publics

La mission a souhaité comparer le chiffre précédent (estimation des sommes versées annuellement aux organismes sociaux par les assureurs) avec le potentiel, c'est à dire le chiffre qui devrait être versé à ces mêmes organismes sociaux. Pour ce faire, il est fait l'hypothèse que tous les organismes sociaux ont des caractéristiques équivalentes au régime général : même structure de débours, mêmes difficultés dans la détection des accidents avec un responsable et dans l'élaboration des débours.

Il convient alors d'extrapoler les chiffres fournis par la CNAMTS relatifs à sa propre activité, avec une difficulté particulière pour les fonctionnaires victimes d'accidents de service, qui sont pris en charge par leur employeur public (alors qu'ils sont pris en charge *in fine* par le régime général hors accident de service pour les seules prestations maladie).

La mission conclut à un potentiel de 900 à 930 M€, soit au plus 70 M€, principalement au titre des garanties de maintien de rémunération des fonctionnaires. Or, sur la base des témoignages recueillis par la mission, le montant du RCT des organismes publics, qui n'est ni consolidé ni *a fortiori* suivi par l'administration au niveau central, s'élèverait à quelques millions d'euros annuellement. C'est donc probablement à ce niveau qu'il existe les plus fortes marges de progression en matière de RCT (voir recommandations *infra*).

1.3. L'estimation du gisement pour les accidents médicaux

En matière d'accidents médicaux, la mission a procédé de façon assez similaire aux accidents automobiles, mais a bénéficié en sus du calcul du poids du RCT par un gros acteur du marché de l'assurance médicale.

1.3.1. Une réglementation de 2007 prévoit la transmission à l'ACPR de statistiques *ad hoc* en matière de responsabilité médicale

Si les états C11 ne permettent pas d'isoler les chiffres relatifs à la responsabilité médicale, une réglementation complémentaire¹⁶ prévoit - lorsque les primes émises au titre de ces risques excèdent 1 M€ sur l'exercice considéré - la transmission à l'ACPR des informations relatives aux contrats de couverture des risques de responsabilité civile médicale souscrits par les personnes mentionnées à l'article L. 1142-2 du code de la santé publique, soit :

- ◆ gynécologie-obstétrique et obstétrique (spécialité 12 définie à l'article D. 4135-2 du code de la santé publique) ;
- ◆ anesthésie-réanimation et réanimation médicale (spécialités 13 et 14) ;
- ◆ chirurgie (spécialités 1 à 11) ;
- ◆ autres spécialités définies à l'article D. 4135-2.

Ces informations prennent la forme des états de risque suivants : nombre de risques, nombre de contrats, nombre et coût des sinistres et coût et rapport sinistres/primes (S/P) par année de rattachement des sinistres¹⁷. Elles sont répertoriées par chaque entreprise d'assurance de manière globale et détaillée par sous catégories.

¹⁶ Loi n°2007-127 du 30 janvier 2007 et arrêté du 24 juin 2008.

¹⁷ Respectivement états A et B.

Rapport

Dès lors, si la pratique de l'activité de responsabilité médicale est noyée au sein de la branche 13 « responsabilité civile générale » de l'article R. 321-1 du Code des assurances (4 % du total des primes émises), il est possible grâce à cette réglementation particulière, d'en isoler le poids de l'assurance de responsabilité médicale (0,8 % de l'ensemble du marché). En outre, l'ACPR agrège ces données dites états E11 et en fait rapport au ministre chargé de l'économie et des finances et au ministre chargé de la sécurité sociale dans un délai de trois mois après leur réception, lesquels statuent conjointement sur la publication éventuelle de ce rapport¹⁸.

Proposition n° 2 : rendre la publication du rapport de l'ACPR de consolidation en matière de responsabilité médicale systématique.

L'activité d'assurance en responsabilité médicale ne nécessitant pas d'agrément spécifique au sein de cette branche, l'ACPR n'a aucun moyen de distinguer les sociétés d'assurance qui pratiquent de l'assurance de responsabilité civile médicale de celles qui couvrent des risques de responsabilité civile générale (608) et partant de détecter les organismes d'assurance qui couvriraient les risques médicaux et qui n'appliqueraient pas les exigences de la loi n° 2007-127 du 30 janvier 2007 prévoyant la transmission *ad hoc* de données en la matière.

La difficulté est particulièrement aigue lorsqu'il s'agit d'identifier des organismes étrangers pratiquant en libre prestation de service (LPS) ou libre établissement (LE). En effet, les 495 acteurs pratiquant en LPS ou en LE ne pensent pas forcément à vérifier leur conformité au Code de la santé publique pour l'exercice de leur activité en France et peuvent ignorer l'existence d'un reporting annuel obligatoire. Enfin, il convient de garder en mémoire que la garantie des fabricants de produits médicaux relève souvent d'autres organismes d'assurance (assurance des industriels).

Sous réserve de ces difficultés méthodologiques, l'ACPR a recensé 18 sociétés ayant une activité en assurance de responsabilité médicale supérieure à un CA de 1 M€ de primes en France, auxquelles s'ajoutent 5 structures spécialisées sur le marché de l'assurance de produits médicaux. Parmi ces 23 entités, 13 sociétés ont leur siège en France.

Trois acteurs sont « spécialistes » de l'assurance de responsabilité médicale : ils effectuent plus de 60 % de leur chiffre d'affaires sur cette activité. Sept acteurs sont « généralistes » : ils offrent de nombreux types de contrats d'assurance et leur portefeuille en assurance de responsabilité médicale représente moins de 1 % de leur chiffre d'affaires.

Les sociétés étrangères exerçant en LPS ou en LE en France représentent en 2015 plus de 21% du marché global de l'assurance de responsabilité médicale (115 M€), et le tiers du marché (soit 45 M€) des spécialités dites à risque, détaillées à l'article D. 4135-2 du code de la santé publique (soit chirurgie, gynécologie obstétrique, anesthésie, réanimation pour les principales)¹⁹.

Le montant total des primes émises au titre de leur activité en assurance de responsabilité médicale par les 22 portefeuilles concernés s'élève sur l'exercice 2015 à 544 M€, en diminution par rapport à l'exercice précédent (572 M€ en 2014). Ce marché reste très concentré, même si une diversification s'opère sous la pression des entrants étrangers. Les 5 premières sociétés représentent 81 % des primes avec 448 M€ et les 4 premières en concentrent déjà 73 % soit 402 M€.

¹⁸ Une copie est transmise à l'Observatoire des risques médicaux.

¹⁹ En 2015 un acteur étranger, orienté vers la médecine libérale, représentant 38% de l'activité des organismes étrangers et la quasi intégralité des activités à risque portées par des sociétés étrangères, a procédé à de nombreuses résiliations à la fin de l'exercice 2014 et a cessé toute activité en France fin 2015.

Rapport

Le nombre de contrats déclarés à la fin de l'exercice 2015 s'élève à 657 976, en hausse de 4,2 % sur un an. Le montant des primes est passé de 571,8 M€ à 544,0 M€. Le nombre de sinistres rattachés à l'exercice 2015 est de 25 476 en légère baisse (-1,7%) par rapport à 2014. Le tableau suivant retrace les montants par année de survenance et les paiements nets de recours en 2015 soit 259 M€, toujours selon une logique de caisse afin de pouvoir comparer les données avec celles de la CNAMTS.

Tableau 5 : Totalisation E11 assurance médicale (paiements et provisions de sinistres nets de recours et sauvetage)

Chiffres en k€	Année de survenance						
	2010 et antérieurs	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Paiements en 2015 nets de recours	23 351	27 554	28 800	29 613	35 064	24 669	259 923
Provisions de sinistres fin 2015 nets de prévisions de recours	213 207	239 744	363 118	351 390	450 121	471 073	3 603 708
Total charge sinistres nette de recours	355 064	367 931	470 140	430 208	506 769	495 741	5 754 575
Provisions de sinistres début 2015 nets de prévisions de recours	238 253	301 843	423 811	422 628	455 172	0	3 426 325
Paiements cumulés des exercices antérieurs nets de recours	118 506	100 632	78 221	49 205	21 583	0	1 891 133

Source : Mission d'après données ACPR.

1.3.2. Il n'existe pas dans le domaine des accidents médicaux de spécificité de la voie contentieuse en fonction de la tranche d'indemnisation

La mission a analysé les données de la base de l'Observatoire des risques médicaux (ORM) d'où il ressort que 60% du montant indemnitaire global versé est réglé par voie amiable ; en effectifs, les dossiers amiables représentent également 60% des dossiers. Surtout, le montant indemnitaire moyen réglé pour des dossiers amiables est de 115,7 k€ donc très proche de celui de 118,0 k€ réglé pour les dossiers judiciaires²⁰. Ce constat est corroboré par le fait que la part des dossiers réglés par voie amiable ou judiciaire n'augmente pas avec la tranche d'indemnisation comme l'illustre le tableau suivant.

Tableau 6 : Part des dossiers en effectifs réglés par voie amiable ou judiciaire selon la tranche d'indemnisation dans la base de données de l'ORM

Tranche d'indemnisation	Voie amiable	Voie judiciaire
15-50 k€	61%	39%

²⁰ Le montant indemnitaire global moyen des dossiers réglés par voie amiable est inférieur de 2% à celui des dossiers judiciaires sur le cumul 2009-2014 alors qu'elle était supérieure de 10% dans le précédent rapport, et même de 16% dans le rapport 2013.

Rapport

Tranche d'indemnisation	Voie amiable	Voie judiciaire
50-100 k€	59%	41%
100-200k€	58%	42%
200-3000 k€	61%	39%
300-400 k€	57%	43%
400-500 k€	53%	47%
500 k€-1 M€	58%	42%
1-2 M€	65%	35%
<2M€	58%	42%
Total	100%	100%

Dans la mesure où, d'une part, le montant indemnitaire moyen des dossiers réglés par voie amiable ou juridictionnelle n'est pas très différent sur l'échantillon de dossiers figurant dans la base, et, d'autre part, que le taux de recours au judiciaire ne croit pas avec la tranche d'indemnisation, la mission considère qu'il n'y a pas de raison de redresser le taux de RCT constaté sur échantillon contentieux, et ce contrairement au domaine de l'automobile.

1.3.3. Le gisement dans le domaine des accidents médicaux est estimé à 85 M€ par la mission, soit un manque à gagner de l'ordre de 20 M€

En termes de montants, et après requêtage de la base de données GRECOT en 2015, les prestations validées s'élèvent à 162,4 M€ pour un montant de recouvrement de 62,1 M€²¹.

Ces paiements RCT en logique de caisse peuvent être rapportés à deux sources externes :

- ♦ d'une part le montant des paiements exhaustifs figurant dans les états E11 (259 M€ dont 75,3 M€ pour les sinistres supérieurs à 200 k€) ;
- ♦ d'autre part la base ORM reconstituée par la mission en moyenne annuelle, soit 113,2 M€²², dont 57,6 M€/an et 104 dossiers supérieurs à 200 k€, base qui exclut les indemnisations inférieures à 15 k€ et qui n'est donc pas exhaustive. C'est la première source qui sera donc retenue par la mission.

Au chiffre de 259 M€ de paiements figurant dans les états E11, il convient d'appliquer une clef de poids du RCT dans l'indemnisation totale pour reconstituer un gisement et rapprocher ce dernier du montant recouvré par la CNAMTS.

La mission a estimé cette clef du poids du RCT sur le total de l'indemnisation de deux manières.

D'une part, elle a fait calculer ce chiffre en 2015 et 2016 à l'un des plus gros acteurs du domaine ; ce calcul a dû être effectué de façon *ad hoc* par l'assureur, ses systèmes d'informations ne permettant pas de la calculer de manière automatisée. Par ailleurs, ce calcul a été effectué de manière globale, l'assureur n'étant pas en mesure de distinguer la part du RCT au sein de chaque poste de préjudice. En effet, les chèques d'indemnisation sont libellés globalement à l'ordre de l'OGROSS. Dans le cas de jugements, un chèque global est établi au nom de l'avocat qui se charge de reverser sa créance à l'OGROSS, laquelle n'est donc pas isolée dans les comptes.

²¹ En 2011, le montant recouvré relevé par le rapport de l'IGAS était de 68,9 M€.

²² Pour 1151 dossiers.

Rapport

Encadré 3 : Détail des calculs de l'assureur

Pour cet acteur, la charge totale de sinistres a atteint 204 M€ en 2015. Il a enregistré plus de 15 000 réclamations en 2015, dont 6 000 en dommages corporels. Au cours de la même année, 5550 dossiers corporels ont été clôturés, 70% ne donnent lieu à aucune suite (amiable ou judiciaire) et 30% donnant lieu à un règlement. **Parmi les dossiers donnant lieu à règlement, le montant total de versement a atteint environ 100 M€ en 2015 pour 715 dossiers avec un RCT réglé de 29,5 M€ et 851 dossiers en 2016 pour un RCT réglé de 33,8 M€.** Le RCT représente donc 35% du montant réglé en 2015 et 31% en 2016.

Source : Assureur.

L'application du ratio constaté par cet assureur du poids du RCT, soit entre 31 et 35% sur les années 2015 et 2016 – la mission a retenu 33% - conduit à calculer un gisement potentiel de RCT lié aux accidents médicaux de 85,7 M€ (33% des paiements E11 de 259 M€ en 2015) en 2015.

D'autre part, la mission a elle-même tenté de calculer ce ratio sur la base de l'examen d'un échantillon de jurisprudence. Toutefois, le nombre d'arrêts liés à des accidents médicaux n'était que de huit dans l'échantillon, dont 2 arrêts avec une créance des OGROSS nulle. Dans ces conditions, il n'a pas été possible d'en inférer un ratio créance OGROSS/total indemnisation qui soit représentatif.

Au total, la mission estime que la partie de l'indemnisation qui pourrait faire l'objet d'un recours est de l'ordre de 85 M€ par an. Dans la mesure où la CNAMTS a recouvré 62,1 M€ en 2015 sur les accidents médicaux en 2015, le manque à gagner peut être estimé à environ 20 M€. Il s'avère donc que le potentiel du RCT en matière d'accidents médicaux est inférieur à 100 M€/an (85 M€) et le manque à gagner des OGROSS est très limité, de l'ordre de 20 M€/an.

1.4. L'estimation du gisement pour les accidents scolaires

Les accidents scolaires demeurent un sujet mal documenté : relativement peu suivis par l'administration, ils seraient de l'ordre de 1 200 000 annuellement. Or, parmi ces accidents, seule une fraction est survenue du fait d'une faute d'un tiers identifié. La mission a estimé cette part entre 300 et 550 000 par an.

Chaque accident a par ailleurs un coût dépendant de la gravité des lésions. Ainsi, les séjours hospitaliers représentent un coût très sensiblement supérieur aux autres modes de prise en charge. Au total, la mission estime le coût pour l'assurance maladie des accidents scolaires avec un tiers responsable dans une fourchette comprise entre 124 et 234 M€. Ce gisement n'apparaît toutefois que difficilement exploitable en raison de freins sociologiques et administratifs majeurs.

1.4.1. La mission estime le nombre d'accidents scolaires de l'ordre de 1 200 000 par an dans le primaire et le secondaire

Les accidents scolaires sont peu suivis par l'administration, contraignant la mission à mobiliser d'autres sources : enquête de terrain, base de données de l'observatoire national de la sécurité et de l'accessibilité des établissements d'enseignements ou encore d'autres études.

Rapport

1.4.1.1. Les services du ministère de l'éducation ne suivent pas le nombre d'accidents scolaires

L'estimation du nombre d'accidents scolaires pose des difficultés particulières, car ils ne sont pas recensés de manière automatique au niveau des administrations centrales du ministère de l'éducation nationale (voir encadré *infra* pour les applications informatiques dédiées au sujet). Ainsi, édité par la direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (DEPP), Repères et références statistiques (RERS) présente chaque année en 400 pages les principales données recueillies et traitées par les systèmes d'information du ministère. Si le climat scolaire et la violence ainsi que les incidents graves dans les collèges et les lycées font l'objet d'enquêtes, les accidents scolaires n'y sont pas traités.

La direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO) ne sollicite pas les services académiques pour obtenir des remontées d'informations dans le domaine des accidents scolaires. Le dialogue de gestion entre les académies et l'administration centrale n'est pas davantage utilisé pour obtenir des informations systématiques à ce sujet. Quant à la direction du numérique pour l'éducation (DNE), le constat établi était identique.

Encadré 4 : état des lieux des applications informatiques pour suivre les accidents scolaires

Il subsiste dans l'application ANAGRAM, qui gère les accidents du travail et les rentes des personnels une gestion résiduelle des rentes des élèves accidentés avant 1985, période où l'Etat était son propre assureur.

Toutefois, aucune application n'a remplacé ANAGRAM au plan national.

Si la DNE assure une veille des applications locales, encore faut-il que les académies les déclarent. Dans ce cadre, une application de l'académie de Caen (ACCSO) a été déclarée. Le contact pris par la mission avec celle-ci a conduit à conclure que cette application n'était pas active.

La DNE a lancé début avril, à la demande de la mission, une enquête rapide auprès de l'ensemble des directions des systèmes d'information (DSI) académiques pour savoir si d'autres applications locales étaient actives. Seules quatre des 30 académies ont répondu (Bordeaux, Grenoble, Guyane, Strasbourg) et dans les quatre cas, il n'a été signalé aucune application locale pour les accidents scolaires.

Source : Mission.

1.4.1.2. L'enquête de terrain menée par la mission montre un suivi variable d'un service départemental à l'autre

Saisie par lettre de mission complémentaire du 17 mars 2017, l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche a mené une enquête de terrain, détaillée en annexe 6 bis, portant sur sept départements (Calvados, Eure-et-Loir, Isère, Paris, Seine-et-Marne, Seine-Saint-Denis et Val-de-Marne) appartenant à cinq académies (Caen, Créteil, Grenoble, Orléans-Tours, Paris).

S'agissant du premier degré, l'enquête de terrain fait apparaître une forte variabilité entre directions des services départementaux de l'éducation nationale (DSDEN) comme le montre le tableau ci-dessous :

Tableau 7 : Taux d'accidents scolaires (rapport entre nombre d'accidents et nombre d'élèves)

DSDEN	Premier degré	Second degré
Calvados	0,75%	0,96%
Eure-et-Loir	1,13%	Non suivi
Isère (2015-16)	0,013%	≈0%
Paris	Non obtenu	Non obtenu
Seine-et-Marne	1,41%	Non suivi
Seine-Saint-Denis	0,12%	0,013%

Rapport

DSDEN	Premier degré	Second degré
Val-de-Marne	Non obtenu	Non obtenu

Source : Mission. Chiffres pour l'année scolaire 2014-15 sauf précision contraire.

La mission a également effectué une monographie sur trois établissements de l'académie d'Orléans-Tours (voir encadré *infra*), qui conclut également à une forte variabilité (et donc une faible robustesse) des taux d'accidents scolaires ainsi confectionnés.

Encadré 5 : résultats sur l'échantillon d'établissements

À l'école Coubertin de Mainvilliers, de la rentrée 2012 au 5 avril 2017, ont été enregistrés 83 accidents pour un effectif moyen de 383 élèves. 31 impliquaient un tiers, soit 37,35 %. Les accidents corporels n'ont pas été distingués des accidents matériels. Cela représente 17 accidents par an, soit un pour 22,5 élèves.

Au collège Hélène Boucher de Chartres, qui compte 742 élèves en 2016 - 2017, 66 accidents ont été relevés de la rentrée 2013 à avril 2017. Pour 58 d'entre eux, aucun tiers n'était responsable et pour huit le tiers était responsable mais non identifié. Une quinzaine d'accidents par an équivaut à deux accidents pour 100 élèves.

Au lycée Marceau de Chartres, qui compte 1 541 élèves en 2016 - 2017, 149 accidents ont été recensés de la rentrée 2014 à avril 2017 - année scolaire en cours, soit de l'ordre de 50 par an. C'est supérieur à 3 accidents par an et par élève soit beaucoup plus que la moyenne des trois départements pour lesquels des chiffres ont été obtenus pour le second degré. Par ailleurs, seul un accident est imputé à un tiers, ce qui apparaît très faible.

Source : Mission.

1.4.1.3. L'enquête BaObAc permet d'inférer un nombre d'au moins 119 000 accidents scolaires

Créée en 1995, la base de données BaObAc est gérée par l'Observatoire national de la sécurité et de l'accessibilité des établissements d'enseignement porte sur les accidents corporels dont sont victimes les élèves lors de leurs activités scolaires. Ce recensement concerne, sur une base volontaire, les établissements des établissements scolaires des niveaux primaire et secondaire ainsi que les lycées agricoles. Une enquête préexistait à cette base de données.

Les données de l'observatoire présentent deux limitations majeures :

- ◆ les établissements participent à la collecte de données de manière volontaire, ce qui induit un biais d'autosélection ;
- ◆ la ventilation par département des accidents scolaires n'existe que pour l'année scolaire 2005-06.

Par ailleurs, le nombre d'accidents renseignés dans la base est de 25 604 en 2015-16 dont 13 439 pour le primaire et 11 649 pour le secondaire. Le chiffre était de 36 666 en 2014-15 et de 156 000 en 1996 : le nombre d'accidents renseignés dans la base de données BaObAc présente par conséquent de très fortes variabilités.

En extrapolant les données 2015-16 sur la base du nombre d'établissements qui ont répondu - en supposant que les établissements qui ont répondu l'ont fait de manière exhaustive et que le nombre moyen d'élèves par établissement est identique entre ceux qui ont renseigné BaObAc et ceux qui ne l'ont pas fait -, la mission a calculé un nombre minimal (puisque le renseignement est sur une base volontaire) de 119 586 accidents, dont 79 104 dans le primaire et 40 482 dans le secondaire.

1.4.1.4. Sur la base d'enquêtes statistiques, la mission estime le nombre d'accidents scolaires à environ 1 200 000 par an

La mission a mobilisé les enquêtes de santé en milieu scolaire²³ concernant les élèves de CM2 et de 6^{ème} qui mettent en évidence des taux d'accidents de l'ordre de 17-18 %. D'après ces sources, il semblerait que l'ordre de grandeur d'accidents scolaires soit plutôt de 80 000 an et par classe d'âge, soit pour le primaire, qui comporte 8 niveaux, de l'ordre de 640 000 accidents par an et pour le secondaire, qui comporte 7 niveaux, de l'ordre de 560 000 accidents par an.

La mission retient donc une évaluation de l'ordre de 1 200 000 accidents scolaires par an.

1.4.2. Parmi ces accidents, entre 295 000 et 554 000 seraient le fait d'un tiers responsable

Pour chiffrer cette donnée, la mission s'est appuyée sur trois sources :

- ◆ premièrement les données de la base BaObAc de 2006-2007, qui est la dernière année pour laquelle le champ d'information dans la rubrique circonstances humaines relatif à l'intervention d'un tiers était renseigné. Il ressort de ces données que 35 % des accidents dans le primaire sont causés par un tiers et 20,7% dans le secondaire ;
- ◆ deuxièmement l'étude portant sur les écoles maternelles et élémentaires de l'académie de Paris sur la période 1989-1992, d'où il ressort qu'au minimum 21 % des accidents dans les écoles maternelles sont causés par un tiers et 36 % dans les écoles élémentaires ; au maximum, ce taux est de 56,7 % dans les écoles maternelles et de 57,5% dans les écoles élémentaires ;
- ◆ et troisièmement l'enquête épidémiologique de l'institut national de veille sanitaire (INVS) de 2002 portant sur un échantillon d'élèves de la 6^{ème} à la 3^{ème} et dans laquelle les victimes ont déclaré que l'accident est causé par un tiers dans 33,7 % des cas. Pour les accidents hors EPS, ce taux est de 49,7 % selon les victimes.

Au final, le taux oscille entre 28 et 57 % dans le primaire et 21 à 34 % dans le secondaire. En appliquant ces fourchettes au nombre d'accidents retenu par la mission soit 640 000 dans le primaire et 560 000 dans le secondaire, il en ressort les chiffres suivants.

Tableau 8 : Estimation du nombre d'accidents causés par un tiers dans le primaire et le secondaire

	Primaire	Secondaire	Total
Minorant	178 000	117 000	295 000
Majorant	364 000	190 000	554 000

Source : Mission

1.4.3. Les séjours hospitaliers représentent l'essentiel des 125 à 234 M€ de coût pour l'assurance maladie

Les accidents scolaires peuvent conduire à trois types de prise en charge :

²³ Pilotées par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, la Direction générale de l'enseignement scolaire, la Direction générale de la santé et la Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance du ministère chargé de l'Éducation nationale, avec l'appui méthodologique de l'Institut de veille sanitaire, les données nécessaires à l'enquête sont recueillies en milieu scolaire par les infirmières et médecins de l'éducation nationale.

Rapport

- ◆ consultations médicales, généralement en ville. Sur la base d'une consultation d'un montant de 23 € (passée à 25 € en application de la dernière convention médicale), le coût pour l'assurance maladie²⁴ s'élève à 16,10 € ;
- ◆ passage par les urgences sans séjour hospitalier. Le tarif du forfait d'accueil et de traitement des urgences s'élève à 25,32 € depuis le 1^{er} mars 2015. Il est pris en charge à 80 % par l'assurance maladie, et ne tient compte ni du coefficient géographique de l'établissement de santé, ni des éléments facturés en sus (biologie par exemple), qui seront négligés ;
- ◆ hospitalisations avec séjour, valorisés au groupe homogène de séjour²⁵ (GHS).

La mission a alors cherché à évaluer le poids de ces différentes prises en charge. Elle a également évalué le coût pour l'assurance maladie des séjours hospitaliers.

1.4.3.1. La mission estime à un quart le poids des séjours hospitaliers, les autres modes de prise en charge se répartissant à parts égales les trois quarts restants

Afin d'évaluer le poids de chacune de ces prises en charge, la mission a mobilisé diverses sources et études relatives aux types et fréquences des lésions en cas d'accidents scolaires. Ces études sont retracées en annexe 6. Sur ces fondements, la mission a retenu les hypothèses suivantes : sur 100 % d'accidents, 24 % de séjours hospitaliers (dont 20 % de fractures et 4 % de traumatismes crâniens), 38 % de consultations médicales et 38 % de passages aux urgences.

Tableau 9 : Hypothèses de lésions retenues

Accidents	Primaire	Secondaire	Total
Minorant	178 000	117 000	295 000
Majorant	364 000	190 000	554 000
Dont passages aux urgences	38% [67 640-138 320]	38% [44 460- 72 200]	[112 100-210 520]
Dont consultation médicale	38% [67 640-138 320]	38% [44 460- 72 200]	[112 100-210 520]
Dont séjours hospitaliers	24 % [42 720-87 360]	24 % [28 080-45 600]	24 % [70 800-132 960]
- Fractures	20 % [35 600-72 800]	20 % [23 400-38 000]	20 % [59 000-110 800]
- Traumatismes crâniens	4 % [7 120-14 560]	4 % [4 680-7 600]	4 % [11 800-22 160]

Source : Mission

²⁴ On négligera le cas d'élèves ayants droit de ressortissants de régimes ayant des taux de prise en charge spécifiques (régimes maladie de la SNCF et des clercs de notaires par exemple).

²⁵ Voir l'annexe de l'arrêté du 13 mars 2017 (JORF du 17 mars 2017) donnant la valorisation de chaque GHS.

Rapport

1.4.3.2. Les prises en charge hospitalières représentent un coût unitaire compris entre 858 et 2 063 €

L'agence technique d'information sur l'hospitalisation (ATIH) a accepté de fournir une évaluation des montants facturés dans divers cas de figure. S'agissant d'actes présentant un certain degré de gravité, la mission fait l'hypothèse qu'il n'est pas appliqué de ticket modérateur (cf. PJ n°1 Annexe 6). Le coût moyen en fonction du cas type est fourni dans le tableau suivant :

Tableau 10 : Chiffrage du montant du coût moyen du traumatisme remboursé par la sécurité sociale avec hospitalisation (données 2015)

	< 11 ans		11-18 ans	
	Aucune cause	Cause= chute	Aucune cause	Cause=chute
Lésion traumatique tête ou cou	845 €	872 €	1 724 €	2 402 €
Lésion traumatique membre supérieur	1 152 €	1 331 €	1 093 €	1 426 €
Lésion traumatique membre inférieur	2 031 €	2 587 €	2 231 €	2 479 €

Source : ATIH

En appliquant les coûts moyens par type de lésion, on obtient 858 € pour une lésion traumatique du cou ou de la tête pour les élèves du primaire, 1 771 € pour une lésion des membres inférieurs ou supérieurs, 2 063 € pour une lésion traumatique de la tête ou du cou pour un élève du secondaire et 1 807 € pour une lésion des membres inférieurs ou supérieurs pour un élève du secondaire. Ces coûts ont été appliqués pour les accidents avec séjours hospitaliers.

1.4.3.3. Au total, les sommes à charge de l'assurance maladie à raison d'accidents scolaires avec tiers responsable seraient comprises entre 125 et 234 M€ par an

Étant donnés les coûts unitaires à la charge de l'assurance maladie, très sensiblement inférieurs dans le cas des prises en charge en ville et aux urgences sans séjour hospitalier consécutif, l'essentiel des dépenses d'assurance maladie est due aux prises en charge des séjours hospitaliers, comme le montre le tableau ci-dessous :

Tableau 11 : Chiffrage du gisement du RCT pour les accidents scolaires en €

Gisement potentiel du RCT	Primaire	Secondaire	Total
Minorant	71 936 564	53 765 946	125 702 510
Majorant	147 106 232	87 312 220	234 418 452
Dont passages aux urgences 38% min.	1 691 000	1 111 500	2 802 500
Dont passage aux urgences 38% maj.	3 458 000	1 805 000	5 263 000
Dont consultation médicale 38% min.	1 089 004	715 806	1 804 810
Dont consultation médicale 38% maj.	2 226 952	1 162 420	3 389 372
Dont séjours hospitaliers 24% min.	69 156 560	51 938 640	121 095 200

Rapport

Gisement potentiel du RCT	Primaire	Secondaire	Total
Dont séjours hospitaliers 24% maj.	141 421 280	84 344 800	225 766 080
dont fractures 20% min.	63 047 600	42 283 800	105 331 400
dont fractures 20% maj.	128 928 800	68 666 000	197 594 800
dont traumatismes crâniens 4% min.	6 108 960	9 654 840	15 763 800
dont traumatismes crâniens 4% maj.	12 492 480	15 678 800	28 171 280

Source : Mission

Au final, et sous réserve des différentes hypothèses méthodologiques, le gisement du RCT pour les accidents scolaires varie entre 125 et 234 M€/an, ce qui suppose que l'intégralité des accidents soit déclarée.

1.4.4. Un recours contre tiers en pratique difficile à mettre en œuvre

1.4.4.1. Des montants recouverts modestes

Il ressort de l'exploitation de la base de données GRECOT du régime général que les accidents scolaires et périscolaires ont représenté 3 175 dossiers en nombre en 2015. Le montant de prestations validées s'est élevé à 6,9 M€ pour un recouvrement de 3,4 M€ avec une moyenne de 1086 €/dossier.

En tenant compte d'une couverture de 91 % de la population française, cela représenterait des montants tous régimes confondus de l'ordre de 3,8 M€.

1.4.4.2. Une faible mobilisation des assureurs dans le domaine de la responsabilité civile scolaire

Contrairement aux accidents automobiles, il n'est pas possible d'identifier de montants macro-économiques d'indemnisation en matière scolaire. En effet, ces montants ne sont pas isolés dans les états C11 dédiés, mais noyés dans la catégorie responsabilité civile générale. De plus, et contrairement à la responsabilité civile médicale, aucune réglementation complémentaire n'est venue pallier cette difficulté.

Dans ces conditions, la mission a choisi d'approcher les montants macroéconomiques d'indemnisation en partant de données d'acteurs importants sur le marché de l'assurance scolaire. Elle a ainsi rencontré le plus gros acteur dans le domaine de l'assurance scolaire. À partir des données de sa part de marché estimée à 25 %, la mission a extrapolé le montant des paiements effectués par cet acteur. Les données des états C11 n'étant pas exploitable pour isoler les paiements liés aux accidents scolaires, la mission est partie d'un fichier communiqué par cet acteur et relatif aux paiements de sinistres scolaires²⁶. Le montant total des paiements est de 1,14 M€, soit en extrapolant ce chiffre à l'ensemble du marché, près de 4,5 M€.

²⁶ Année scolaire 2014-2015, soit 4 mois de 2014 et 8 mois de 2015.

Rapport

Or, sur la base des données fournies par l'assureur, la part des organismes sociaux dans ces paiements est de l'ordre de 25 %. Cela conduirait à un gisement de l'ordre de 1,2 M€... inférieur aux montants effectivement encaissés !

En toute hypothèse ces montants sont très sensiblement inférieurs au potentiel identifié *supra*.

1.4.4.3. Un gisement difficile à exploiter

L'exploitation du gisement de recours sur tiers recelé par les accidents scolaires pose deux difficultés majeures :

- ◆ d'un point de vue sociologique, le signalement d'un enfant responsable pose problème. Par sa minorité même, la notion de responsabilité civile prend un sens d'autant plus limité que l'enfant est jeune. Plus largement, les personnels enseignants, mais également plus généralement encadrants éprouvent des difficultés à désigner un élève comme responsable d'un dommage, d'autant que la distinction entre responsabilité et culpabilité est pour le moins difficile à appréhender aux jeunes âges. Par ailleurs, contrairement aux autres types d'accidents (automobiles et médicaux), victimes et responsables se connaissent et ont vocation à partager la même classe ou la même cour d'école durant l'année ; il en va de même des parents d'élèves. Qui plus est, le gain financier d'un signalement du responsable par la victime est quasi-nul pour la victime, en tout cas pour les lésions les moins graves. Ces éléments constituent un puissant frein au signalement des responsables par les victimes, frein se levant toutefois probablement avec la gravité des lésions ;
- ◆ d'un point de vue administratif, l'obligation de signalement imposée aux directeurs d'école et chefs d'établissements n'apparaît pas opérationnelle. Non assortie d'une sanction, il est probable que les pratiques actuelles (absence de signalement) perdureraient ; assortie d'une sanction, la mesure provoquerait des difficultés sociales au sein de l'administration scolaire qui n'apparaissent pas justifiées au regard des sommes susceptibles d'être recouvrées ;
- ◆ au total, la mission estime que le gisement potentiel des recettes générées par une obligation de signalement est réduit. Elle centrera sa recommandation sur les hospitalisations (cf. partie 2). Celles-ci représentent une minorité des accidents scolaires, ce qui limite substantiellement la charge administrative imposée aux directeurs d'écoles et aux chefs d'établissements, mais sont à l'origine de la grande majorité des dépenses pour les caisses de sécurité sociale.

2. Le sous rendement du recours contre tiers est lié à une multitude de facteurs

L'exercice du recours contre tiers se heurte à des difficultés de trois ordres identifiées par la mission:

- ◆ premièrement, les organismes gérant un régime obligatoire de sécurité sociale ne peuvent pas exercer de recours lorsqu'ils ignorent la survenance d'un accident avec un tiers responsable identifié. La première question est donc celle de la détection et du signalement de ces événements ;
- ◆ deuxièmement et dans l'hypothèse où la survenance d'un tel événement est bien connue d'un organisme gérant un régime obligatoire de sécurité sociale, la question se pose de la production de l'exhaustivité de ses créances et, plus généralement, des créances de l'ensemble des organismes gérant un régime obligatoire de sécurité sociale concernés ;

Rapport

- ◆ enfin, quand bien même les organismes gérant un régime obligatoire de sécurité sociale auraient correctement évalué et présenté leurs créances, il existe des textes venant limiter ou rendre plus difficile leur recours.

2.1. Une sous déclaration par les organismes et personnes en charge du signalement

Dans le cas général, une obligation de signalement repose sur quatre types de personnes :

- ◆ la victime ;
- ◆ le tiers responsable ;
- ◆ l'assureur du tiers responsable ;
- ◆ le cas échéant, l'établissement de santé ayant soigné la victime.

2.1.1. Une sous-déclaration limitée de la part des assureurs

Il a été procédé au rapprochement entre le nombre de dossiers déclarés par les assureurs dans les domaines des accidents automobiles et des accidents médicaux et le nombre de dossiers déclarés dans GRECOT pour l'année 2015. Pour les accidents scolaires, le nombre d'accidents déclarés auprès des assureurs a été reconstitué à partir du CA du principal assureur scolaire par extrapolation de sa part de marché. Des redressements divers ont parfois dû être opérés pour tenir compte des différences de comptabilisation entre les assureurs et la CNAMTS.

L'analyse de la base de données GRECOT sur l'année 2015 donne les résultats suivants. Le nombre total de dossiers est de 46 679, dont 27 104 n'ont aucun libellé, ce qui fait qu'il n'est pas possible de les rapporter à un domaine donné (circulation, médical etc.). A noter que le nombre de dossiers d'accidents de transport maritime, ferroviaire ou aérien et sur lequel la mission n'a pas produit de travaux, est très faible : 90 en 2015.

2.1.1.1. Les accidents médicaux

Le nombre de dossiers accidents médicaux ouverts en 2015 dans la base GRECOT est de 8150, sur la base d'une requête portant sur les catégories suivantes : accidents dans un établissement de santé (335), accidents liés à un produit défectueux (764), accident médical CRCI (2468) et accident médical hors CRCI (4583). Il faut déduire de ce chiffre les dossiers sans tiers responsable (statut double emploi, absence de responsabilité ou accident fortuit) soit 1018 ce qui laisse 7129 dossiers avec un tiers responsable dont 200 dans un établissement de santé, 587 accidents liés à un produit défectueux, 1562 accidents médicaux CRCI et 3235 accidents médicaux hors CRCI.

A noter que ce chiffre n'est pas en forte augmentation par rapport aux données de 2011 figurant dans le rapport IGAS de 2015, dans la base de données ICARE avant le déploiement de GRECOT : 5 677 sinistres signalés à la CNAMTS (contre 27 586 selon l'APCR en 2011 mais ce chiffre comprend des dossiers sans suite).

Ce chiffre est à rapprocher du nombre figurant dans les états E11 soit 25 476 sinistres déclarés par les assureurs en 2015. A cet égard, la mission note que le chiffre doit être redressé pour supprimer toutes les réclamations sans suite et qui ne donnent donc lieu à aucun montant d'indemnisation. En effet, l'un des principaux acteurs du marché a indiqué communiquer dans les états E11 à l'ACPR l'ensemble des réclamations, y compris les sans suite.

Rapport

Pour calculer un nombre de réclamations avec suite, la mission a extrapolé à ce total le ratio de dossiers sans suite constaté chez le premier assureur du secteur, représentant entre 60% du marché hors APHP : ce taux de « sans suite » varie entre [60-70]%. Le nombre de sinistres déclarés ayant donné lieu à indemnisation est donc compris entre 7 600 et 10 190 en 2015 dans les états E11.

Au final, 7 129 accidents médicaux ont été déclarés dans GRECOT contre un nombre figurant dans une fourchette [7600-10190] auprès des assureurs. Compte tenu de la marge d'erreur liée au calcul de la fourchette, il n'apparaît aucune sous-déclaration massive.

2.1.1.2. Les accidents automobiles

Le rapprochement des C11 automobiles (cf. Annexe 5 Analyse du gisement automobile) et de la base de données GRECOT fait état d'écarts à la fois significatifs (25% des sinistres comptabilisés par les assureurs ne seraient pas déclarés aux organismes sociaux) et pour partie explicables par la pratique de comptabiliser un sinistre même s'il ne donne lieu à aucun versement et est clos après une rapide instruction.

La fragilité des constats de la mission conduit à recommander un contrôle des organismes assureurs afin de s'assurer que l'explication avancée ci-dessus est valide.

2.1.1.3. Les recommandations de la mission

D'une manière générale, non seulement la sous-déclaration est relativement faible mais elle concerne les sinistres pour lesquels les sommes à récupérer sont les plus modestes, les pénalités instaurées par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 et frappant les assureurs en cas de déclaration tardive (et leur – relative – mise en œuvre par les organismes gérant un régime obligatoire de sécurité sociale) étant dissuasives.

Proposition n° 3 : Procéder, sur le modèle des travaux de la mission, à des rapprochements systématiques et périodiques entre les statistiques extérieures des assureurs et les déclarations à la CNAMTS figurant dans le logiciel GRECOT.

Toutefois, devant la fragilité de ses estimations, la mission propose que la tutelle (les directions générale du trésor et de la sécurité sociale) demande à l'ACPR d'effectuer un sondage sur les dossiers sinistre des assureurs de responsabilité civile, afin d'obtenir une estimation fiable de la sous-déclaration.

Proposition n° 4 : Demander à l'ACPR d'effectuer un contrôle par sondage de l'effectivité des signalements par les assureurs de responsabilité civile.

2.1.2. Une certitude : les établissements de santé sous déclarent ou mal déclarent, dans une ampleur variable selon la politique de chaque CPAM

Les signalements émis par les établissements de santé varient en nombre et en qualité en fonction, notamment, de la caisse pivot. À titre d'illustration, en 2015 :

- ◆ la CPAM de Paris (qui couvre une population de 2,031 millions d'affiliés) a reçu 243 signalements en provenance d'établissements de santé ;
- ◆ la CPAM du Rhône (qui couvre une population de 1,559 millions d'affiliés) a reçu 18 multi-signalements²⁷ en provenance d'établissements de santé ;

²⁷ Le logiciel GRECOT ne comptabilise que les derniers-signalements. Ainsi, une même victime peut être signalée par plusieurs personnes (victime, établissement de santé et assureur du responsable, par exemple) ; le système n'enregistre que la dernière personne ayant effectué le signalement.

Rapport

- ◆ la CPAM de Vendée (qui couvre une population de 0,511 millions d'affiliés) a reçu 111 signalements ;
- ◆ inversement, la CPAM de Loire-Atlantique (qui couvre une population de 1,088 millions d'affiliés) a reçu 1 875 signalements en provenance d'établissements de santé, qui sont la première source de signalement (en nombre) devant l'assureur de la victime.

Ces chiffres, qui ne sont corrélés ni à la population couverte par la caisse, ni à l'importance des établissements de santé dont la caisse est pivot, illustrent l'hétérogénéité des situations locales.

La question de la pertinence du signalement de la part des établissements de santé peut également se poser. Ainsi, la CPAM de Nantes, qui bénéficie d'une volumétrie importante de signalements originaires de centres hospitaliers, estime que seulement 15 % de ces signalements donne lieu à un recours effectif, 85% des signalements ne permettant pas l'identification d'un tiers responsable. En raison des limitations du système GRECOT, il n'est pas possible de savoir, parmi ces 15 %, lesquels de ces signalements portent sur un assuré social également signalé par une autre personne, notamment l'assureur du responsable. On observera simplement que la caisse a demandé des pénalités pour non déclaration dans 182 dossiers en 2015, ce qui laisse penser qu'une partie importante des dossiers déclarés par les établissements hospitaliers l'a également été par l'assureur du responsable.

2.1.3. Une sous-déclaration par les victimes inégale et très substantielle dans le domaine des accidents scolaires

2.1.3.1. Une déclaration inégale par les victimes...

La déclaration de la survenance d'un sinistre est rarement le fait de la victime, qui, de fait, n'y est guère intéressée dans le cas des lésions légères :

- ◆ d'une part, elle est prise en charge par l'assurance maladie, à l'exception du ticket modérateur qui est généralement pris en charge par l'assureur complémentaire. La généralisation de la complémentaire santé vient accroître le nombre de victimes sans intérêt financier direct à la déclaration. Pour les petits sinistres, le gain financier qu'une victime peut attendre d'une déclaration est ainsi faible voire nul ;
- ◆ d'autre part, elle peut même être coûteuse : une telle déclaration demande de renseigner des formulaires (coût en temps) et même, pour le régime général, de s'acquitter des timbres pour la correspondance avec la CPAM (coût monétaire).

Les caisses du régime général de la région Île-de-France ont souhaité mettre en place une procédure de signalement en ligne dématérialisée (site onmablesse.fr). Cette initiative n'a pas connu de succès (seulement 94 signalements en 2016 pour la CPAM de Paris).

S'agissant des lésions plus lourdes, l'intérêt des victimes à signaler apparaît plus évident :

- ◆ d'une part, elles sont plus fréquemment conseillées. Or, les professionnels du droit de la réparation du dommage corporel connaissent les sanctions dans les cas où l'organisme de sécurité sociale n'a pas été avisé d'une transaction ou d'un contentieux (nullité de l'acte juridique) ;
- ◆ d'autre part, la participation de la caisse peut venir augmenter l'indemnisation de la victime : celle-ci peut participer aux expertises, ou faire valoir une contre-expertise en matière de prise en charge des frais de soins actuels, mais également futurs. De ce point de vue, les intérêts de la caisse et de la victime sont souvent alignés.

Rapport

Le nombre de signalements par les victimes apparaît relativement faible. Il est toutefois sensiblement plus important si on y ajoute le signalement par l'assureur de la victime. Ces signalements ont ainsi représenté :

- ◆ 383 cas en 2015 pour la CPAM de Loire-Atlantique (auxquels on peut ajouter les 1 644 signalements de son assureur), soit respectivement 5,3 % et 22,7 % des signalements ;
- ◆ 120 cas en 2015 pour la CPAM de Vendée (auxquels on peut ajouter les 688 signalements de son assureur), soit respectivement 5,7 % et 32,9 % des signalements ;
- ◆ 321 cas en 2015 pour la CPAM du Rhône (auxquels on peut ajouter les 3 663 signalements de son assureur), soit respectivement 3,8 % et 43,9 % des signalements ;
- ◆ 1229 cas en 2015 pour la MSA de Haute-Normandie²⁸, soit 15,9 % des signalements.

2.1.3.2. Une sous-déclaration substantielle dans le domaine des accidents scolaires

En rapprochant les données du marché en termes de nombre de dossiers ouverts du nombre d'accidents scolaires avec tiers responsables résultant d'enquêtes, la mission a constaté une très importante sous déclaration aux assureurs et aux OGROSS par les parents des victimes.

D'après plusieurs enquêtes, il semblerait que l'ordre de grandeur d'accidents scolaires soit plutôt de 80 000 an par classe d'âge, soit pour le primaire qui comporte 8 niveaux, de l'ordre de 640 000 accidents par an et pour le secondaire qui comporte 7 niveaux, de l'ordre de 560 000 accidents par an.

Il convient de ne retenir que les accidents causés par des tiers, soit, sur la base des enquêtes où ces données figurent, une fourchette de [28-57%] dans le primaire et [21-34%]. En appliquant ces fourchettes au nombre d'accidents retenu par la mission soit 640 000 dans le primaire et 560 000 dans le secondaire, la fourchette d'accidents scolaires avec tiers responsable serait de [295 000-554 000].

Tableau 42 : Estimation du nombre d'accidents causés par un tiers dans le primaire et le secondaire

	Primaire	Secondaire	Total
Minorant	178 000	117 000	295 000
Majorant	364 000	190 000	554 000

Source : Mission

A partir du fichier d'un acteur important du marché comportant 2033 dossiers pour l'année 2014-2015, la mission a extrapolé un nombre de dossiers à l'échelle nationale à 8 132.

Cette extrapolation, même si elle présente des limites méthodologiques, montre que le nombre d'accidents scolaires avec tiers déclarés aux assureurs est très en deçà du nombre reconstitué à partir d'enquêtes.

²⁸ La caisse MSA de Haute-Normandie gère le recours contre tiers pour le compte de sept autres caisses locales : Nord - Pas de Calais, Picardie, Île de France, Beauce cœur de Loire, Berry Touraine, Sèvres Vienne et Charentes.

Rapport

En termes d'accidents scolaires (y compris périscolaires), leur nombre dans la base GRECOT est de 4 387 en 2015. Il faut déduire de ce chiffre les dossiers sans tiers responsable (statut double emploi 47 dossiers, absence de responsabilité 680 dossiers ou accident fortuit 918 dossiers) soit, ce qui laisse 2 742 dossiers avec un tiers responsable²⁹.

En rapprochant le chiffre de 2 742 dossiers avec un tiers responsable figurant dans GRECOT du nombre reconstitué par la mission à partir de données de marché soit 8 132, il apparaît une sous-déclaration à la CNAMTS de 5 390 dossiers, soit 66 %. Même si ce taux est élevé, il reste très en deçà de la fourchette du nombre théorique d'accidents scolaires avec tiers reconstitué par la mission en partant des enquêtes de l'InVS à [295 000-554 000] par an.

L'écart entre le nombre de dossiers dans les comptes des assureurs reconstitué par la mission et le nombre d'accidents réels calculés à partir d'enquêtes montre une sous-déclaration très substantielle.

Cette sous-déclaration s'explique par plusieurs facteurs : d'une part le faible niveau de gravité des accidents (cf. 1.1.3.1.) qui implique une prise en charge automatique par l'assurance maladie et d'autre part les liens affectifs qui existent entre les enfants le fait de se côtoyer tous les jours et qui limitent la déclaration d'accident impliquant un tiers, obstacle qui n'existe pas lorsque le tiers responsable n'est pas une personne de l'entourage de la victime.

Dès lors, il ressort que si le gisement est de l'ordre de 200 M€ (cf. partie 1), il est en fait largement théorique puisque l'essentiel des accidents ne sont pas déclarés.

Proposition n° 5 : Mettre en place un véritable suivi statistique des accidents scolaires au ministère de l'éducation nationale en distinguant les accidents qui induisent des dépenses pour l'assurance maladie.

À ce jour, les extrapolations effectuées par la mission à partir des différentes sources et enquêtes restent en effet fragiles.

Il est souhaitable que les directeurs d'école et chefs d'établissement communiquent les renseignements sur les accidents avec tiers responsables aux caisses de sécurité sociale, tout en tenant compte de la charge de travail supplémentaire, surtout dans le premier degré où les compétences administratives en école sont faibles. À cet égard, pourrait être envisagée une communication des seuls accidents ayant entraîné un séjour hospitalier (à l'exclusion des simples passages aux urgences). Si cette mesure conduit à un accroissement du RCT, il est vraisemblable que les assureurs des tiers responsables se retourneront davantage contre l'État pour défaut de surveillance ou d'organisation du service public, ce qui, à terme, risque de se traduire, au moins pour les accidents les plus graves, par une augmentation du nombre des condamnations prononcées contre l'Etat.

Proposition n° 6 Faire signaler aux organismes sociaux par les services administratifs départementaux ou académiques les accidents scolaires ayant conduit à une hospitalisation.

2.2. La gestion par les organismes sociaux n'est pas optimale

La gestion des recours contre tiers par les organismes gérant un régime obligatoire de sécurité sociale se heurte à des difficultés de plusieurs natures :

- ◆ des difficultés liées au fonctionnement interne ;

²⁹ À noter que sur ce total, de nombreux dossiers ne donneront rien, soit par abandon de l'action (statut défaut d'action 1 552 dossiers), soit par absence de prestations (266 dossiers). Il reste 927 dossiers représentant un montant de prestations validées de 27 k€ pour un recouvrement total et un recouvrement de créances nuls.

Rapport

- ◆ l'inexistence de la coopération entre les différents organismes susceptibles d'intervenir ;
- ◆ les manœuvres dilatoires de certains assureurs dans le cadre protocolaire;
- ◆ la rétention d'information de la part de certains opérateurs, comme par exemple certains centres hospitaliers ;
- ◆ l'impossibilité de récupérer certaines prestations non individualisées (comme l'heure d'hélicoptère, le tarif journalier de séjour en institut médico-éducatif pour ceux bénéficiant d'une dotation globale etc. cf. point 2.2.5 *infra*).

2.2.1. Une organisation interne améliorable à bien des égards

Les organismes gérant un régime obligatoire de sécurité sociale font face aux difficultés suivantes dans leur organisation interne afin de mettre en œuvre le recours tiers :

- ◆ la difficulté de rattacher les créances dans le temps et l'espace ;
- ◆ l'impossibilité d'obtenir les créances trop anciennes ;
- ◆ la difficulté dans le chiffrage des créances, notamment s'agissant des dépenses de santé futures ;
- ◆ de manière générale, l'organisation éclatée du recours contre tiers ;
- ◆ plus particulièrement, dans la fonction publique, l'organisation très déficiente du recours contre tiers.

2.2.1.1. Le rattachement des créances nécessite un important travail

Les organismes gérant un régime obligatoire de sécurité sociale doivent présenter leurs créances au responsable du dommage indemnisé ou, en combinant la subrogation dans les droits de la victime et l'action directe³⁰ dont ils disposent, son assureur.

Ces créances doivent naturellement être en lien avec le dommage de la victime. Cela signifie qu'il convient de rechercher l'ensemble des actes et prestations à la charge de l'organisme, et, parmi ceux-ci, de ne conserver que ceux pris en charge à raison du dommage.

Cela soulève deux questions :

- ◆ l'exhaustivité des actes et prestations présentées au remboursement par les organismes gérant un régime obligatoire de sécurité sociale : la mission n'est pas en mesure de chiffrer l'absence de créances ; elle a toutefois recueilli des témoignages auprès de l'ANADAVI montrant que des factures d'institut médico-éducatif (établissement) ou de kinésithérapie (actes en médecine de ville) n'avaient pas été produites par une caisse à l'assureur. Il apparaît toutefois que :
 - l'ONIAM³¹ a fourni à la mission des éléments de dossiers pour lesquels les débours sont incomplets en raison de l'absence de la pension d'invalidité, de la majoration pour tierce personne, des indemnités journalières ou de la rente pour accident du travail ;

³⁰ Cass., art. L. 124-3.

³¹ La production de ces créances est importante pour l'ONIAM car elles viennent en déduction de sa propre indemnisation.

Rapport

- dans le cadre de son exploitation de la jurisprudence de l'ordre judiciaire, la mission a fréquemment été étonnée par la faiblesse des montants des débours présentés par les caisses en regard des lésions des victimes. Pour un cas extrême³², « *la Maison de retraite [employeur hospitalier de la victime] et la CPAM ont été assignées à personne mais n'ont pas comparu, la CPAM ayant fait savoir qu'elle n'avait pas pris en charge l'accident [ayant eu lieu un dimanche et dont il n'est pas allégué qu'il ait le caractère d'accident de service] dont a été victime madame [X]* ». Pourtant, la victime a subi en mars 2005 « *l'ablation du corps étranger présent dans son genou* » avec « *transposition d'une tubérosité tibiale préexistante* », dans le cadre d'une hospitalisation de trois jours suivie d'une admission « *en centre de rééducation jusqu'[à mi] mai 2005* ». À son retour à domicile, « *elle a subi de nombreuses séances de rééducation fonctionnelle de son membre inférieur gauche* » ; elle a souffert « *de 4 entorses de la cheville gauche secondaires à l'instabilité de son genou gauche* » et « *présenté un syndrome anxieux qui a justifié qu'elle soit adressée à un psychiatre* ». Enfin, en mars 2007, « *elle a été hospitalisée pour ablation de la vis mise en place lors de l'intervention [de] mars 2005* ». Concrètement, les tiers payeurs, régulièrement informés du sinistre, n'ont pas présenté de débours alors que tout indique qu'ils représentaient une somme conséquente, aujourd'hui forclosée ;
- certaines caisses renoncent à produire des créances modiques comme l'illustre l'existence d'une option de ce type dans le statut du dossier sous GRECOT³³ ;
- ◆ inversement, parmi l'ensemble des actes et prestations présentés au remboursement, certains ne sont pas en lien avec le dommage et sont présentés par erreur. Or, ce tri nécessite des compétences médicales³⁴, mobilisées sur un sujet parfois répétitif et d'une technicité relative.

2.2.1.2. Les créances anciennes ne peuvent être retrouvées

La profondeur des bases de données est également une limitation importante à l'exercice d'un recours effectif. Ainsi, s'agissant du régime général, les CPAM peuvent recourir à plusieurs bases :

- ◆ des bases comprenant des données médicales : base de données opérationnelle (BDO) de la caisse (d'une profondeur de 36 mois glissants), et au niveau national, RiBDO ; base IMAGE, qui est alimentée par la BDO et conservera à terme ses données pendant 10 ans glissants ;
- ◆ une base de données comptable (DETTES).

Il est donc impossible aux caisses du régime général de retrouver de manière automatisée des créances d'une ancienneté supérieure à 10 ans. Or le délai moyen d'indemnisation, s'il est relativement court en règlement transactionnel automobile³⁵ peut devenir très long en cas de règlement contentieux (voir encadré *infra* pour un exemple de créances anciennes) et tout particulièrement en cas d'accident médical.

³² CA Aix-en-Provence, 10^{ème} chambre, 19 octobre 2011, n° RG 09/12965.

³³ Pour les statuts « abandon » et « affaire non suivie » d'un dossier : existence d'un champ « créance modique ».

³⁴ Le respect du secret médical impose en théorie l'examen de ces sujets par un médecin. Il serait toutefois probablement plus pertinent de confier cet examen à des personnes d'un niveau de qualification moindre, qui gèreraient les cas les plus simples ou récurrents, et confieraient les sujets les plus complexes à un médecin.

³⁵ « *L'indemnisation d'un blessé avec atteinte permanente à l'intégrité physique et/ou psychique se règle en moyenne en 21 mois pour un cas transigé (dont 10 mois entre la survenance et la consolidation) et près de 5 ans pour un cas réglé par voie judiciaire (dont 1,5 an de temps de consolidation)* » (AFA, Assurance automobile : les sinistres corporels en 2013, juin 2015).

Encadré 6 : Exemple de créance ancienne

La cour d'appel d'Aix en Provence a eu à connaître début 2015 d'un contentieux relatif à un accident de la circulation survenu le 14 août 1986, soit presque 29 ans avant la solution judiciaire au fond.

La victime de cet accident, un enfant alors âgé de quatre ans, a subi des lésions graves : « *un traumatisme crânien grave, ayant entraîné un coma de 8 jours, et un polytraumatisme* ».

Un premier jugement, survenu huit ans plus tard (en novembre 1994) a « *sursis à statuer sur l'indemnisation du préjudice corporel soumis à recours* ». Cet arrêt a été infirmé en appel (octobre 2006), la cour d'appel ordonnant à l'occasion une nouvelle expertise. Un nouveau jugement de février 2011 (soit 25 ans après les faits) a liquidé le préjudice corporel de la victime à 145 500 €. Ce jugement faisait l'objet de l'appel de la victime.

À l'occasion de cette instance, la CPAM d'affiliation de la victime a produit ses créances au titre des dépenses de santé actuelles (c'est à dire l'ensemble des frais de soins passés jusqu'à la date de consolidation de la victime) : ces « *dépenses sont constituées des prestations prises en charge par la CPAM des Alpes maritimes, selon l'état définitif qu'elle a produit et qui n'est pas contesté, faisant état de dépenses d'un montant de 3 652,37 euros, au titre de frais d'hospitalisation* ».

Étant données les lésions subies par l'enfant (coma de 8 jours et polytraumatisme), il est peu probable que les factures hospitalières présentent un montant aussi modique. Il est plus probable que, s'agissant de factures anciennes, elles aient purement et simplement été perdues ou, plus certainement, détruites.

Source : Mission – arrêt CA Aix en Provence, 10^{ème} chambre, 26 février 2015, n° RG 11/06323.

S'agissant des caisses du régime agricole, la situation est bien plus défavorable encore³⁶ : « *la conservation des PJ [pièces justificatives] [afférentes aux] prestations [en] nature dans la base sous-produit est limité à 13 mois ; pour les prestations [en] espèces, c'est limité à 5 ans sans paiement. Le traitement ne remontera donc pas de PJ antérieures à ces deux délais* ».

La mission n'a pas expertisé les systèmes d'information des autres régimes obligatoires de sécurité sociale. Pour autant, la difficulté liée à la profondeur des bases de données se pose, d'autant que certains dossiers peuvent dater des années 90 (découverte d'une infection par le virus de l'hépatite C dans les années 90, suivie d'une succession d'aggravations de l'état de santé rendant *de facto* les créances imprescriptibles).

Il conviendrait à tout le moins de pouvoir identifier simplement les victimes pour lesquelles les caisses ont effectué des remboursements d'actes ou de prestations, de manière à simplifier le traitement des données, et éventuellement pouvoir archiver les données les concernant au plus tôt.

S'agissant d'un sujet complexe et dépendant non seulement du schéma informatique de chaque régime mais également de son organisation en matière de contrôle médical, la mission effectuera des préconisations minimales :

Proposition n° 7 : Étiqueter dans l'informatique de gestion des caisses les victimes au titre desquelles elles effectuent un recours contre tiers.

Proposition n° 8 : Archiver les données relatives aux victimes au titre desquelles les caisses effectuent un recours contre tiers pour la durée nécessaire à l'opération.

2.2.1.3. Le chiffrage des créances est par nature un exercice délicat

Comme indiqué *supra*, le chiffrage des créances pose des difficultés concernant les actes et prestations déjà pris en charge par les organismes gérant un régime obligatoire de sécurité sociale.

³⁶ Manuel utilisateur – Outil de gestion des recours contre tiers. Document référence MU B85 RCT V13.

Rapport

Or, les créances à présenter au tiers responsable ou à son assureur comprennent également des dépenses futures :

- ◆ afférentes aux dépenses de santé : dépenses de soins, pharmaceutiques ou de dispositifs médicaux ;
- ◆ afférentes aux dépenses d'assistance par une tierce personne³⁷ ;
- ◆ afférentes aux revenus de substitution : indemnités journalières, rentes d'invalidité, rentes accident du travail ;
- ◆ afférentes aux revenus de la victime par ricochet : pensions d'orphelin³⁸ ou veuvage³⁹ (branche AT/MP), pensions de réversion⁴⁰ (branche vieillesse).

L'évaluation de ces créances futures peut être particulièrement complexe pour les prestations servies par la branche vieillesse, les droits servis par une caisse pouvant dépendre des droits servis par d'autres caisses dans le cas des poly pensionnés.

S'agissant des prestations des branches maladie et AT/MP, des compétences médicales sont nécessaires à deux stades du processus :

- ◆ lors de la première expertise médicale, la présence d'un médecin conseil du régime d'assurance maladie apparaît particulièrement souhaitable afin d'une part de participer de manière proactive aux évaluations et examens, et d'autre part afin d'apporter, de manière indépendante, un point de vue médical qui peut le cas échéant être différent de celui des médecins conseils de la victime ou bien de l'assureur du responsable ;
- ◆ lors de l'évaluation des frais médicaux futurs, la fréquence, la nature ou la pertinence de certains actes ou prestations peuvent être discutés. Le document ci-dessous illustre la contestation de l'évaluation d'une caisse par une entreprise d'assurance :

³⁷ CSS, art. L. 355-1 : « Une majoration pour aide constante d'une tierce personne est accordée aux titulaires de pensions d'invalidité [absolument incapables d'exercer une profession et, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie], et aux titulaires de pensions de vieillesse substituées à des pensions d'invalidité qui viendraient à remplir ces conditions postérieurement à l'âge auquel s'ouvre le droit à pension de vieillesse et antérieurement à un âge plus élevé ». Cette majoration, d'un montant mensuel de 1 107,49€ à compter du 1^{er} avril 2017, est versée par la branche vieillesse du régime général.

³⁸ CSS, art. L. 434-10.

³⁹ CSS, art. L. 434-8 et L. 434-9.

⁴⁰ Cass. soc., 4 mai 1988, pourvoi n° 82-13834.

Rapport

Tableau 13 : Exemple de contestation par une société d'assurance

Nature des prestations	Coût en euros / Périodicité	Coût annuel
3 fois (Cs+MCS+MPC)	28,00 1/AN	84,00
3 fois (+ VFD+ VLD-124)	197,00 1/AN	591,00
1/2 JZQD001	177,25 1/AN	88,62
J AQM004	52,45 1/AN	52,45
6 4 C pill AN	23,00 6/AN 23€ x 4	138,00 92€
BIO 9005+593+9105+1104	15,66 1/AN	15,66
BIO=1609+7318	14,31 1/AN	14,31
AMI 1,5 + MAU	6,07 1/AN	6,07
50 AMK 11	23,65 1/AN	1182,50
125 CIP 3400936743199	2,29 1/AN	286,25
54 CIP 3400935955838	1,08 1/AN	58,32
36 CIP 3400930348444	1,50 1/AN	54,00
18 CIP 3400938949957	2,41 1/AN	43,78
4 CIP 3400930022771	20,43 1/AN	81,72
8 CIP 3400933145262	1,87 1/AN	14,96
6 CIP 3400936513013	41,65 1/AN	249,90
28 CIP 3400935161581	4,73 1/AN	132,44
CIP 3212990 (VAG)	5,36 1/AN	5,36
AMI2	6,30 1/AN	6,30
Montant total annuel		3405,64 2457€
MONTANT APRES CAPITALISATION (Montant annuel x Prix de l'euro de la rente)		96774,74 76577€

Source : Société d'assurance.

La mobilisation de la ressource en médecins conseils des caisses d'assurance maladie permettrait d'améliorer la qualité du recours contre tiers, tout en présentant des avantages en termes de gestion de ces personnels (variété des tâches, expertise, mise à jour des connaissances médicales, ouverture au droit commun et non au seul droit social). Elle sous-entend également une organisation adaptée des services médicaux des différents régimes d'assurance maladie. C'est pourquoi cet objectif doit être adapté dans chaque cas au régime concerné : les problématiques de manipulation des données médicales sont par exemple différentes pour le régime général (médecins conseil employés par la caisse nationale et non les caisses locales) et le régime agricole (médecins conseil salariés des caisses locales). Cela sous-entend une démarche de formation⁴¹ et, plus généralement, d'insertion dans le processus de gestion des ressources des différents régimes en compétences médicales.

Pour le régime général, le référentiel national des processus (RNP) relatif au recours contre tiers devrait être validé d'ici fin 2017, et, partant, homogénéiser les pratiques du réseau du service médical en matière de recours contre tiers.

Proposition n° 9 : Renforcer la mission confiée aux services en charge du contrôle médical des régimes d'assurance maladie d'assister aux expertises médicales dans le cadre du recours contre tiers.

2.2.1.4. Les mutualisations mises en œuvre sont encore insuffisantes

Parmi les trois grands régimes d'assurance maladie (régimes général, des indépendants et agricole), des opérations de mutualisation d'amplitude diverses ont été mises en œuvre :

⁴¹ Idéalement, les médecins conseils chargés de l'activité de recours contre tiers devraient être spécialistes en médecine légale ou titulaires d'un diplôme d'université en réparation du dommage corporel.

Rapport

- ◆ le régime des indépendants a confié à une unique caisse locale le soin d'effectuer le recours contre tiers au profit des autres caisses. Celle-ci, installée à Clermont-Ferrand, fonctionne de manière trop récente (début 2017) pour être évaluée ;
- ◆ le régime agricole a opéré une mutualisation plus limitée : les caisses locales de Haute-Normandie (pour le compte de 8 caisses), de Loire-Atlantique Vendée (pour le compte de 6 caisses), de Sud Champagne (pour le compte de 6 caisses), d'Alpes Vaucluse (pour le compte de 9 caisses), et de Dordogne Lot et Garonne (pour le compte de 6 caisses) gèrent pour le recours contre tiers pour le compte d'autres caisses locales d'affiliation ;
- ◆ le régime général, pour lequel la volumétrie est la plus importante, a opté pour une mutualisation plus limitée : dans le cadre du plan « travail en réseau de l'assurance maladie » (TRAM), le recours contre tiers fait partie des activités mutualisées⁴². Ainsi, pour les visitées par la mission, la CPAM du Rhône mutualise les activités de recours contre tiers des CPAM de l'Ardèche et de l'Isère ; la CPAM de Loire-Atlantique mutualise les activités de la CPAM de Vendée ; la CPAM de Paris (et, plus généralement, de la région Île-de-France) ne mutualise pas ses activités de recours contre tiers avec une autre caisse (hors le cas spécifique des rentes invalidités gérées par la CRAMIF).

L'activité de recours contre tiers est très spécifique et nécessite des compétences particulières :

- ◆ médicales (voir *supra*) ;
- ◆ juridiques : les règles de droit commun, pour lesquelles les équipes des régimes d'assurance maladie sont généralement peu formées, s'appliquent. De plus, les règles particulières du protocole en matière automobile créent un régime dérogatoire supplémentaire à maîtriser ;
- ◆ d'animation : les organismes gestionnaires de recours contre tiers ont à développer un réseau d'interlocuteurs dans les caisses délégataires, mais également parmi les établissements (centres hospitaliers ou établissements médico-sociaux financés par l'assurance maladie), les administrations (relations avec les forces de police et de gendarmerie), les juridictions et les auxiliaires de justice, le monde associatif ou encore les assureurs.

Ainsi, il apparaît que, si les premiers éléments (spécialisation des personnels) nécessitent une taille critique, une taille trop importante pose des problèmes en termes d'animation d'un réseau territorial de correspondants divers. La mission estime que les mutualisations du recours contre tiers devraient faire correspondre à une caisse gestionnaire une dizaine de caisses délégataires (soit entre une et deux caisses gestionnaires par région) afin de ménager ces deux contraintes. De ce point de vue, la mutualisation engagée par le régime général dans le cadre de TRAM apparaît trop prudente. Le recours contre tiers pourrait d'ailleurs faire partie des processus à gestion nationale (et non régionale comme c'est le cas pour TRAM) à l'image de la gestion des capitaux décès.

Proposition n° 10 : Dans le cas du régime général, relever le niveau d'ambition des mutualisations du recours contre tiers au niveau d'une à deux caisses gestionnaires par région.

Proposition n° 11 : Faire relever le recours contre tiers du processus national de mutualisation sur le modèle de la gestion des capitaux décès.

⁴² 66 caisses gestionnaires de recours contre tiers pour 102 caisses locales du régime général, pour un total de 751 ETP en 2015. 19 d'entre elles consacrent un effectif inférieur à 7 ETP à cette activité.

2.2.1.5. Le cas particulier des régimes de fonctionnaires

Les fonctionnaires bénéficient d'un régime de protection sociale particulier :

- ◆ en maladie pour les prestations en nature, ils sont ressortissants du régime général (via toutefois une affiliation à une section locale mutualiste) ;
- ◆ en maladie pour les prestations en espèces, c'est leur employeur qui assure leur maintien de salaire : État ou établissement public administratif pour les fonctionnaires d'État, collectivité locale (ou établissement public en dépendant) pour les fonctionnaires territoriaux, établissement public de santé pour les fonctionnaires hospitaliers ;
- ◆ s'agissant des accidents de service et assimilés (équivalent de la branche AT/MP pour les fonctionnaires), ce sont à la fois les prestations en espèce et en nature qui sont à la charge de l'employeur public ;
- ◆ les prestations vieillesse et invalidité sont à la charge de l'État pour les fonctionnaires d'État, et de la CNRACL pour les fonctionnaires territoriaux et hospitaliers ;
- ◆ enfin, les fonctionnaires sont affiliés au régime général de la branche famille.

En pratique, il ressort des rencontres de terrain et des entretiens menés par la mission les éléments de constat suivants :

- ◆ seuls les accidents de service sont détectés et peuvent faire l'objet de recours contre tiers. Pour ces accidents, chaque ministère et chaque établissement public administratif arrête sa politique ;
- ◆ pour les prestations hors accidents de service (maintien de la rémunération du fonctionnaire), le recours n'est généralement pas effectué. De manière générale, les services gestionnaires font valoir le fait qu'ils n'ont pas connaissance de l'accident et de l'existence d'un tiers responsable : ils ne bénéficient de signalement ni de l'assureur du responsable, ni de la CPAM en charge du recours contre tiers pour les prestations en nature, ni d'ailleurs même de leur propre agent⁴³ ;
- ◆ lorsque le recours contre tiers est effectué, il peut l'être selon deux modalités :
 - gestion directe par la personne publique : cette gestion est le plus souvent faite par des équipes peu spécialisées et y consacrant une quotité relativement faible de leur temps de travail (voir encadré *infra*) ;
 - gestion déléguée par un courtier en assurance ou un acteur spécialisé du champ. Cette solution est fréquemment retenue par les collectivités locales, même importantes (la ville de Paris envisage d'effectuer un appel d'offres afin d'externaliser cette prestation), les établissements hospitaliers, ainsi que certains établissements publics nationaux comme des universités.

Les administrations publiques ne sont pas incitées, en raison des règles budgétaires, à effectuer un recours effectif au titre du recours contre tiers :

- ◆ s'agissant des administrations de l'État, les personnels affectés au recours contre tiers émargent sur leur programme ministériel pour les plafonds d'emploi et de masse salariale ; par contre, les sommes recouvrées ne viennent pas abonder les plafonds de ces programmes ;

⁴³ La collectivité publique dispose d'un recours contre l'agent victime d'un accident automobile ayant omis de le déclarer (article 15 de la loi Badinter). Cette action n'est en pratique jamais mise en œuvre.

Rapport

- ◆ s'agissant des établissements publics et collectivités locales, le problème est équivalent : si l'établissement public ou la collectivité locale conserve bien pour elle-même le produit du recours contre tiers, les dépenses de maintien de rémunération relèvent du titre I (charges de personnel) alors que les sommes recouvrées relèvent du titre III (autres produits) et ne viennent pas en atténuation des sommes engagées en titre I.

De manière générale, le sujet du recours contre tiers est assez largement orphelin : aucune administration centrale (DGOS pour les établissements hospitaliers, DGAFP pour les fonctions publiques, DGCL pour les collectivités locales) contactée n'a été en mesure de fournir d'éléments de pilotage et de suivi sur ce sujet.

Du point de vue de l'État, l'architecture budgétaire et la nécessité d'atteindre une taille critique permettant d'affecter à plein temps des compétences juridiques et médicales sur le sujet, incite à une mutualisation, idéalement auprès de la structure destinataire budgétairement des sommes recouvrées. La mission estime que le service des retraites de l'État est la structure la plus à même, en raison de ses liens avec l'ensemble des ministères et établissements publics, d'héberger l'activité de recours contre tiers.

Proposition n° 12 : Mutualiser les activités de recours contre tiers de l'État au sein d'une même structure, qui pourrait être le service des retraites de l'État.

S'agissant des collectivités locales et des établissements publics de santé, il conviendrait d'une part de rendre plus incitatives les règles budgétaires et comptables en matière de recours contre tiers, et d'autre part de mieux articuler les signalements en faveur de ces organismes publics (voir *infra*).

Proposition n° 13 : Adapter les règles comptables et budgétaires afin que les sommes recouvrées au titre des garanties de maintien de salaire viennent en déduction des plafonds d'effectifs et de masse salariale.

Encadré 7 : Le recours contre tiers des administrations centrales du ministère des affaires sociales et de la santé

Le ministère des affaires sociales et de la santé déploie une organisation du recours contre tiers largement déconcentrée :

- les services déconcentrés effectuent la gestion à leur niveau (régional) ;
- les administrations centrales sont gérées par un bureau de la direction des ressources humaines ;
- les établissements publics administratifs (agences régionales de santé, centres de ressources, d'expertise et de performances sportives) sont autonomes financièrement et budgétairement et gèrent donc le recours contre tiers au titre des agents qui y sont affectés.

Les recours contre tiers gérés sont presque exclusivement des accidents de service. Ceux-ci sont connus car les agents les déclarent à leur gestionnaire RH de proximité.

Au titre du recours contre tiers concernant les agents des directions d'administration centrales du ministère, celui-ci a ouvert 23 dossiers en 2015 (dont un pour accident hors service) pour 110 k€ recouverts (8 dossiers et 35 k€ en 2014).

Les effectifs chargés du recours contre tiers sont d'un agent de catégorie A (pour 15 à 20% de son temps de travail) et d'un agent de catégorie C (pour 20% de son temps de travail). Il n'y a pas de compétence médicale dédiée à cette activité.

Source : Mission,

2.2.2. Une collaboration inter caisses et interbranches à initier

Les assurés sociaux peuvent être affiliés ou relever de plusieurs régimes de sécurité sociale. Ainsi, s'agissant d'un agent public étant blessé dans un accident hors service, les prestations en nature sont prises en charge par la caisse locale du régime général, alors que les prestations en espèce de type rente d'invalidité sont prises en charge, selon les cas, par l'État ou la CNRACL. Or, pour un même sinistre mettant en jeu les deux prises en charges, c'est généralement l'organisme de la branche maladie (ici, la CPAM) qui est appelé à la cause⁴⁴.

Le panorama éclaté de la protection sociale fait qu'il est sinon impossible, du moins très difficile, d'identifier simplement les organismes gérant un régime obligatoire de sécurité sociale (cf. Annexe 4 Panorama des OGRROSS). Or, cette identification est importante à plusieurs titres :

- ◆ du point de vue des droits et obligations en matière de signalement, de participation et de notification de la transaction : ceux-ci varient selon la nature de l'organisme gérant le régime de sécurité sociale concerné. Peuvent d'ailleurs être présents à une même instance deux organismes ne bénéficiant pas des mêmes droits et devoirs (par exemple, une CPAM et une agence régionale de santé) ;
- ◆ du point de vue de la sécurité juridique, l'absence d'un organisme fait porter un risque d'annulation du jugement ou de la transaction. Cela pose des problèmes aux différents acteurs ayant, de bonne foi, participé à ces opérations :
 - victime et son assureur ;
 - responsable et son assureur ;
 - tiers payeurs (organisme gérant le régime obligatoire de sécurité sociale présent à l'instance, mais également, assurance maladie complémentaire) ;
 - le cas échéant, juridiction ayant eu à connaître du contentieux (avec un impact sur la charge de travail des juridictions).

En principe, l'ensemble des organismes auxquels une personne physique est affiliée est recensé dans le répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS) institué par l'article L. 114-12-1 du code de la sécurité sociale.

Les prestations susceptibles de faire l'objet d'un recours contre tiers de la part des organismes gérant un régime obligatoire de sécurité sociale sont presque toutes inscrites dans la liste des risques, droits et prestations entrant dans le champ du RNCPS. Il apparaît toutefois des difficultés particulières pour les prestations de maintien de la rémunération des fonctionnaires : il est possible, sur la base de l'affiliation à la section locale mutualiste, d'en déduire la fonction publique à laquelle il appartient ; il est cependant difficile d'en déduire l'employeur public maintenant sa rémunération.

La mission recommande donc la création d'un guichet unique à destination des responsables, chargé de l'identification des organismes gérant un régime obligatoire de sécurité sociale auxquels la victime est affiliée. Ce guichet :

- ◆ serait interrogé sur la base du numéro d'identification au répertoire (NIR – couramment dénommé « numéro de sécurité sociale ») national d'identification des personnes physiques (RNIPP) par l'assureur du responsable d'un dommage corporel souhaitant effectuer un signalement ou, dans un cadre contentieux, par une partie souhaitant appeler les organismes à la cause ;

⁴⁴ Voir par exemple CA Paris, 9 janvier 2015, n°RG 13/18966. Dans le cas d'espèce, l'organisme servant les prestations invalidité aurait dû être appelé à la cause ; il peut d'ailleurs demander la nullité de ce jugement pendant deux ans à compter du jour où il est devenu définitif (article 3 de l'ordonnance n° 59-76 du 7 janvier 1959).

Rapport

- ◆ rendrait d'une part au déclarant responsable ou son assureur la liste des organismes d'affiliation, et d'autre part signalerait le sinistre corporel aux caisses concernées (avec l'identité de la personne ayant effectué le signalement) ;
- ◆ horodaterait également les signalements afin de les rendre opposables aux organismes gérant des régimes de sécurité sociale.

Ce guichet n'aurait par contre pas pour mission de gérer les recours contre tiers : chaque organisme, dûment informé, se ferait connaître auprès du responsable ou de son assureur.

Proposition n° 14 : Créer un portail unique de signalement des sinistres corporels, dont la mission serait d'indiquer aux signalants l'identité des caisses d'affiliation de la victime, et aux caisses d'affiliation de la victime le signalement.

Par ailleurs, la dématérialisation des déclarations apparaît comme une demande des organismes assureurs. En effet, les investigations de terrain de la mission montrent une gestion papier généralisée. Certains échanges pourraient être dématérialisés :

- ◆ les signalements pourraient être effectués par courrier électronique (voir *supra* pour le guichet unique), ou au moyen d'un portail simple permettant d'entrer les données de la victime (dont le NIR, les nom et prénom etc...). La redirection des messages de signalement (consultation du RNCPS) pourrait d'ailleurs à terme être automatisée, ce qui requiert un passage par la loi afin de manipuler de manière sécurisée des données nominatives (NIR notamment) ;
- ◆ dans un deuxième temps, certains éléments protocolaires, par définition normés, pourraient être échangés de manière automatisée. Il s'agirait d'échanger des débours, des éléments d'évaluation médico-légale. Là-encore, le recours à la loi est nécessaire afin d'assurer un traitement sécurisé de données particulièrement sensibles (nominatives et potentiellement médicales) ;
- ◆ enfin, à plus long terme, et après en cas d'évaluation positive des échanges protocolaires, les échanges dématérialisés pourraient être étendus au hors protocole.

Les assureurs sont déjà autorisés à accéder, de manière encadrée, au RNIPP ; ils doivent en outre développer un fichier des véhicules assurés à destination de l'État « *dans le cadre de sa mission de contrôle de l'obligation d'assurance de responsabilité civile automobile* » (CAss, art. L. 451-1-1 futur).

Proposition n° 15 : Mettre en place un système dématérialisé d'échange de données afin d'organiser l'échange de données nécessaires au recours contre tiers. Cet échange de données devrait être encadré par une loi garantissant les conditions d'échange, de conservation et d'exploitation des données nominatives, voire médicales, qu'il suppose.

2.2.3. Des éléments de déséquilibre dans le droit protocolaire

Dans le cadre du protocole (concernant les sinistres automobiles et cyclistes, et liant les caisses des régimes général, agricole et des indépendants avec les organismes assureurs français), une procédure d'escalade existe (cf. Annexe 3 Analyse juridique).

Cette procédure permet un règlement rapide des conflits. Toutefois, elle paraît susceptible d'améliorations sur plusieurs aspects.

D'abord, cette procédure, dans un but de célérité des échanges, ne prévoit pas d'échanges contradictoires complets : la partie demandeuse présente ses observations, la partie défenderesse y répond, sans laisser la contradiction se développer plus avant.

Rapport

Afin de permettre une discussion contradictoire de meilleur niveau, sans trop retarder la solution d'arbitrage, la mission propose qu'un deuxième tour de contradiction soit permis, soit la présentation de quatre mémoires (deux pour le demandeur, deux pour le défendeur).

Proposition n° 16 : Permettre un deuxième tour de contradiction dans la procédure protocolaire d'escalade.

Par ailleurs, la procédure d'escalade peut être utilisée à des fins dilatoires, comme d'ailleurs les procédures contentieuses de droit commun. Il est ainsi possible qu'un dossier grimpe les divers degrés de la procédure d'escalade pour arriver à la commission d'arbitrage, pour ensuite se désister de ses prétentions. Ainsi, pour les années 2015 et 2016, le secrétariat de la CNAMTS en charge de la commission d'arbitrage du protocole a fourni les éléments suivants :

Tableau 54 : Désistements (par cause) devant la commission d'arbitrage du protocole

Année 2015			Année 2016		
Nature des désistements	Nombre de dossiers	% par nature	Nature des désistements	Nombre de dossiers	% par nature
Absence de règlement	41	48,24%	Absence de règlement	74	64,35%
<i>dont GENERALI</i>	13	31,71%	<i>dont AXA</i>	29	39,19%
AXA	8	19,51%	GENERALI	14	18,92%
ALLIANZ	3	7,32%	L'EQUITE	8	10,81%
Détermination responsabilité	9	10,59%	Détermination responsabilité	18	15,65%
Contestation nongarantie	6	7,06%	Frais futurs	7	6,09%
Litige médical	5	5,88%	Note 102	5	4,35%
Assureur gestionnaire	4	4,71%	(Rente AT/Pension invalidité)		
Forclusion	4	4,71%			
Frais futurs	4	4,71%			
Autres	12	14,12%	Autres	11	9,57%
TOTAL	85	100,00%	TOTAL	115	100,00%
<i>dont GENERALI</i>	18	21,18%	<i>dont AXA</i>	37	32,17%
AXA	13	15,29%	GENERALI	17	14,78%
L'EQUITE	10	11,76%	L'EQUITE	10	8,70%

Source : CNAMTS – secrétariat en charge de la commission d'arbitrage du protocole.

Ces données ne présentent pas les principaux auteurs de désistements : les CPAM sont à l'origine de 97,65% des désistements en 2015 et 98,26% en 2016. Parmi les désistements présentés dans le tableau, les autres régimes représentaient une faible part des désistements : en 2015, un dossier (sur les 85 du document *supra*) de désistement était le fait du RSI, et en 2016, 12 dossiers (sur les 115 du document *supra*) de désistement étaient le fait du RSI (1) et de la MSA (11).

Proposition n° 17 : Permettre une sanction forfaitaire pour les désistements jugés manifestement abusifs par la commission d'arbitrage.

2.2.4. Les difficultés pour les caisses d'obtenir les créances de certains établissements

Les données de facturation des établissements de santé sont disponibles directement par les organismes de sécurité sociale lorsque les établissements sont privés à but lucratif (établissements dits ex-OQN) : les flux de valorisation (facturation T2A, honoraires et dépassements d'honoraire des praticiens libéraux) sont transmis au fil de l'eau à l'assurance maladie.

Tel n'est pas le cas des établissements publics de santé et des établissements privés à but non lucratif (établissements dits ex-DG) : les flux de tarification (T2A) sont entrés dans le système e-PMSI, puis validés par l'ATIH et présentés pour facturation à la caisse pivot de l'établissement (le plus souvent une caisse du régime général, parfois une caisse du régime agricole). Cette facture est globale : il n'est, en attente de déploiement du projet FIDES (facturation individuelle des établissements de santé), pas possible à la caisse de sécurité sociale d'individualiser les séjours (le NIR étant anonymisé dans le PMSI).

Cela contraint donc les organismes gérant un régime obligatoire de sécurité sociale à demander, au cas par cas et sans protocole d'échange organisé, les données de facturation liées à l'hospitalisation d'une victime. Or, l'établissement de santé n'est pas intéressé au résultat du recours, mais l'établissement de la facture constitue un coût de gestion non indemnisé.

Ainsi, la caisse centrale du régime agricole a-t-elle rapporté les éléments suivants à la mission :

- ◆ pour la caisse de gestion sud-est, « 4 hôpitaux ne renseignent pas le questionnaire invoquant un problème d'effectifs » ;
- ◆ pour la caisse de gestion nord-est, « pour quelques hôpitaux, des relances téléphoniques multiples sont nécessaires afin de récupérer les montants. Les raisons invoquées sont les suivantes : "débordés", "manque d'effectifs", "recherche compliquée car dates d'hospitalisation anciennes" » ;
- ◆ pour la caisse de gestion centre-nord, « 25 % des enquêtes hôpitaux ne sont pas retournées obligeant la caisse à effectuer des relances courriers et/ou téléphoniques ».

On constate des relations parfois frictionnelles, et même bloquées pour un nombre réduit mais non nul d'établissements hospitaliers. Si ces difficultés ne sont pas généralisées, elles représentent tout de même une proportion non négligeable des établissements.

La mission propose d'intéresser les établissements de santé à la production de factures dans des délais compatibles avec le recours contre tiers des organismes sociaux :

- ◆ intéressement financier : un pourcentage sur les sommes recouvrées, ou préférablement une indemnité forfaitaire de gestion, sur le modèle de l'indemnité perçue par les organismes sociaux auprès des assureurs, pourrait être mise en place, afin d'indemniser les centres hospitaliers de leur investissement en temps et en personnel pour établir les factures ;
- ◆ conventions de gestion : les organismes sociaux pourraient signaler aux hôpitaux les recours contre tiers afférents à des victimes employées par l'hôpital. On pourrait également mettre en place une gestion pour le compte de l'hôpital (ce qui signifierait toutefois une montée en compétence des équipes de la caisse de gestion en matière de règles applicables aux fonctionnaires hospitaliers) en échange d'une présentation diligente des factures hospitalières.

Proposition n° 18 : Prévoir le versement d'une somme forfaitaire par les organismes sociaux en échange de la fourniture de factures hospitalières.

Rapport

De manière générale, ce sont les relations locales entre organismes gérant un régime obligatoire de sécurité sociale et établissements de santé qui permettent de rendre plus fluide la transmission des factures pour l'activité de recours contre tiers. Cette dimension locale devrait être prise en compte lors des opérations de mutualisation des services de recours contre tiers.

2.2.5. L'impossibilité de facturer certaines prestations

Certaines prestations ne peuvent faire l'objet de recours car elles ne peuvent être facturées au tiers responsable ou à son assureur. Il s'agit des prestations ou établissements fonctionnant avec une dotation de l'assurance maladie, et notamment :

- ◆ des transports urgents, notamment hélicoptérés⁴⁵, de type services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) ou services d'aide médicale urgente (SAMU). Ces services sont financés par des crédits issus de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) prévus au j) du 2) de l'article D. 162-6 du code de la sécurité sociale ;
- ◆ de certains établissements médico-sociaux financés par l'assurance maladie, et pouvant percevoir une dotation globale de fonctionnement. La DGCS, contactée par la mission, n'a pas été en mesure de donner une liste des établissements, ou type d'établissements, concernés par ce type de tarification.

Afin de rendre opposable un tarif aux assureurs, la mission recommande que le directeur général de l'ARS arrête des prix de journée (pour les établissements encore financés en dotation globale), sur la base des dotations annuelles versées par l'assurance maladie, divisée par l'occupation des places en établissement. S'agissant des hélicoptères, des tarifs horaires régionaux ou nationaux pourraient être arrêtés (division de la dotation aux missions d'intérêt général par le nombre d'heures de vol effectuées).

Proposition n° 19 : Faire arrêter des prix horaires (pour les hélicoptères) et des prix de journée (pour les établissements médico-sociaux) opposables aux tiers payeurs.

2.3. Les difficultés liées à certains textes

Les organismes chargés de la gestion de régimes obligatoires de sécurité sociale sont confrontés à certaines difficultés liées à des règles de droit contraignantes, voire limitantes. Parmi celles-ci, on citera :

- ◆ la divergence entre dates de consolidation en droit commun et en droit social ;
- ◆ la non admission des créances de la branche famille ;
- ◆ les règles concernant le respect du secret médical.

2.3.1. Les dates de consolidation des droits commun et social divergent

De manière générale, l'existence de dates de consolidation différentes en droit commun et en droit social s'explique par le fait qu'il est répondu à deux questions différentes :

⁴⁵ Les hélicoptères de service public - revue de dépenses - mai 2016 ; rapport commun IGA/IGAS/CGEfi/CGA.- M.-A. DU MESNIL DU BUISSON - J. FILY, J.-P. GUÉRIN, J.-Y. LAFFONT, T. MARJOLET, P. MONDOULET.

Rapport

- ◆ en droit commun, la question est celle de la date à laquelle les lésions de la victime sont stabilisées ;
- ◆ en droit social, la question est celle de la date à laquelle la victime est apte (ou définitivement inapte) à la reprise du travail.

Ainsi, en droit commun, la consolidation est la stabilisation des lésions corporelles de la victime, et où elles revêtent un caractère permanent : la date de consolidation est⁴⁶ « la date à partir de laquelle l'état de la victime n'est plus susceptible d'être amélioré d'une façon appréciable et rapide par un traitement médical approprié ». S'agissant de l'indemnisation du dommage corporel consécutif à des accidents automobiles, l'assureur est tenu d'effectuer une proposition d'indemnisation dans les huit mois à compter de l'accident (article 12 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985) :

- ◆ cette proposition peut revêtir un caractère provisionnel lorsque l'assureur n'a pas connaissance, dans les trois mois à compter de l'accident, de la consolidation de l'état de santé de la victime ;
- ◆ en toute hypothèse, une offre définitive doit être formulée dans un délai de cinq mois à compter de la date où l'assureur a eu connaissance de la consolidation de l'état de santé de la victime.

Au contraire, en droit social, c'est la caisse primaire d'assurance maladie⁴⁷ qui décide de la date de consolidation (CSS, art. L. 442-6 : « la caisse primaire fixe la date de la guérison ou de la consolidation de la blessure d'après l'avis du médecin traitant ou, en cas de désaccord, d'après l'avis émis par l'expert »). Or, c'est la consolidation, décidée par l'organisme social, qui va, le cas échéant, déclencher le versement d'une rente pour accident du travail ou maladie professionnelle, sans articulation avec le droit commun : « les arrérages courent du lendemain de la date de consolidation de la blessure » (CSS, art. R. 434-33).

Cela signifie concrètement que l'organisme social n'est pas en mesure de produire sa créance, celle-ci n'étant juridiquement pas née.

S'agissant de prestations pouvant s'imputer sur le poste « déficit fonctionnel permanent », l'impact sur l'indemnisation de la victime nette de recours des tiers payeurs peut être important : toute mesure visant à faciliter le recours des tiers payeurs (en allongeant les délais) a pour conséquence un retard dans l'indemnisation de la victime et une minoration des sommes allouées.

2.3.2. Les prestations servies par les caisses d'allocation familiales ne bénéficient pas du recours subrogatoire

La Cour de cassation estime⁴⁸ que « les Caisses d'Allocations Familiales ne peuvent être considérées, au sens de l'article 29 1 de la loi du 5 juillet 1985, comme des organismes, établissements ou services gérant un régime obligatoire de sécurité sociale ».

Cette interprétation pose deux problèmes :

⁴⁶ Recueil méthodologique de la Cour d'appel de Paris – indemnisation du dommage corporel – version du 20 mars 2012.

⁴⁷ Pour les salariés agricoles (CRPM, art. L. 751-31) et les non salariés agricoles (CRPM, art. L. 752-24), c'est la caisse de mutualité sociale agricole.

⁴⁸ Cass. Crim., 30 octobre 2000, pourvoi n° 99-87306.

Rapport

- ◆ d'une part, elle est contingente : comment expliquer qu'une CAF, qui n'est pas un organisme de sécurité sociale au sens de la loi Badinter, ne puisse exercer de recours au titre de l'allocation d'éducation spéciale, alors qu'a priori, une caisse locale de la MSA pourrait *rationae personae* effectuer ce recours au titre de la même prestation, sa nature d'organisme de sécurité sociale au sens de la loi Badinter n'étant pas contestée ? Cela pose des difficultés en termes d'égalité de traitement des victimes, celles affiliées au régime agricole pouvant voir imputées des prestations de la branche famille sur leur indemnisation contrairement à celles affiliées aux autres régimes ;
- ◆ d'autre part, le caractère forfaitaire des prestations famille est fréquemment invoqué à l'appui de cette exception. S'il est exact que ces prestations n'ouvrent pas droit à action récursoire en droit des assurances (Cass, art. L. 131-2), non seulement ces dispositions ne sont pas applicables aux organismes gérant un régime obligatoire de sécurité sociale, mais c'est bien l'ensemble des prestations qu'ils servent qui sont visées au 1. de l'article 29 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985, indépendamment de leur caractère forfaitaire ou indemnitaire. À ce titre, le recours effectué par les organismes sociaux au titre des prestations décès, forfaitaires, ne pose pas de difficulté particulière⁴⁹.

On observe en outre que les prestations versées au titre de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et de l'allocation journalière de présence parentale (AJPP) apparaissent comme des prestations indemnifiant, pour partie, le préjudice de la victime par ricochet. En effet, en nomenclature Dintilhac (cf. Annexe 3 Analyse juridique), le poste patrimonial « *pertes de revenus des proches* » indemnise « *la perte ou la diminution de revenus subie par les proches de la victime directe lorsqu'ils sont obligés, pour assurer une présence constante auprès de la victime handicapée d'abandonner temporairement, voire définitivement, leur emploi* ».

Les montants recouvrables par les CAF n'ont pas pu être évalués par la mission. Ils sont toutefois probablement modestes : en 2016, les dépenses du régime général au titre de l'AEEH se sont élevées à 860,1 M€ et 74,1 M€ au titre de l'AJPP. En supposant qu'un tiers responsable identifié et solvable puisse être mis en cause dans 10% des cas, le potentiel de recours contre tiers s'élèverait à 93 M€.

Proposition n° 20 : Modifier la loi afin que les caisses de la branche famille puissent effectuer un recours contre tiers (au titre de l'indemnisation de la victime par ricochet).

2.3.3. Il convient d'organiser une dérogation légitime au secret médical

Le secret médical est un principe consacré par l'article L. 1110-4 du code de la santé publique : « *toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou service, un professionnel ou organisme concourant à la prévention ou aux soins [...] a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant* ».

L'article article R. 4127-4 du code de la santé publique (également article 4 du code de déontologie médicale) précise que « *le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi* ». Le secret médical est donc institué dans l'intérêt des patients.

Des dérogations au respect du secret médical existent (voir encadré *infra*) mais ne concernent pas l'activité de recours contre tiers, qui ne s'effectue pas dans l'intérêt du patient mais dans celui de la caisse.

⁴⁹ Voir par exemple CA Aix-en-Provence, 10^{ème} chambre, 2 juillet 2015, n° RG 14/06836 ; CA Douai, 3^{ème} chambre, 17 décembre 2015, n° RG 14/05802 ; CA Grenoble, 2^{ème} chambre civile, 6 septembre 2016, n° RG 15/01188.

Rapport

De ce point de vue, la situation est proche de celle du médecin du département de l'information médicale (DIM) des établissements de santé, chargé de traiter les données médicales des patients hospitalisés afin de valoriser leur séjour et ainsi assurer l'essentiel des ressources de son établissement. Pour autant, l'accès par le DIM aux données médicales des patients n'apparaît pas illégitime : l'article L. 6113-7 du code de la santé publique a donc organisé une dérogation à l'accès à ces données, qui pourrait servir de modèle à la dérogation qui devrait être organisée en faveur des médecins conseil d'organismes gérant un régime obligatoire de sécurité sociale dans le cadre de l'activité de recours contre tiers.

Proposition n° 21 : Organiser une dérogation légale au secret médical permettant aux médecins conseil d'accéder et de partager les données médicales, dans le respect des droits de l'assuré social, dans le cadre du recours contre tiers.

Encadré 8 : Les exceptions au secret médical

Il existe deux types d'exceptions au respect du secret médical :

- les exceptions obligatoires, pour lesquelles le médecin est tenu de révéler des éléments de secret médical ;
- les autorisations, pour lesquelles le médecin a la possibilité de révéler des éléments de secret médical sans qu'une faute puisse être relevée à son encontre.

S'agissant des exceptions obligatoires, on trouve les cas suivants :

- déclaration de naissance (article 56 du code civil) et de décès (CGCT, L. 2223-42) ;
- déclaration de certaines maladies contagieuses (CSP, art. L. 3113-1) ;
- certaines déclarations dans le cadre d'admissions en soins psychiatriques (CSP, art. L. 3212-1 et s.) ;
- placement sous sauvegarde de justice (article 434 du code civil) ;
- déclarations d'accident du travail (CSS, art. L. 441-6) et de maladie professionnelle (CSS, art. L. 461-5) ;
- pensions civiles et militaires de retraite et d'invalidité (article L. 31 du code des pensions civiles et militaires de retraite) ;
- diverses procédures d'indemnisation des victimes (ou s'estimant victimes) d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins (CSP, art. L. 1142-9), des personnes contaminées par le VIH à l'occasion d'une transfusion (CSP, art. L. 3122-2), des victimes de l'amiante (article 53 de la loi n° 2000-1257 de financement de la sécurité sociale pour 2001), des victimes des essais nucléaires français (article 4 de la loi n° 2010-2 du 5 janvier 2010) ;
- dans le cadre de procédures de lutte contre le dopage (CS, art. L. 232-3) ;
- dans le cadre de la veille sanitaire (CSP, art. L. 1413-4 et L. 1413-5).

S'agissant du régime d'autorisation, il concerne :

- la dénonciation à des autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou sévices sur des mineurs, ou de personnes détenant une arme et présentant un caractère potentiellement dangereux (CP, art. L. 226-14) ;
- l'évaluation du handicap et de son plan de compensation (CASF, art. L. 241-10) ;
- la tarification des établissements de santé (CSP, art. L. 6113-7) ;
- les contrôles effectués dans les établissements de santé par différents corps d'inspection (CSP, art. L. 1112-1 pour les médecins membres de l'inspection générale des affaires sociales, les médecins inspecteurs de santé publique, les inspecteurs de l'agence régionale de santé ayant la qualité de médecin et les médecins conseils des organismes d'assurance maladie ; CSP, art. L. 1333-19 pour les médecins inspecteurs de la radioprotection) ;
- les contrôles effectués par les médecins conseil des organismes de sécurité sociale (CSS, art. L. 315-1) ;
- les expertises effectuées par les médecins experts de la Haute autorité de santé (CSP, art. L. 1414-4).

Source : Mission.

2.4. Une voie non expertisée par la mission : la forfaitisation globale du recours contre tiers

Comme la mission l'avait indiqué à ses commanditaires, cette mission de revue de dépenses s'apparente plus à une mission exploratoire du potentiel du gisement du RCT. Dans les limites méthodologiques explicitées, les investigations montrent que le gisement réside très probablement dans une meilleure organisation des organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale et que le montant du manque à gagner reste limité. Les mesures de gains possibles passent donc par une amélioration de la gestion et une simplification des règles. Il n'y a notamment pas de montant substantiel de gisement à recouvrer dans le domaine des accidents scolaires compte tenu de la sous déclaration massive des parents des victimes aux assureurs dans ce domaine, sous déclaration tenant à des raisons affectives et sociologiques qui devraient perdurer.

Dans ces conditions, il conviendrait de s'interroger sur les perspectives d'avenir d'un sujet qui demeure orphelin. En effet, la gestion du RCT est trop complexe et lacunaire. Il conviendrait de réfléchir à une simplification via une forfaitisation du RCT sous forme d'un pourcentage soit du montant total d'indemnisation, soit par poste de préjudice. Ce point pourrait être discuté avec les assureurs dans le cadre d'un protocole amendé et qui couvrirait l'ensemble des domaines d'accidents (automobile, accidents médicaux et accidents de la vie courante). L'objectif serait de parvenir à une forme de barémisation du RCT, qui va dans le sens de l'histoire de la réparation du dommage corporel avec la mise en place et la généralisation de la nomenclature Dintilhac, l'établissement d'un référentiel indicatif de l'indemnisation du préjudice corporel des cours d'appel en septembre 2016 par l'ENM.

Il rejoint les conclusions de l'étude de jurisprudence chiffrée sur l'évaluation des chefs de préjudices nés du dommage corporel en matière d'accidents médicaux⁵⁰ qui pointent d'une part l'hétérogénéité des pratiques d'indemnisation au sein des cours administratives d'appel et qui plaident d'autre part pour l'adoption d'une nomenclature unique qui s'appliquerait à toute indemnisation, quelle qu'en soit la voie (transactionnelle ou judiciaire) et l'ordre de juridiction. On peut regretter avec les auteurs de l'étude que « *le projet de décret portant nomenclature unique des postes de préjudices nés d'un dommage corporel ait été jeté aux oubliettes alors même l'étude en conforte l'absolue nécessité en démontrant que la valeur simplement incitative de cette nomenclature ne saurait suffire* ».

En effet, deux éléments plaident dans ce sens.

D'une part les comparaisons internationales montrent que certains pays ont choisi de supprimer le principe de la responsabilité civile pour les dommages corporels en matière d'accidents de la circulation comme le Québec ou la Nouvelle-Zélande avec la mise en place d'un organisme public prenant en charge l'assurance et l'indemnisation dans ce domaine sous la forme d'un monopole (cf. Annexe 10 Comparaisons internationales). Il pourrait être envisagé, en échange de l'abandon des recours des organismes sociaux, de faire contribuer les organismes assureur sur l'assiette des indemnisations versées aux victimes.

D'autre part, le projet de réforme de la responsabilité civile en rapprochant sans encore l'aligner le sort du conducteur de celui des victimes qui ont la qualité de passagers ou de piétons, étend *de facto* le champ de l'indemnisation sans faute et fait sauter le verrou qui avait été mis dans la loi Badinter.

Proposition n° 22 : Expertiser la possibilité de supprimer le recours contre tiers des caisses de sécurité sociale en échange d'une contribution forfaitaire à la charge des assureurs.

⁵⁰ CA de Lyon de juin 2011 à juillet 2012, par A Basoulergue, B. Cagnon, O. Gout, B Ménard et S. Porchy-Simon

Rapport

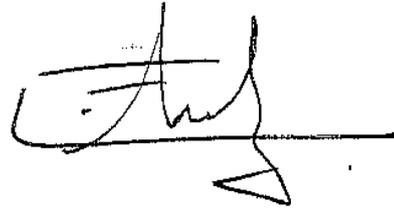
À Paris, le 10 juin 2017

L'inspectrice générale des finances,



Hélène PELOSSE

L'inspecteur des affaires sociales,



Vincent RUOL

Avec la collaboration de

Philippe SULTAN



Inspecteur de l'administration
de l'éducation nationale et de la recherche

Liste des recommandations

Proposition n° 1 : faire procéder à une analyse approfondie pour identifier les écarts de traitement des créances des OGROSS entre la voie protocolaire et la voie contentieuse.

Calendrier: 1^{er} trimestre 2018 Destinataire: CNAMTS

Proposition n° 2 : rendre la publication du rapport de l'ACPR de consolidation en matière de responsabilité médicale systématique.

Calendrier: 3^{ème} trimestre 2017 Destinataire: Direction du trésor/DSS

Proposition n° 3 : Procéder, sur le modèle des travaux de la mission, à des rapprochements systématiques et périodiques entre les statistiques extérieures des assureurs et les déclarations à la CNAMTS figurant dans le logiciel GRECOT.

Calendrier: à faire chaque année Destinataire: DSS/Direction du budget/Direction du trésor/CNAMTS

Proposition n° 4 : Demander à l'ACPR d'effectuer un contrôle par sondage de l'effectivité des signalements par les assureurs de responsabilité civile.

Calendrier: 2018 Destinataire: ACPR/Direction du trésor/DSS

Proposition n° 5 : Mettre en place un véritable suivi statistique des accidents scolaires au ministère de l'éducation nationale en distinguant les accidents qui induisent des dépenses pour l'assurance maladie.

Calendrier: 2018 Destinataire: DGESCO en liaison avec CNAMTS et DSS

Proposition n° 6 Faire signaler aux organismes sociaux par les services administratifs départementaux ou académiques les accidents scolaires ayant conduit à une hospitalisation.

Calendrier: 2018 Destinataire: DGESCO en liaison avec DSS et CNAMTS

Proposition n° 7 : Étiqueter dans l'informatique de gestion des caisses les victimes au titre desquelles elles effectuent un recours contre tiers.

Calendrier: 2018 Destinataire: CNAMTS/CCMSA/CNRSI

Proposition n° 8 : Archiver les données relatives aux victimes au titre desquelles les caisses effectuent un recours contre tiers pour la durée nécessaire à l'opération.

Calendrier: 2018 Destinataire: CNAMTS/CCMSA/CNRSI

Proposition n° 9 : Renforcer la mission confiée aux services en charge du contrôle médical des régimes d'assurance maladie d'assister aux expertises médicales dans le cadre du recours contre tiers.

Calendrier: 2018 Destinataire: CNAMTS/CCMSA/CNRSI

Proposition n° 10 : Dans le cas du régime général, relever le niveau d'ambition des mutualisations du recours contre tiers au niveau d'une à deux caisses gestionnaires par région.

Rapport

Calendrier: 2018 Destinataire: CNAMTS

Proposition n° 11 : Faire relever le recours contre tiers du processus national de mutualisation sur le modèle de la gestion des capitaux décès.

Calendrier: 018 Destinataire: CNAMTS

Proposition n° 12 : Mutualiser les activités de recours contre tiers de l'État au sein d'une même structure, qui pourrait être le service des retraites de l'État.

Calendrier: 2018 Destinataire: Service des retraites de l'Etat en liaison avec Direction du budget

Proposition n° 13 : Adapter les règles comptables et budgétaires afin que les sommes recouvrées au titre des garanties de maintien de salaire viennent en déduction des plafonds d'effectifs et de masse salariale.

Calendrier: 2018 Destinataire: Direction du budget

Proposition n° 14 : Créer un portail unique de signalement des sinistres corporels, dont la mission serait d'indiquer aux signalants l'identité des caisses d'affiliation de la victime, et aux caisses d'affiliation de la victime le signalement.

Calendrier: 2018 Destinataire: DSS/CNAMTS/CCMSA/CNRSI

Proposition n° 15 : Mettre en place un système dématérialisé d'échange de données afin d'organiser l'échange de données nécessaires au recours contre tiers. Cet échange de données devrait être encadré par une loi garantissant les conditions d'échange, de conservation et d'exploitation des données nominatives, voire médicales, qu'il suppose.

Calendrier: 2018 Destinataire: DSS/CNAMTS/CCMSA/CNRSI

Proposition n° 16 : Permettre un deuxième tour de contradiction dans la procédure protocolaire d'escalade.

Proposition n° 17 : Permettre une sanction forfaitaire pour les désistements jugés manifestement abusifs par la commission d'arbitrage.

Calendrier: 2018 Destinataire: FFA et CNAMTS/CCMSA/CNRSI

Proposition n° 18 : Prévoir le versement d'une somme forfaitaire par les organismes sociaux en échange de la fourniture de factures hospitalières.

Calendrier: 2018 Destinataire: DSS/DGOS

Proposition n° 19 : Faire arrêter des prix horaires (pour les hélicoptères) et des prix de journée (pour les établissements médico-sociaux) opposables aux tiers payeurs.

Calendrier: 4^{ème} trimestre 2017 Destinataire: DSS/DGCS

Proposition n° 20 : Modifier la loi afin que les caisses de la branche famille puissent effectuer un recours contre tiers (au titre de l'indemnisation de la victime par ricochet).

Calendrier: 2018 Destinataire: DSS

Rapport

Proposition n° 21 : Organiser une dérogation légale au secret médical permettant aux médecins conseil d'accéder et de partager les données médicales, dans le respect des droits de l'assuré social, dans le cadre du recours contre tiers.

Calendrier: 2018 Destinataire: DSS

Proposition n° 22 : Expertiser la possibilité de supprimer le recours contre tiers des caisses de sécurité sociale en échange d'une contribution forfaitaire à la charge des assureurs.

Calendrier: 2018 et après Destinataire: Corps d'inspection

ANNEXES

LISTE DES ANNEXES

- ANNEXE I : LETTRES DE MISSION INITIALE ET COMPLÉMENTAIRE**
- ANNEXE II : LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES**
- ANNEXE III : ANALYSE JURIDIQUE**
- ANNEXE IV : PANORAMA DES ORGANISMES GÉRANT UN RÉGIME OBLIGATOIRE DE SÉCURITÉ SOCIALE (OGROSS)**
- ANNEXE V : ANALYSE DU GISEMENT AUTOMOBILE**
- ANNEXE VI : LES ACCIDENTS SCOLAIRES**
- ANNEXE VI BIS : ENQUÊTE DE TERRAIN SUR LES ACCIDENTS SCOLAIRES**
- ANNEXE VII : LES ACCIDENTS MÉDICAUX**
- ANNEXE VIII : MISE EN ŒUVRE DES RECOMMANDATIONS FIGURANT DANS LES RAPPORTS DE LA MNC ET DE L'IGAS**
- ANNEXE IX : ANALYSE DE LA JURISPRUDENCE**
- ANNEXE X : COMPARAISONS INTERNATIONALES**

ANNEXE I

Lettres de missions initiale et complémentaire

**LA MINISTRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE
LE MINISTRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES
LA MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
LE SECRÉTAIRE D'ÉTAT CHARGÉ DU BUDGET ET DES COMPTES PUBLICS**

Paris, le 21 DEC. 2016

Madame la Cheffe de l'inspection générale des finances

Monsieur le Chef de l'inspection générale des affaires sociales

OBJET : Revue des dépenses – Mission sur les recours contre tiers des caisses de sécurité sociale.

La sécurité sociale assure la prise en charge immédiate des frais de soins ou d'hospitalisation en cas de dommages corporels, ainsi que le versement d'indemnités journalières en cas d'arrêt de travail, y compris quand la responsabilité de cette situation incombe à un tiers. Ce tiers responsable ne se trouve pas pour autant dégagé de son obligation de réparer le dommage causé à la victime au nom du principe de la responsabilité civile. Les organismes de sécurité sociale peuvent ainsi solliciter auprès de celui-ci, ou de son assureur, le remboursement des sommes qu'ils ont versées à la victime au titre du dommage subi. En 2015, les recours contre tiers du seul régime général de sécurité sociale ont permis de recouvrer à ce titre plus de 1Md€.

En dépit de l'attention particulière portée à ce sujet depuis quelques années, les masses financières totales en jeu et le potentiel lié aux recours contre tiers des différentes caisses pour réduire les dépenses nettes de la sécurité sociale demeurent mal connues.

Dans ce contexte, nous souhaiterions que vous conduisiez une revue de dépenses dans le cadre prévu par l'article 22 de la loi de programmation des finances publiques pour les années 2014 à 2019.

Si vos propositions n'engagent pas le Gouvernement, elles pourront faire l'objet d'une mise en œuvre prochaine. Vos travaux devant ainsi s'inscrire dans la perspective de leur éventuelle intégration aux prochaines lois financières, vous accorderez une importance au chiffrage de vos propositions, à leur caractère opérationnel ainsi qu'à leur calendrier de mise en œuvre. Je souhaite en particulier que vous documentiez les gains que généreraient les différents scénarios de réformes que vous établirez selon la méthodologie présentée dans le courrier adressé le 6 janvier aux corps de contrôle et d'inspection par le ministre de l'économie et des finances et le secrétaire d'Etat chargé du budget et des comptes publics.

Conformément à la volonté du Gouvernement de rétablir l'équilibre des finances publiques par des mesures de maîtrise de la dépense publique, je souhaite enfin que vos travaux permettent d'augmenter les recouvrements de 15 % sur les années à venir, afin de pérenniser par des mesures structurelles l'amélioration constatée en 2015.

Le champ de la mission portera sur l'ensemble des régimes obligatoires de la sécurité sociale, y compris sur les régimes spéciaux. L'ensemble des recours contre tiers devront être pris en compte, quelles que soit les branches et les tiers responsables, publics ou privés, concernés.

Dans un premier temps, vous vous attacherez à réaliser un chiffrage aussi exhaustif que possible des masses financières en jeu, afin de les comparer aux montants effectivement recouverts par les caisses et en déduire les marges de progrès qui existent en matière d'action récursoire.

Dans un deuxième temps, et en complément des travaux menés en 2015 par l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et la mission nationale de contrôle de la sécurité sociale, vous proposerez, de la manière la plus opérationnelle possible, les moyens d'améliorer le signalement des tiers responsables, étape clé dans la récupération des créances. En particulier, vous examinerez l'état de la mise en œuvre des recommandations de la mission menée par l'IGAS relative aux signalements effectués par les établissements de santé et étudierez les voies de transmission des signalements par les établissements scolaires aux caisses de sécurité sociale, pour ce qui concerne les accidents scolaires.

Dans un troisième temps, et afin d'apporter un éclairage complémentaire aux travaux menés récemment sur le sujet, vous concentrerez vos travaux sur les chiffrages des créances réalisés par les caisses de sécurité sociale, afin d'évaluer la façon dont ces chiffrages sont actuellement réalisés et de proposer les solutions juridiques ou pratiques permettant, pour chaque dossier traité, d'améliorer l'évaluation de ces créances, d'en assurer l'exhaustivité et d'en améliorer le recouvrement.

Pour chacun de ces axes, vous identifierez les leviers organisationnels, humains et relatifs aux systèmes d'informations qui permettront d'atteindre la cible mentionnée ci-dessus.

Pour conduire vos travaux, vous pourrez vous appuyer sur les services des ministères chargés de la sécurité sociale et de la santé, du ministère de l'économie et des finances, ainsi que sur les services du ministère de l'éducation nationale.

Vous nous remettrez vos conclusions et recommandations avant la fin du mois de février 2017. Conformément à ce que prévoit la loi de programmation des finances publiques, vos travaux feront également l'objet d'une communication au Parlement, et seront pleinement utilisés dans le cadre de la procédure budgétaire pour l'année 2018. Ils seront également publiés *in fine*, comme les revues de dépenses des années précédentes, sur le site performance-publique.fr.

Najat VALLAUD-BELKACEM

Marisol TOURAINE

Michel SAPIN

Christian ECKERT



LA MINISTRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE
LE MINISTRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES
LA MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
LE SECRÉTAIRE D'ÉTAT CHARGÉ DU BUDGET ET DES COMPTES PUBLICS

Paris, le 22 MARS 2017

Madame la Cheffe de l'inspection générale des finances

Monsieur le Chef de l'inspection générale des affaires sociales

*Monsieur le Chef du service de l'inspection générale de
l'éducation nationale et de la recherche*

Objet : Revue des dépenses – Mission sur les recours contre tiers des caisses de sécurité sociale

La Sécurité sociale assure la prise en charge immédiate des frais de soins ou d'hospitalisation en cas de dommages corporels, ainsi que le versement d'indemnités journalières en cas d'arrêt de travail, y compris quand la responsabilité de cette situation incombe à un tiers. Ce tiers responsable ne se trouve pas pour autant dégagé de son obligation de réparer le dommage causé à la victime au nom du principe de la responsabilité civile. Les organismes de sécurité sociale peuvent ainsi solliciter auprès de celui-ci, ou de son assureur, le remboursement des sommes qu'ils ont versées à la victime au titre du dommage subi. En 2015, les recours contre tiers du seul régime général de sécurité sociale ont permis de recouvrer à ce titre plus de 1Md€.

En dépit de l'attention particulière portée à ce sujet depuis quelques années, les masses financières totales en jeu et le potentiel lié aux recours contre tiers (RCT) des différentes caisses pour réduire les dépenses nettes de la sécurité sociale demeurent mal connues.

Dans ce contexte, il a été souhaité que l'IGF et l'IGAS conduisent une revue des dépenses dans le cadre prévu par l'article 22 de la loi de programmation des finances publiques pour les années 2014 à 2019.

Pour le volet relatif aux accidents scolaires, il apparaît souhaitable que l'IGAENR soit également impliquée. Cette lettre de mission constitue donc un complément à la lettre de mission initiale du 21 décembre 2016.

Dans le domaine des accidents scolaires faisant intervenir la responsabilité d'un tiers, il vous est demandé :

1 / de proposer un chiffrage le plus pertinent possible et proche de la réalité du potentiel de RCT des caisses de sécurité sociale en croisant différentes sources de données, notamment celles évoquées dans la note de la Direction de la sécurité sociale du 19 février 2013 et en s'appuyant sur toutes les sources disponibles du côté du ministère de l'Éducation nationale (base de données BAOBAC, rapports de déclaration d'accident des chefs d'établissements...) et de faire des recommandations permettant d'améliorer ce chiffrage ;

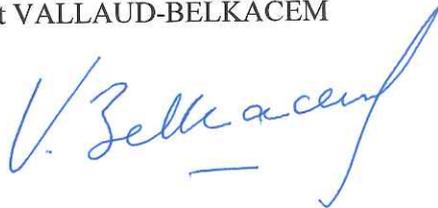
2/ de proposer, sur la base de l'analyse de la MJCE, et après avis de la DAJ du ministère de l'éducation nationale, une solution juridique pour régler la difficulté de la base juridique de la transmission de données ;

3/ de proposer une procédure et des modalités concrètes de mise en œuvre de la transmission d'information du ministère de l'Education nationale aux caisses de sécurité sociale.

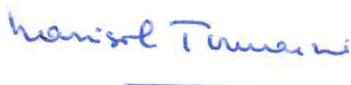
Pour conduire vos travaux, vous pourrez vous appuyer sur les services des ministères chargés de la sécurité sociale et de la santé, du ministère de l'économie et des finances ainsi que sur les services du ministère de l'éducation nationale. Vos travaux débuteront dès que possible et suivront le calendrier convenu pour la mission initiale entre les missionnaires et les commanditaires.

Conformément à ce que prévoit la loi de programmation des finances publiques, vos travaux feront également l'objet d'une communication au Parlement et seront pleinement utilisés dans le cadre de la procédure budgétaire pour l'année 2018. Ils seront également publiés *in fine* comme les revues de dépenses dans années précédentes sur le site performance-publique.fr.

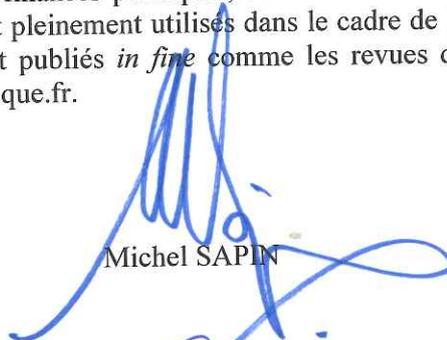
Najat VALLAUD-BELKACEM



Marisol TOURAINE



Michel SAPIN




Christian ECKERT

ANNEXE II

Liste des personnes rencontrées

SOMMAIRE

1. CABINETS MINISTÉRIELS	1
1.1. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé.....	1
1.2. Secrétariat d'État chargé du Budget et des Comptes Publics.....	1
2. DIRECTIONS D'ADMINISTRATION CENTRALE	1
2.1. Direction des affaires civiles et du sceau.....	1
2.2. Direction du budget.....	1
2.3. Direction générale de l'administration et de la fonction publique.....	1
2.4. Direction générale de l'enseignement scolaire.....	1
2.5. Direction générale de l'offre de soins	1
2.6. Direction générale du trésor	2
2.7. Direction des ressources humaines du ministère des affaires sociales	2
2.8. Direction de la sécurité sociale.....	2
3. MAGISTRATURE.....	2
4. ORGANISMES GÉRANT UN RÉGIME OBLIGATOIRE DE SÉCURITÉ SOCIALE	2
4.1. Caisse des dépôts et consignations.....	2
4.2. Caisse nationale d'allocations familiales	2
4.3. Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés.....	3
4.4. Mutualité sociale agricole.....	3
4.4.1. Caisse centrale de la mutualité sociale agricole	3
4.4.2. Caisse locale de la mutualité sociale agricole de Haute Normandie.....	3
4.5. Régime général d'assurance maladie.....	3
4.5.1. Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.....	3
4.5.2. Caisse primaire d'assurance maladie de Loire Atlantique.....	3
4.5.3. Caisse primaire d'assurance maladie de Paris.....	3
4.5.4. Caisse primaire d'assurance maladie du Rhône.....	4
4.6. Régime social des indépendants.....	4
5. EMPLOYEURS OU FÉDÉRATIONS D'EMPLOYEURS PUBLICS	4
5.1. Agence régionale de santé Auvergne Rhône-Alpes.....	4
5.2. Centre hospitalier de Charleville Mézières.....	4
5.3. Fédération hospitalière de France	4
5.4. Ville de Paris.....	4
6. AGENCES ET OBSERVATOIRES PUBLICS	4
6.1. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation.....	4
6.2. Observatoire national interministériel de la sécurité routière.....	5
6.3. Observatoire national de la sécurité et de l'accessibilité des établissements d'enseignement.....	5
6.4. Santé publique France.....	5

7. ORGANISMES DU SECTEUR DE L'ASSURANCE	5
7.1. Association pour l'étude de la réparation du dommage corporel	5
7.2. Autorité de contrôle prudentiel et de résolution.....	5
7.3. Sociétés d'assurance	5
7.3.1. AXA	5
7.3.2. <i>Mutuelle d'assurance du corps de santé français</i>	6
7.3.3. <i>Mutuelle d'assurance de l'éducation</i>	6
7.3.4. <i>Mutuelle d'assurance des travailleurs mutualistes</i>	6
7.3.5. <i>Mutuelle Saint Christophe</i>	6
7.3.6. <i>Pacifica</i>	6
7.3.7. <i>Société hospitalière d'assurances mutuelles</i>	6
7.4. Fédération française de l'assurance	6
7.5. Gras Savoye (société de courtage en assurance)	6
7.6. Organismes publics	7
7.6.1. <i>Fonds de garantie</i>	7
7.6.2. <i>Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales</i>	7
8. DIVERS	7
8.1. Association des paralysés de France.....	7
8.2. Association nationale des avocats de victimes de dommages corporels.....	7
8.3. Cabinet ECCE.....	7
8.4. Commission d'arbitrage du protocole	7
8.5. Universitaires	7
8.6. Personnalités qualifiées	8

1. Cabinets ministériels

1.1. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé

Mme Juliette Roger, Conseillère financière et budgétaire

1.2. Secrétariat d'État chargé du Budget et des Comptes Publics

Mme Marguerite Cazeneuve, Conseiller comptes sociaux

2. Directions d'administration centrale

2.1. Direction des affaires civiles et du sceau

Mme Florence Hermite, Chef du bureau du droit des obligations

M. Jean-François Le Coq, Magistrat

2.2. Direction du budget

M. Jean-François Juéry, Sous-directeur à la 6ème sous direction

Mme Alicia Saoudi, Adjointe au chef du bureau des comptes sociaux et de la santé

2.3. Direction générale de l'administration et de la fonction publique

M. Julien Combot, Adjoint au chef du bureau de la protection sociale et des retraites

M. Laurent Crusson, Sous-directeur des politiques sociales et de la qualité de vie au travail

M. Emmanuel Savarin, Chef du bureau de la protection sociale et des retraites

2.4. Direction générale de l'enseignement scolaire

Mme Marie Goiset, Chargée d'études au bureau B3.3

M. Alexandre Grosse, Chef de service

M. Francis Letki, Chef du bureau B1.3

Mme Liv Lionet, Chef du bureau B3.3

2.5. Direction générale de l'offre de soins

Dr Gilles Hebbrecht, Chef de projet

Mme Marie-Anne Jacquet, Sous-directrice du pilotage et de la performance des acteurs de l'offre de soins

2.6. Direction générale du trésor

M. Frédéric Brotons, Adjoint au chef du bureau marchés et produits d'assurances
M. Laurent Guérin, Chef du bureau marchés et produits d'assurances
M. Jean Ricard, Adjoint au chef du bureau marchés et produits d'assurances

2.7. Direction des ressources humaines du ministère des affaires sociales

M. Joël Blondel, Directeur des ressources humaines
M. David Herlicoviez, Sous-directeur de la qualité de vie au travail
Mme Françoise Lallier, Chef du bureau des pensions et des accidents de service

2.8. Direction de la sécurité sociale

M. Jérôme Clerc, Adjoint au sous-directeur
Mme Clothilde Ory-Durand, Cheffe du bureau des accidents du travail et maladies professionnelles
M. Benjamin Voisin, Sous-directeur chargé de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail
Mme Hélène Whitechurch,, Chargée de mission (mission nationale de contrôle)

3. Magistrature

M. Jean-Pierre Besson, Tribunal de grande instance de Paris, Premier vice-président
Mme Véronique Boisselet*, Cour d'appel de Versailles, Présidente de la troisième chambre civile
M. Benoît Mornet*, Cour d'appel de Douai, Président de la troisième chambre civile
M. Édouard Rottier, Cour de cassation, Magistrat - Service de documentation, des études et du rapport

4. Organismes gérant un régime obligatoire de sécurité sociale

4.1. Caisse des dépôts et consignations

Mme Géraldine Gilleron, Responsable du service juridique
Mme Laure Hevin, Responsable de l'unité contentieux
M. Jacques Taffin, Directeur de la gouvernance des fonds

4.2. Caisse nationale d'allocations familiales

M. Cyrille Broillard, Directeur adjoint des politiques familiales et sociales
M. Jean-Baptiste Hy, Agent comptable
M. Daniel Lenoir, Directeur général

4.3. Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés

Mme Christine Cambus, Directrice juridique et de la réglementation nationale
Mme Nora Dahmani, Directrice contentieux et lutte contre la fraude Île de France
M. Jérôme Meyran, Coordonnateur juridique national

4.4. Mutualité sociale agricole

4.4.1. Caisse centrale de la mutualité sociale agricole

Mme Pascale Barroso, Responsable du département santé
Dr Philippe Labatut*, Médecin national adjoint, directeur du contrôle médical et de l'organisation des soins
M. Frédéric L'Helgoualc'h, Chargé de mission au département santé
Mme Ghislaine Rosay, Responsable du cabinet de la présidence et de la direction générale

4.4.2. Caisse locale de la mutualité sociale agricole de Haute Normandie

Mme Martine Charbonnier, Gestionnaire RCT protocole
Dr Marie-Claire Girardin, Médecin conseil chef - service du contrôle médical
M. Karim Hammouda, Responsable RCT
Mme Sabine Hébert, Directrice adjointe
Mme Charlyse Le Behec, Rédactrice juridique hors protocole
Mme Chantal Pineau, Directrice générale

4.5. Régime général d'assurance maladie

4.5.1. Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

Mme Laurence Bourgeois, Chargée d'études protection sociale
Dr Patricia De Napoli Cocci, Médecin conseil - chef du service médical du Mans - référent régional du centre d'expertise régional RCT
Mme Fanny Richard, Responsable du département de la réglementation
Mme Emily Thibault, Chargée d'étude

4.5.2. Caisse primaire d'assurance maladie de Loire Atlantique

Mme Célia Hervé, Responsable du pôle affaires juridiques et recours contre la fraude
M. Manuel Onillon, Responsable du service recours contre tiers
M. Pierre Rousseau, Directeur général

4.5.3. Caisse primaire d'assurance maladie de Paris

M. Pierre Albertini, Directeur général

Annexe II

Mme Valérie Bourgeois, Adjointe au responsable de département recours contre tiers
Mme Marie-Laure Cleret, Responsable du département recours contre tiers
Mme Laurence Dauffy, Directeur adjoint
Mme Amandine Lacroze, Directeur du contentieux et de la lutte contre la fraude
Mme Laure Viladrich, Chargée d'études juridiques

4.5.4. Caisse primaire d'assurance maladie du Rhône

Mme Agnès Delorme, Responsable du service recours contre tiers
Mme Valérie Lacaze, Directrice de la maîtrise des dépenses de santé

4.6. Régime social des indépendants

Mme Sandra Francisco, Responsable de mission - Direction générale
Mme Sylviane Hazael Tientcheu, Juriste Référent métier RCT

5. Employeurs ou fédérations d'employeurs publics

5.1. Agence régionale de santé Auvergne Rhône-Alpes

M. Eric Virard*, Secrétaire général

5.2. Centre hospitalier de Charleville Mézières

Mme Charlène Barthaux*, Gestionnaire paye

5.3. Fédération hospitalière de France

Mme Marie Houssel, Responsable du Pôle Ressources Humaines Hospitalières
Mme Christiane Leboisne, Attachée d'administration hospitalière, Pôle ressources humaines hospitalières
Mme Marie-Gabrielle Vaissière Bonnet, Adjointe à la responsable du pôle ressources humaines hospitalières

5.4. Ville de Paris

Mme Marie-Agnès Pourquoi, Responsable processus et méthodes
M. Philippe Vizerie, Sous-directeur de la qualité de vie au travail

6. Agences et observatoires publics

6.1. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

Dr Max Bensadon, Directeur adjoint

Annexe II

Mme Françoise Bourgoïn, Chef de service réponse aux demandes externes
Dr Anne Buronfosse, Chef de service adjoint
Dr Catherine Le Gouhir, Chef de projet
Dr Nicole Melin, Responsable de pôle

6.2. Observatoire national interministériel de la sécurité routière

M. Francis Besnard, Chef de projet maîtrise d'ouvrage des études sur l'exposition au risque
Mme Manuelle Salathé, Secrétaire générale

6.3. Observatoire national de la sécurité et de l'accessibilité des établissements d'enseignement

M. Jean-Michel Billioud, Secrétaire général
M. Jean-Marie Schléret, Président

6.4. Santé publique France

M. Julien Briere, Épidémiologiste
Mme Catherine Buisson, Directrice santé travail
Dr Bertrand Thélot, Responsable de l'unité traumatismes

7. Organismes du secteur de l'assurance

7.1. Association pour l'étude de la réparation du dommage corporel

Mme Isabelle Bessière-Roques, Délégué général

7.2. Autorité de contrôle prudentiel et de résolution

M. Olivier De Bandt, Directeur des études
M. Emmanuel Kern, Adjoint au chef de service des études
M. Jean Martin, Économiste statisticien
Mme Anne-Gaëlle Zimmermann, Économiste statisticien

7.3. Sociétés d'assurance

7.3.1. AXA

Mme Sophie Masset, Directeur technique règlements
M. Jean-Luc Montané, Directeur IARD entreprises et règlements de spécialité
M. Francis Wautier, Directeur technique règlements et règlements de spécialités

Annexe II

7.3.2. Mutuelle d'assurance du corps de santé français

Mme Christine Petitet, Responsable technique sinistres
M. Luc Romanillos, Directeur IARD & technique assurance

7.3.3. Mutuelle d'assurance de l'éducation

Mme Pascale Delafosse, Responsable sinistres
M. Stéphane Guiraudie, Directeur des opérations
M. François Huguerre, Responsable sinistres - surveillance du portefeuille
M. Michel Maltret, Directeur général délégué
Mme Annie Monard, Directrice de la gestion assurance

7.3.4. Mutuelle d'assurance des travailleurs mutualistes

Mme Valérie Borel, Responsable du département corporels
M. Philippe Maraval, Directeur général adjoint groupe

7.3.5. Mutuelle Saint Christophe

M. Xavier Demaret, Directeur administratif et financier

7.3.6. Pacifica

M. Éric James, Responsable de la Coordination Opérationnelle
Mme Valérie Laparade, Responsable Technique National RC/Recours
Mme Marie-Paule Woisard, Responsable Technique National Corporel

7.3.7. Société hospitalière d'assurances mutuelles

M. Patrick Flavin, Directeur juridique
Mme Julie Gédéon, Juriste

7.4. Fédération française de l'assurance

M. Arnaud Chneiweiss, Délégué général
Mme Béatrice Gatterer, Chargée de mission statistique
Mme Elisabeth Le Cheualier, Chargée de mission indemnisation des dommages corporels
Mme Catherine Traca, Directeur des assurances de dommages et de responsabilité

7.5. Gras Savoye (société de courtage en assurance)

M. Arnaud Anty*, Responsable Juridique Assurances de personnes

7.6. Organismes publics

7.6.1. Fonds de garantie

M. Loïc Bouchet, Directeur du fonds de garantie des assurances obligatoires de dommages

M. Julien Rencki, Directeur général du fonds de garantie des assurances obligatoires de dommages et du fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et d'autres infractions

7.6.2. Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales

Mme Lucie Creno, Responsable du service des missions spécifiques

Mme Agathe Subercasaux, Responsable du service des accidents médicaux

8. Divers

8.1. Association des paralysés de France

M. Christophe Douesneau, Directeur du développement et de l'offre de service

Mme Anne-Charlotte Leconte, Juriste - Indemnisation et assurance - Référente Assurance APF

8.2. Association nationale des avocats de victimes de dommages corporels

Me Claudine Bernfeld, Présidente - avocat au barreau de Paris

Me Frédéric Bibal, Membre du conseil d'administration - avocat au barreau de Paris

8.3. Cabinet ECCE

M. Didier Dahan, Associé

M. Laurent Friedmann, Associé

8.4. Commission d'arbitrage du protocole

M. Michel Ehrenfeld, Président

8.5. Universitaires

Mme Stéphanie Porchy-Simon*, Professeur des universités, université Jean Moulin – Lyon 3

M. Christophe Quézel-Ambrunaz*, Maître de conférences HDR en droit privé, université Savoie Mont Blanc

8.6. Personnalités qualifiées

M. Frédéric Salas, ancien membre de l'IGAS

**entretiens téléphoniques*

ANNEXE III

Analyse juridique

1. RESPONSABILITÉ CIVILE.....	1
1.1. Le cadre général.....	1
1.2. Des régimes dérogatoires	2
1.2.1. <i>Un régime de présomptions de responsabilité mis en place dans le cas des accidents médicaux.....</i>	<i>2</i>
1.2.2. <i>Le régime des accidents de la circulation permet la mise en cause de la responsabilité civile de manière extrêmement simplifiée.....</i>	<i>3</i>
2. SUBROGATION.....	4
2.1. Le cadre général.....	5
2.2. Les textes applicables aux organismes gérant un régime obligatoire de sécurité sociale.....	5
2.2.1. <i>Le texte applicable par principe : la loi Badinter.....</i>	<i>5</i>
2.2.2. <i>Les autres textes.....</i>	<i>7</i>
3. LE SIGNALEMENT DES SINISTRES ET LA NOTIFICATION DES TRANSACTIONS	11
3.1. Les dispositions applicables aux organismes de sécurité sociale et assimilés	11
3.1.1. <i>Une obligation de signalement portant sur plusieurs personnes mais généralement sans sanction.....</i>	<i>11</i>
3.1.2. <i>Une identification des organismes de sécurité sociale sous la responsabilité de la victime.....</i>	<i>12</i>
3.1.3. <i>Une notification de la transaction aux organismes de sécurité sociale.....</i>	<i>12</i>
3.1.4. <i>Les organismes de sécurité sociale doivent être appelés à la cause en cas de contentieux.....</i>	<i>12</i>
3.1.5. <i>Les organismes de sécurité sociale bénéficient d'une indemnité forfaitaire de gestion</i>	<i>13</i>
3.2. Les dispositions applicables aux autres tiers payeurs.....	13
3.2.1. <i>Les dispositions applicables aux personnes publiques.....</i>	<i>13</i>
3.2.2. <i>Les dispositions applicables en matière d'accidents automobiles.....</i>	<i>13</i>
4. L'INDEMNISATION.....	14
4.1. L'indemnisation poste par poste et les règles d'imputation	16
4.1.1. <i>Des nomenclatures différentes entre ordres judiciaire et administratif.....</i>	<i>16</i>
4.1.2. <i>L'imputation des prestations sur les postes.....</i>	<i>21</i>
4.2. Le protocole.....	25
4.2.1. <i>Les acteurs participant au protocole.....</i>	<i>26</i>
4.2.2. <i>Une liste de cas inspirée de la convention IRSA</i>	<i>26</i>
4.2.3. <i>Une liaison entre postes de préjudice et prestations d'assurance maladie.....</i>	<i>28</i>
4.2.4. <i>Un protocole comprenant une clause compromissoire.....</i>	<i>29</i>
4.2.5. <i>Une procédure d'escalade.....</i>	<i>29</i>

1. Responsabilité civile

La responsabilité civile vise à réparer les conséquences du non respect d'une obligation contractuelle (responsabilité civile contractuelle) ou non (responsabilité civile extracontractuelle).

La responsabilité contractuelle des organismes gérant un régime obligatoire de sécurité sociale n'entre pas dans le champ de la mission, ni dans les relations entre ces organismes et leurs fournisseurs ou clients, ni dans les relations entre ces organismes et leurs affiliés, ces dernières n'ayant pas un caractère contractuel.

S'agissant de la responsabilité civile extracontractuelle, son cadre est posé aux articles 1240 et suivants du code civil. Il existe toutefois plusieurs régimes dérogatoires, notamment en matière d'accidents automobiles.

1.1. Le cadre général

L'article 1240 du code civil dispose : « *Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer* ». Sont ainsi posés trois éléments nécessaires à la mise en jeu de la responsabilité extracontractuelle :

- ◆ une faute, que l'article 1241 du code civil complète par la négligence ou l'imprudence ;
- ◆ un dommage ;
- ◆ un lien de causalité entre la faute et le dommage.

Par ailleurs, il est possible d'être responsable civilement :

- ◆ du fait d'autrui (article 1242 du code civil) : c'est notamment le cas des parents envers leurs enfants mineurs habitant avec eux, ou encore du commettant envers son préposé ;
- ◆ du fait des choses, y compris les animaux domestiques (article 1243 du code civil).

La jurisprudence admet de manière constante¹ principe de réparation du dommage (*restitutio in integrum*). L'arrêt de principe² de 1954 énonce que « *le propre de la responsabilité civile est de rétablir aussi exactement que possible l'équilibre détruit par le dommage, et de replacer la victime dans la situation où elle se serait trouvée si l'acte dommageable ne s'était pas produit* ». Ainsi, la Cour de cassation a récemment rappelé³ que « *l'auteur d'un accident doit en réparer toutes les conséquences dommageables* ».

¹ Voir par exemple le « *principe de la réparation intégrale sans perte ni profit pour la victime* » au visa de l'arrêt Cass. Civ. 2^{ème}, 2 février 2017, pourvoi n° 16-11411.

² Cass. Civ. 2^{ème}, 28 octobre 1954, JCP 1957 II 8765.

³ Cass. Civ. 2^{ème}, 26 mars 2015, pourvoi n° 14-16011.

1.2. Des régimes dérogatoires

Le régime général de la responsabilité civile, tel qu'issu du code civil originel, a été progressivement enrichi de régimes dérogatoires. Ainsi, la loi du 9 avril 1898 sur les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail instaure le principe d'une indemnisation, au bénéfice du travailleur et à charge du chef d'entreprise qu'il soit nécessaire d'apporter la preuve de la faute de ce dernier⁴. Ce régime particulier est aujourd'hui intégré dans la branche accidents du travail / maladies professionnelles (AT/MP) de la sécurité sociale.

D'autres régimes dérogatoires ont été mis en place par le législateur. Parmi ceux-ci, le régime spécifique des accidents médicaux et surtout celui des accidents automobiles ont une importance toute particulière.

1.2.1. Un régime de présomptions de responsabilité mis en place dans le cas des accidents médicaux

L'article L. 1142-1 du code de la santé publique prévoit que les « *professionnels de santé [...], ainsi que tout établissement, service ou organisme dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute* », conformément au régime général de la responsabilité civile.

Il instaure toutefois une présomption de responsabilité :

- ◆ à l'encontre des « *établissement, service ou organisme dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins* », et donc pas des professionnels de santé ;
- ◆ dans les cas où le dommage corporel résulterait d'une infection nosocomiale.

Cette présomption, qui peut être renversée par l'établissement de soins mis en cause en rapportant « *la preuve d'une cause étrangère* », permet à la victime de n'avoir à démontrer ni la faute, ni la causalité entre celle-ci et le dommage qu'elle a subi.

Encadré 1 : La responsabilité du fait des produits défectueux

Le régime de responsabilité de l'article L. 1142-1 du code de la santé publique s'entend « *hors le cas où [la] responsabilité est encourue en raison d'un défaut d'un produit de santé* ». La question se pose du régime applicable à un professionnel ou établissement de santé ayant effectué un acte thérapeutique ou diagnostique ayant conduit à un dommage corporel, non en raison de la réalisation de l'acte lui-même mais en raison de l'utilisation d'un produit de santé défectueux.

Pour l'ordre administratif⁵, il doit être fait « *application du principe selon lequel, sans préjudice des actions susceptibles d'être exercées à l'encontre du producteur, le service public hospitalier est responsable, même en l'absence de faute de sa part, des conséquences dommageables pour les usagers de*

⁴ Article premier : « *Les accidents survenus par le fait du travail, ou à l'occasion du travail, aux ouvriers et employés occupés dans l'industrie du bâtiment, les usines, manufactures, chantiers, les entreprises de transport par terre et par eau, de chargement et de déchargement, les magasins publics, mines, minières, carrières, et, en outre, dans toute exploitation ou partie d'exploitation dans laquelle sont fabriquées ou mises en œuvre des matières explosives, ou dans laquelle il est fait usage d'une machine mue par une force autre que celle de l'homme ou des animaux, donnent droit, au profit de la victime ou de ses représentants, à une indemnité à la charge du chef d'entreprise, à la condition que l'interruption de travail ait duré plus de quatre jours* ».

⁵ CE, 12 mars 2012, req. n° 327449.

Annexe III

la défaillance des produits et appareils de santé qu'il utilise ».

Cet arrêt avait fait l'objet d'un recours préjudiciel devant la Cour de justice de l'union européenne⁶, afin d'examiner la portée des dispositions de la directive 85/374/CEE du Conseil, du 25 juillet 1985, relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de responsabilité du fait des produits défectueux. La Cour a estimé que la directive « *ne s'oppose dès lors pas à ce qu'un État membre institue un régime, tel que celui en cause au principal, prévoyant la responsabilité d'un tel prestataire à l'égard des dommages ainsi occasionnés, même en l'absence de toute faute imputable à celui-ci, à condition, toutefois, que soit préservée la faculté pour la victime et/ou ledit prestataire de mettre en cause la responsabilité du producteur sur le fondement de ladite directive lorsque se trouvent remplies les conditions prévues par celle-ci* ».

Inversement, pour l'ordre judiciaire⁷, la responsabilité du professionnel de santé « *ne peut [...] être recherchée que pour faute lorsqu'ils ont recours aux produits, matériels et dispositifs médicaux nécessaires à l'exercice de leur art ou à l'accomplissement d'un acte médical* », pourvu que la faculté de mettre en cause la responsabilité du producteur soit préservée (reprenant les termes de la décision de la CJUE précitée). En d'autres termes, la responsabilité du fait des produits défectueux relève des dispositions des articles 1265 et suivants du code civil plutôt que de l'article L. 1142-1 du code de la santé publique.

Source : Mission.

1.2.2. Le régime des accidents de la circulation permet la mise en cause de la responsabilité civile de manière extrêmement simplifiée

La loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 dite loi Badinter prévoit des dispositions spécifiques aux accidents impliquant « *un véhicule terrestre à moteur ainsi que ses remorques ou semi-remorques, à l'exception des chemins de fer et des tramways circulant sur des voies qui leur sont propres* » (article premier).

Contrairement au droit commun de la responsabilité, le cas de force majeure⁸ ou le fait d'un tiers ne sont pas des causes d'exonération, même partielle, de responsabilité envers la victime (article 2).

Surtout, l'article 3 précise que « *les victimes, hormis les conducteurs de véhicules terrestres à moteur, sont indemnisées des dommages résultant des atteintes à leur personne qu'elles ont subis, sans que puisse leur être opposée leur propre faute à l'exception* » cumulée :

- ◆ de leur faute inexcusable ;
- ◆ si elle a été la cause exclusive de l'accident.

La faute inexcusable cause exclusive de l'accident n'est pas opposable aux victimes :

- ◆ âgées de moins de 16 ans ;
- ◆ âgées de plus de 70 ans ;
- ◆ titulaires d'un titre leur reconnaissant un taux d'incapacité permanente ou d'invalidité au moins égal à 80 %.

Il est toutefois possible dans tous les cas de s'exonérer de sa responsabilité lorsque la victime « *a volontairement recherché le dommage qu'elle a subi* ».

Encadré 2 : Les cas de faute inexcusable cause exclusive de l'accident

Les cas de faute inexcusable sont particulièrement rares, cette faute n'étant retenue que dans des cas

⁶ CJUE, 21 décembre 2011, Centre hospitalier universitaire de Besançon c/ Thomas Dutruex et CPAM du Jura.

⁷ Cass. Civ 1^{ère}, 12 juillet 2012, n° 11-17510.

⁸ Voir arrêt Desmares, Cass. Civ. 2^{ème}, 21 juillet 1982, pourvoi n° 8112850.

Annexe III

d'une exceptionnelle gravité :

- individu traversant une voie de grande circulation, à la sortie d'un tunnel, en ayant franchi des barrières de sécurité (Cass Civ. 2^{ème}, 15 juin 1988, Bull. civ. II, no 138) ;
- passager sautant en route du véhicule en marche (Cass Civ. 2^{ème}, 19 janv. 1994, Bull. civ. II, n° 27) ;
- piéton surgissant de nuit de derrière un pilier après avoir franchi des barrières de sécurité (Cass Civ. 2^{ème}, 8 oct. 2009, n° 08-17.189) ;
- piéton qui se jette sur un véhicule circulant en contrebas (Cass Civ. 2^{ème}, 7 oct. 2010, n° 09-15.823) ;
- piéton se couchant, de nuit, au milieu d'une route nationale (Cass Civ. 2^{ème}, 19 nov. 1997, Bull. civ. II, n° 278)

Source : Mission, d'après S. Porchy-Simon, Application d'une hypothèse de faute inexcusable de la victime non conductrice dans la loi Badinter, CA de Lyon, Chambre 6, 27 mars 2014, n°12/07984.

La loi prévoit également un régime d'offre d'indemnisation dont l'objectif est de rendre plus rapide l'indemnisation des victimes.

2. Subrogation

La subrogation se présente, au sens général, comme le remplacement ou la substitution d'un payeur à un autre afin d'éteindre une obligation.

Encadré 3 : La récupération de l'indemnité par l'organisme assureur

Dans l'hypothèse où un tiers est responsable du dommage corporel d'un assuré (social ou cocontractant d'un contrat d'assurance), la récupération de l'indemnité versée par l'organisme assureur pose question. En effet, n'est-ce pas précisément l'objet de son obligation contractuelle (pour une société d'assurance) ou légale et réglementaire (pour un organisme de sécurité sociale) que de réparer les atteintes à l'intégrité physique, peu important alors la cause de cette atteinte ? Mieux encore, la société d'assurance ne perçoit-elle pas des primes et l'organisme de sécurité sociale des cotisations pour ce faire ?

Plusieurs raisons plaident au contraire pour qu'une récupération de l'indemnité d'assurance soit possible :

- du point de vue de la morale, l'équité exige que le responsable assume les conséquences de sa responsabilité. Ne pas permettre le recours de l'assureur ou de l'organisme de sécurité sociale, c'est soit laisser un acte fautif dépourvu de sanction (si le recours de la victime contre le responsable est rendu impossible en raison de son désintéressement par les tiers payeurs), soit au contraire permettre une double indemnisation de la victime, et donc un enrichissement sans cause, celle-ci étant indemnisée à la fois par les tiers payeurs et le tiers responsable ;
- ne pas pouvoir se retourner contre le responsable, que ce soit le fait de la victime ou du tiers payeur, revient à laisser des actes socialement répréhensibles et réprimés (en raison de la faute) sans punition juridique. Le caractère rétributif de la réparation du dommage corporel est d'ailleurs souligné dans le cas des coups et blessures volontaires ;
- enfin, d'un point de vue économique, les recours permettent de dégager des ressources pour l'assureur ou l'organisme de sécurité sociale, pouvant venir en déduction des primes ou cotisations des assurés ou assurés sociaux.

Au total, la subrogation s'interprète comme l'un des moyens mis à la disposition des sociétés d'assurance et organismes de sécurité sociale pour récupérer, en tout ou partie, l'indemnité mise à leur charge par la faute d'un tiers.

Source : Mission, d'après les notes de cours de F. Patris.

Le code civil prévoit deux hypothèses de subrogation :

Annexe III

- ◆ la subrogation légale, c'est à dire en application d'un texte législatif (CC, art. 1346). Sont par exemple concernés :
 - à titre principal, le tiers payeur ayant légitimement réglé la dette d'autrui (cas par exemple de la caution réglant celle du débiteur ou de l'héritier réglant celle du *de cuius*) ;
 - la caution subrogée dans les droits du créancier désintéressé (CC, art. 2306) ;
 - l'assureur indemnitaire, subrogé dans les droits de l'assuré contre les tiers responsables (CAss., art. L. 121-12) ;
- ◆ la subrogation conventionnelle, c'est à dire en application d'un contrat (CC, art. 1346-1). Cette hypothèse sera exclue en car les relations unissant les organismes gérant un régime obligatoire de sécurité sociale ne relèvent pas du domaine contractuel.

2.1. Le cadre général

L'article 1346 du code civil dispose que « *la subrogation a lieu par le seul effet de la loi au profit de celui qui, y ayant un intérêt légitime, paie dès lors que son paiement libère envers le créancier celui sur qui doit peser la charge définitive de tout ou partie de la dette* ».

La subrogation :

- ◆ ne peut nuire aux droits du subrogeant : « *la subrogation ne peut nuire au créancier lorsqu'il n'a été payé qu'en partie ; en ce cas, il peut exercer ses droits, pour ce qui lui reste dû, par préférence à celui dont il n'a reçu qu'un paiement partiel* » (CC, art. 1346-3) ;
- ◆ opère un transfert des seuls droits patrimoniaux au profit du subrogé : « *la subrogation transmet à son bénéficiaire, dans la limite de ce qu'il a payé, la créance et ses accessoires, à l'exception des droits exclusivement attachés à la personne du créancier* » (CC, art. 1346-4) ;
- ◆ est opposable aux tiers (CC, art. 1346-5).

2.2. Les textes applicables aux organismes gérant un régime obligatoire de sécurité sociale

L'action récursoire des organismes gérant un régime obligatoire de sécurité sociale est régie par une multitude de textes, non coordonnés et parfois redondants. Pour autant, la loi Badinter apparaît comme le texte de référence, d'autres sources venant compléter ou nuancer ce texte de base.

2.2.1. Le texte applicable par principe : la loi Badinter

Le texte de référence est la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 dite loi Badinter, dans ses articles 28 à 34. Cette loi régit s'applique à tous les dommages corporels, « *quelle que soit la nature de l'événement ayant occasionné ce dommage* » (article 28). Ainsi, si le chapitre I de la loi Badinter s'applique aux seuls dommages automobiles, le chapitre II s'applique à l'ensemble des dommages corporels.

L'article 29 définit l'étendue du champ récursoire (auquel l'article 30 confère un caractère subrogatoire). Celui-ci relève de trois catégories :

Annexe III

- ◆ les sommes versées « *en remboursement des frais de traitement médical et de rééducation* », indépendamment de la personne versant ces sommes. Ainsi, par exemple, une personne soignant un enfant écorché suite à une chute de vélo dispose d'un recours subrogatoire au titre du désinfectant et du pansement fournis ;
- ◆ les prestations versées « *par les organismes, établissements et services gérant un régime obligatoire de sécurité sociale* », indépendamment de la nature de ces prestations ;
- ◆ certaines prestations versées par certaines personnes :
 - les salaires et accessoires de salaire maintenus par l'employeur ;
 - les indemnités journalières et prestations d'invalidité versées par les organismes assureurs régis par le code de la mutualité (mutuelles), le titre III du livre IX de la sécurité sociale (institutions de prévoyance) et le code des assurances⁹ (sociétés d'assurance) ;
 - certaines prestations (traitement, solde et accessoires ; frais médicaux et pharmaceutiques ; capital décès ; arrérages des pensions d'invalidité ; arrérages des pensions de retraite et de réversion prématurées ; arrérages des pensions d'orphelin) versées par l'État, les collectivités territoriales, les établissements administratifs, la caisse des dépôts et consignations, le fonds spécial de retraite des ouvriers des établissements industriels de l'Etat (FSROEIE) et la caisse nationale des retraites des agents des collectivités locales (CNRACL).

Deux remarques s'imposent dans le cas de l'action subrogatoire ouverte aux organismes gérant un régime obligatoire de sécurité sociale :

- ◆ les prestations familiales ne font pas partie du champ de l'article 29 (voir encadré *infra*) ;
- ◆ contrairement aux règles du droit des assurances¹⁰, le caractère indemnitaire ou forfaitaire de la prestation sociale servie par les organismes gérant un régime obligatoire de sécurité sociale est indifférent. En particulier, les prestations décès¹¹ entrent dans le champ de l'article 29 de la loi Badinter.

Par ailleurs, depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, le recours des tiers payeurs s'effectue (article 31) :

- ◆ poste par poste, sans que cette notion soit définie plus précisément par la loi (voir *infra*) ;
- ◆ sur les seules indemnités réparant des préjudices que le tiers payeur a pris en charge ;
- ◆ sur les préjudices ne présentant pas de caractère personnel. Toutefois, le dernier alinéa prévoit que « *si le tiers payeur établit qu'il a effectivement et préalablement versé à la victime une prestation indemnifiant de manière incontestable un poste de préjudice personnel, son recours peut s'exercer sur ce poste de préjudice* ».

Le même article précise que « *la subrogation ne peut nuire à la victime subrogeante, créancière de l'indemnisation, lorsqu'elle n'a été indemnisée qu'en partie ; en ce cas, elle peut exercer ses droits contre le responsable, pour ce qui lui reste dû, par préférence au tiers payeur dont elle n'a reçu qu'une indemnisation partielle* ». Est ainsi institué un droit préférentiel d'indemnisation de la victime.

⁹ L'article L. 121-12 du code des assurances prévoit cette action récursoire pour les seules prestations à caractère indemnitaire.

¹⁰ CAss., art. L. 131-2 : « *Dans l'assurance de personnes, l'assureur, après paiement de la somme assurée, ne peut être subrogé aux droits du contractant ou du bénéficiaire contre des tiers à raison du sinistre. Toutefois, dans les contrats garantissant l'indemnisation des préjudices résultant d'une atteinte à la personne, l'assureur peut être subrogé dans les droits du contractant ou des ayants droit contre le tiers responsable, pour le remboursement des prestations à caractère indemnitaire prévues au contrat* ».

¹¹ Voir par exemple TGI Grenoble, Civ. 6^{ème}, 14 août 2014, n° R.G. 12/01266, qui impute le capital décès sur le préjudice économique de l'ayant droit de la victime.

Encadré 4 : Le sort des prestations familiales

L'article L. 111-1 du code de la sécurité sociale dispose que « *La sécurité sociale [...] assure, pour toute personne travaillant ou résidant en France de façon stable et régulière, la couverture des charges de maladie, de maternité et de paternité ainsi que des charges de famille. [...] Elle assure la prise en charge des frais de santé, le service des prestations d'assurance sociale, notamment des allocations vieillesse, le service des prestations d'accidents du travail et de maladies professionnelles ainsi que le service des prestations familiales [...]* ».

Pourtant, la Cour de cassation estime¹² que « *les Caisses d'Allocations Familiales ne peuvent être considérées, au sens de l'article 29-1 de la loi du 5 juillet 1985, comme des organismes, établissements ou services gérant un régime obligatoire de sécurité sociale* ». Dans le cas d'espèce, la CAF du Haut-Rhin souhaitait exercer un recours récursoire au titre de l'allocation d'éducation spéciale.

Pourtant, l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et l'allocation journalière de présence parentale (AJPP) apparaissent comme des prestations indemnisant, pour partie, le préjudice de la victime par ricochet. En nomenclature Dintilhac (voir *infra*), le poste patrimonial « pertes de revenus des proches » indemnise « *la perte ou la diminution de revenus subie par les proches de la victime directe lorsqu'ils sont obligés, pour assurer une présence constante auprès de la victime handicapée d'abandonner temporairement, voire définitivement, leur emploi* ». De fait, le seul obstacle au recours effectif au titre de ces prestations est la jurisprudence, qui apparaît en outre contingente : si ces prestations étaient servies par la branche maladie ou encore la branche vieillesse ou encore le régime agricole, elles pourraient très certainement faire l'objet d'un recours.

L'AEEH est régie par les articles L. 541-1 et suivants du code de la sécurité sociale. Elle n'est pas soumise à conditions de ressources : « *Toute personne qui assume la charge d'un enfant handicapé a droit à une allocation d'éducation de l'enfant handicapé, si l'incapacité permanente de l'enfant est au moins égale à un taux déterminé* » à l'article D. 541-1 du code de la sécurité sociale. En 2016, les dépenses du régime général au titre de l'AEEH se sont élevées à 860,1 M€.

L'AJPP est régie par les articles L. 544-1 et suivants du code de la sécurité sociale. Elle n'est pas soumise à conditions de ressources : « *La personne qui assume la charge d'un enfant atteint d'une maladie, d'un handicap ou victime d'un accident d'une particulière gravité rendant indispensables une présence soutenue et des soins contraignants bénéficie, pour chaque jour de congé prévu à l'article L. [1225-62] du code du travail, d'une allocation journalière de présence parentale* ». En 2016, les dépenses du régime général au titre de l'AJPP se sont élevées à 74,1 M€.

Source : Mission. Données CNAF.

2.2.2. Les autres textes

D'autres textes organisent l'action subrogatoire des organismes gérant un régime obligatoire de sécurité sociale, apportant parfois des précisions ou étendant le champ des dispositions de la loi Badinter. On citera ainsi :

- ◆ pour l'État et les collectivités territoriales (dans leur fonction de protection sociale de leurs agents), l'ordonnance n°59-76 du 7 janvier 1959 ;
- ◆ pour les prestations maladie et décès, l'article L. 376-1 du code de la sécurité sociale ;
- ◆ pour les prestations AT/MP du régime général, l'article L. 454-1 du code de la sécurité sociale ;
- ◆ pour les ressortissants du régime agricole, les dispositions du code rural et de la pêche maritime ;
- ◆ pour les ressortissants d'autres régimes de non salariés, des dispositions du code de la sécurité sociale ;
- ◆ pour les fonctionnaires, divers textes issus des statuts de la fonction publique ;
- ◆ pour les sapeurs pompiers volontaires, les dispositions de la loi n° 91-1389 du 31 décembre 1991.

¹² Cass. Crim., 30 octobre 2000, pourvoi n° 99-87306.

Encadré 5 : la garantie contre les impayés de prestations alimentaires, prestation familiale susceptible d'un recours subrogatoire

Les organismes sociaux ne sont pas uniquement chargés de la prise en charge du dommage corporel. Ainsi, la branche famille assure une mission de recouvrement des pensions alimentaires depuis 1985 : l'allocation de soutien familial (loi du 22 décembre 1984) peut faire l'objet d'un recours subrogatoire de la part des caisses d'allocations familiales (CSS, art. L. 581-2 pour le régime général ; CRPM, art. L. 732-1 pour le régime agricole).

Les dépenses relatives au service de l'allocation de soutien familial se sont élevées à 1 473 M€ en 2015 et il était prévu qu'elles s'élèvent à 1 559 M€ en 2016 (Rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale, juin 2016).

Source : Mission.

2.2.2.1. L'ordonnance n° 59-76 du 7 janvier 1959

l'ordonnance n° 59-76 du 7 janvier 1959 relative aux actions en réparation civile de l'Etat et de certaines autres personnes publiques prévoit que l'État dispose de plein droit contre le responsable du décès, de l'infirmité ou de la maladie de l'un de ses agents, « *par subrogation aux droits de la victime ou de ses ayants droit, d'une action en remboursement de toutes les prestations versées ou maintenues à la victime ou à ses ayants droit à la suite du décès, de l'infirmité ou de la maladie* ». La jurisprudence fait application des dispositions de l'article 31 de la loi Badinter, et donc notamment du recours poste par poste¹³.

2.2.2.2. L'article L. 376-1 du code de la sécurité sociale

l'article L. 376-1 du code de la sécurité sociale, applicable aux prestations maladie et vieillesse à l'exclusion des prestations AT/MP, dispose que :

- ◆ « *les recours subrogatoires des caisses contre les tiers s'exercent 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* » ;
- ◆ « *la subrogation ne peut nuire à la victime subrogeante, créancière de l'indemnisation, lorsqu'elle n'a été prise en charge que partiellement par les prestations sociales ; en ce cas, l'assuré social peut exercer ses droits contre le responsable, par préférence à la caisse subrogée* » ;
- ◆ « *si le tiers payeur établit qu'il a effectivement et préalablement versé à la victime une prestation indemnisant de manière incontestable un poste de préjudice personnel, son recours peut s'exercer sur ce poste de préjudice* »

Ces dispositions sont redondantes avec celles existant dans la loi Badinter.

2.2.2.3. L'article L. 454-1 du code de la sécurité sociale

L'article L. 454-1 du code de la sécurité sociale, applicable aux prestations AT/MP, prévoit un recours qui n'a pas de caractère récursoire. Il est possible, en application de ce texte, de poursuivre le remboursement des prestations réparant l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion :

- ◆ de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales ;

¹³ Avis n° 0070016P du 29 octobre 2007 de la Cour de cassation.

Annexe III

- ◆ de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant au préjudice esthétique et d'agrément.

Alors que ce texte institue un régime spécifique (pas de caractère subrogatoire ; pas de recours poste par poste), la jurisprudence aligne ce régime sur celui prévu à l'article 31 de la loi Badinter, et donc notamment du recours poste par poste¹⁴.

2.2.2.4. Les dispositions du code rural et de la pêche maritime

Les dispositions du code rural et de la pêche maritime concernent deux types de populations et deux types de prestations :

- ◆ les salariés et les non salariés agricoles ;
- ◆ les prestations AT/MP d'une part et les prestations maladie et vieillesse d'autre part.

S'agissant des salariés agricoles, ce sont les règles applicables dans le régime général qui s'appliquent :

- ◆ pour ce qui concerne les prestations maladie et vieillesse, l'article L. 742-3 du code rural et de la pêche maritime renvoie aux dispositions de l'article L. 376-1 du code de la sécurité sociale ;
- ◆ pour ce qui concerne les prestations AT/MP, l'article L. 751-9 du code rural et de la pêche maritime renvoie aux dispositions de l'article L. 454-1 du code de la sécurité sociale.

S'agissant des non salariés agricoles, les règles ne sont pas totalement alignées sur celles du régime général :

- ◆ pour ce qui concerne les prestations maladie et vieillesse, l'article L. 733-1 du code rural et de la pêche maritime renvoie aux dispositions de l'article L. 376-1 du code de la sécurité sociale ;
- ◆ pour ce qui concerne les prestations AT/MP, l'article L. 752-23 du code rural et de la pêche maritime prévoit des dispositions comparables à celles de l'article L. 454-1 du code de la sécurité sociale (pas d'action récursoire ; pas de poste par poste ; spécification des postes de préjudice personnel). En outre, un régime d'immunité est organisé en faveur du chef d'exploitation en faveur de :
 - lui-même ;
 - son conjoint ;
 - ses enfants ;
 - ses ascendants ;
 - ses descendants ;
 - ses alliés en ligne directe ;
 - les salariés du chef d'entreprise ou d'exploitation ;
 - toute personne vivant habituellement à son foyer.

2.2.2.5. Les dispositions applicables à certains régimes de non salariés

Trois organismes gérant des régimes de non salariés bénéficient des dispositions des articles L. 376-1 et suivants du code de la sécurité sociale :

- ◆ les caisses du régime social des indépendants (CSS, art. L. 613-21) ;

¹⁴ Avis n° 0070017P du 29 octobre 2007 de la Cour de cassation.

Annexe III

- ◆ la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et ses sections professionnelles pour les prestations de base (CSS, art. L. 643-9) et complémentaires (CSS, art. L. 644-4) ;
- ◆ la caisse nationale des barreaux français (CSS, art. L. 723-13-1).

2.2.2.6. Les dispositions applicables aux fonctions publiques

La protection sociale des fonctionnaires relève d'un régime spécifique. En matière d'accidents de service, l'article 10 de l'ordonnance n° 2017-53 du 19 janvier 2017 a modifié le statut général des fonctionnaires de l'État et des collectivités publiques en insérant un article 21 bis dont le V dispose : « *L'employeur public est subrogé dans les droits éventuels du fonctionnaire victime d'un accident provoqué par un tiers jusqu'à concurrence du montant des charges qu'il a supportées ou supporte du fait de cet accident. Il est admis à poursuivre directement contre le responsable du dommage ou son assureur le remboursement des charges patronales afférentes aux rémunérations maintenues ou versées audit fonctionnaire pendant la période d'indisponibilité de celui-ci [...]* ». Sont ainsi prévus :

- ◆ un recours subrogatoire à concurrence des charges que l'employeur a supportées ;
- ◆ un recours direct au titre des charges patronales (qui n'entrent pas dans le champ de l'action subrogatoire).

Des dispositions existent également dans les lois précisant les statuts des fonctions publiques territoriale et hospitalière :

- ◆ l'article 57 de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale prévoit, pour les congés maladie ordinaires, les congés de longue maladie et les congés de longue durée, l'action récursoire de la collectivité territoriale à concurrence des charges supportées en tant qu'employeur, ainsi qu'une action directe au titre des charges patronales versées ;
- ◆ l'article 41 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière prévoit, pour les congés maladie ordinaires, les congés de longue maladie et les congés de longue durée, l'action récursoire de l'établissement de santé à concurrence des charges supportées en tant qu'employeur, ainsi qu'une action directe au titre des charges patronales versées.

2.2.2.7. Les dispositions spécifiques applicables aux sapeurs pompiers volontaires

La loi n° 91-1389 du 31 décembre 1991 relative à la protection sociale des sapeurs-pompiers volontaires en cas d'accident survenu ou de maladie contractée en service prévoit un régime spécifique pour les sapeurs pompiers volontaires victimes d'un accident de service.

Le service départemental d'incendie et de secours (SDIS) est subrogé « *dans les droits du sapeur-pompier victime d'un accident provoqué par un tiers jusqu'à concurrence des sommes qu'il supporte du fait de cet accident* » (article 8). Cet article ne mentionne ni indemnisation poste par poste, ni droit préférentiel de la victime.

L'organisme chargé du versement des prestations décès est également subrogé, en cas de décès du sapeur pompier volontaire, dans les droits des ayants cause (article 15).

3. Le signalement des sinistres et la notification des transactions

Afin de permettre un recours effectif des organismes de sécurité sociale, encore faut-il que ces derniers aient connaissance de la survenance d'un sinistre avec un tiers responsable impliqué (au début du processus d'indemnisation), ainsi qu'une notification de l'indemnisation (à la fin du processus).

3.1. Les dispositions applicables aux organismes de sécurité sociale et assimilés

Sont bénéficiaires des obligations prévues aux articles L. 376-1 et suivantes ainsi que L. 454-1 et suivantes du code de la sécurité sociale les organismes suivants :

- ◆ les caisses relevant du régime général de l'assurance maladie et de l'assurance vieillesse : caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), les caisses générales de sécurité sociale (CGSS), la caisse régionale d'assurance maladie Île-de-France (CRAMIF), les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT), la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) en applications des dispositions de l'article L. 376-1 du code de la sécurité sociale ;
- ◆ les caisses relevant du régime général de la branche AT/MP en application des dispositions de l'article L. 454-1 du code de la sécurité sociale ;
- ◆ les caisses de la mutualité sociale agricole (MSA) en application des dispositions des articles L. 733-1, L. 742-3, L. 751-9 et L. 752-23 du code rural et de la pêche maritime ;
- ◆ les caisses du régime social des indépendants (RSI) en application de l'article L. 613-21 du code de la sécurité sociale ;
- ◆ la caisse nationale des barreaux français (CNBF), en application de l'article L. 723-13-1 du code de la sécurité sociale ;
- ◆ la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL) et ses sections locales, en application de l'article L. 643-9 et L. 644-4 du code de la sécurité sociale ;
- ◆ les caisses générales de sécurité sociale, en application de l'article R. 752-8 du code de la sécurité sociale¹⁵.

3.1.1. Une obligation de signalement portant sur plusieurs personnes mais généralement sans sanction

Une obligation de signalement de l'accident porte sur quatre personnes (CSS, art. L. 376-1 ; CSS, art. L. 454-1) :

- ◆ la victime¹⁶ ;
- ◆ les établissements de santé (dans lesquels, le cas échéant, la victime a été hospitalisée) ;
- ◆ le tiers responsable du dommage corporel ;
- ◆ l'assureur du tiers responsable du dommage corporel.

¹⁵ On observera toutefois que la subrogation ne peut en principe avoir une source réglementaire.

¹⁶ En matière d'accidents automobiles, les tiers payeurs ont en outre une action contre la victime (article 15 de la loi Badinter) : « lorsque, du fait de la victime, les tiers payeurs n'ont pu faire valoir leurs droits contre l'assureur, ils ont un recours contre la victime à concurrence de l'indemnité qu'elle a perçue de l'assureur [...]. Ils doivent agir dans un délai de deux ans à compter de la demande de versement des prestations ».

Annexe III

Ces obligations de signalement ne sont assorties de sanctions que pour le tiers responsable et son assureur (CSS, art. L. 376-4 ; CSS, art. L. 454-2). Ces sanctions sont « *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 (et 30 000 € lorsque la sanction est dirigée contre un particulier).

Les articles R. 376-5 et R. 454-5 du code de la sécurité sociale précisent les limites applicables en matière de pénalités.

3.1.2. Une identification des organismes de sécurité sociale sous la responsabilité de la victime

L'article L. 376-1 du code de la sécurité sociale dispose que le débiteur de l'obligation de signalement ou ses ayants droit « *doivent indiquer, en tout état de la procédure, la qualité d'assuré social de la victime de l'accident ainsi que les caisses de sécurité sociale auxquelles celle-ci est ou était affiliée pour les divers risques* ».

Ces dispositions ne s'appliquent pas au risque AT/MP.

3.1.3. Une notification de la transaction aux organismes de sécurité sociale

L'organisme de sécurité sociale doit être « *informée du règlement amiable intervenu entre l'assuré et le tiers responsable ou l'assureur* » (CSS, art. L. 376-4 ; CSS, art. L. 454-2).

Le non respect de cette obligation reçoit une double sanction :

- ◆ d'une part, l'inopposabilité de la transaction à l'organisme de sécurité sociale :
 - quant aux créances de l'organisme dans le cadre de son action subrogatoire. Au demeurant, il apparaît que « *le règlement amiable pouvant intervenir entre le tiers et l'assuré ne peut être opposé à la caisse de sécurité sociale qu'autant que celle-ci a été invitée à y participer par lettre recommandée et ne devient définitif que quinze jours après l'envoi de cette lettre* » (CSS, art. L. 376-3, pas de dispositions équivalentes pour la branche AT/MP) ;
 - quant aux délais de prescription des créances de l'organisme ;
- ◆ d'autre part une pénalité forfaitaire dont le régime est identique à celui de la pénalité pour non signalement du sinistre.

La faculté de l'organisme de sécurité sociale de s'immiscer dans la transaction prévue par l'article L. 376-3 du code de la sécurité sociale a pour objectif de lui permettre de faire valoir ses droits, les modalités de calcul et de ventilation par poste (voir *infra*) du préjudice convenues par la victime et l'assureur étant susceptibles de le léser¹⁷.

3.1.4. Les organismes de sécurité sociale doivent être appelés à la cause en cas de contentieux

En cas de contentieux, la victime, le responsable ou son assureur « *doivent appeler ces caisses en déclaration de jugement commun ou réciproquement. À défaut du respect de l'une de ces obligations, la nullité du jugement sur le fond pourra être demandée pendant deux ans, à compter de la date à partir de laquelle ledit jugement est devenu définitif* » (CSS, art. L. 376-1).

Ces dispositions ne sont pas applicables au risque AT/MP.

¹⁷ Cass. Civ. 2^{ème}, 27 mars 2014, pourvoi n° 13-10059.

3.1.5. Les organismes de sécurité sociale bénéficient d'une indemnité forfaitaire de gestion

Chaque recours subrogatoire donne droit à la perception par chaque organisme de sécurité sociale d'une indemnité forfaitaire de gestion (CSS, art. L. 376-1 ; CSS, art. L. 454-1), d'une valeur équipollente au tiers des sommes recouvrées, avec un montant plafond de 1 055 € et un montant plancher de 105 € (arrêté du 26 décembre 2016, JORF du 30 décembre 2016).

3.2. Les dispositions applicables aux autres tiers payeurs

De manière générale, les tiers payeurs autres que les organismes de sécurité sociale (tel que définis *supra*) ne bénéficient pas de dispositions équivalentes en matière de signalement et de notification des contentieux et transactions.

Des dispositions spécifiques existent toutefois :

- ◆ *rationae personae*, dans le cas des personnes publiques ;
- ◆ *rationae materiae*, dans le cas des accidents automobiles. Ces dispositions sont par ailleurs également applicables aux organismes de sécurité sociale.

3.2.1. Les dispositions applicables aux personnes publiques

L'article 3 de l'ordonnance n° 59-76 du 7 janvier 1959 prévoit :

- ◆ en cas de contentieux, la victime, le responsable ou son assureur doivent « *appeler en déclaration de jugement commun la personne publique intéressée et indiquer la qualité qui leur ouvre droit aux prestations de celle-ci à peine de nullité du jugement fixant l'indemnité. À défaut de cette indication, la nullité du jugement sur le fond pourra être demandée par toute personne intéressée pendant deux ans à compter de la date à partir de laquelle ledit jugement est devenu définitif* » ;
- ◆ en cas de transaction, celle-ci « *ne peut être opposé à l'État qu'autant que celui-ci a été invité à y participer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception et ne devient définitif, en cas de silence de l'administration, que deux mois après la réception de cette lettre* ».

Ces dispositions sont également applicables (article 7 de l'ordonnance) :

- ◆ aux collectivités locales ;
- ◆ aux établissements publics à caractère administratif ;
- ◆ à la caisse des dépôts, notamment en tant que gérante du FSROEIE et de la CNRACL.

3.2.2. Les dispositions applicables en matière d'accidents automobiles

La loi Badinter prévoit un régime spécifique en matière d'indemnisation des accidents automobiles : afin d'accélérer l'indemnisation des victimes, l'article 14 de la loi impose un délai de quatre mois aux organismes gérant un régime obligatoire de sécurité sociale à compter de la demande par l'assureur. Au-delà de ce délai, le tiers payeur est forclos et ne peut plus présenter ses créances : « *le défaut de production des créances des tiers payeurs, dans un délai de quatre mois à compter de la demande émanant de l'assureur, entraîne déchéance de leurs droits à l'encontre de l'assureur et de l'auteur du dommage* ».

Toutefois, lorsque la victime n'est pas consolidée (voir encadré *infra* sur les difficultés liées à la notion de consolidation), les créances peuvent revêtir un caractère provisionnel.

Annexe III

Des dispositions proches existent également à l'article L. 211-11 du code des assurances. Ces dispositions sont applicables à l'ensemble des tiers payeurs, quelle que soit leur nature juridique.

Encadré 6 : les difficultés liées à la notion de consolidation

La date de consolidation est particulièrement importante puisque, lorsque la victime est consolidée, l'assureur est en mesure de l'indemniser totalement. Or la consolidation de droit commun (réparation du préjudice corporel) et la consolidation en droit social (rentes invalidité ou AT/MP) ne répondent pas aux mêmes critères.

Ainsi, en invalidité, l'assuré pouvant prétendre au versement des indemnités journalières pendant une période maximale de 3 ans avant que la mise en invalidité soit envisagée, ce délai n'est pas toujours compatible avec celui, extrêmement resserré, de l'offre de transaction (sous huit mois) et des délais de présentation des créances des tiers payeurs (sous quatre mois) prévus par la loi Badinter.

Les services rente AT ne sont pas tenus par les dates de consolidation fixées en droit commun, celles-ci n'étant pas opposables aux organismes sociaux. Il peut donc y avoir de grosses différences entre la date de consolidation fixée en droit commun et celle fixée en AT qui ne répondent d'ailleurs pas aux mêmes critères médicaux.

Source : Mission d'après documents CNAMTS.

4. L'indemnisation

Comme indiqué supra, la victime a en principe droit à la réparation intégrale de son préjudice.

Ce principe admet toutefois des nuances importantes :

- ◆ dans le cas où la faute de la victime entraîne un partage de responsabilité, le tiers responsable n'est plus débiteur de l'obligation de réparer qu'à hauteur de la quote-part de responsabilité qui lui est imputable dans le sinistre ;
- ◆ en matière de responsabilité civile médicale, la perte de chance, qui ne relève pas de la faute de la victime à proprement parler, vient réduire la responsabilité du professionnel ou de l'établissement de santé en raison de l'état de santé préexistant.

Le cas de partage de responsabilité pose un problème particulier aux organismes de sécurité sociale, en raison même de leur nature¹⁸ : « à l'égard de la victime, les tiers payeurs payent leur propre dette : les caisses de sécurité sociale versent à l'assuré social blessé les mêmes prestations s'il est seul auteur de ses propres dommages, ou s'ils sont causés par un tiers. La victime est à la fois créancière des prestations dues par les organismes sociaux, et créancière de l'indemnisation due par le responsable ».

Dans tous les cas, l'indemnisation s'effectue poste par poste, selon une nomenclature qui n'a pas été figée par les textes.

L'indemnisation s'effectue selon les règles de droit commun en toute hypothèse entre l'assureur et la victime. Toutefois, s'agissant du recours de certains organismes gérant un régime obligatoire de sécurité sociale, il existe un protocole, non opposable aux victimes, liant les assureurs et organismes de sécurité sociale, visant à faciliter l'exercice du recours de ces dernières.

¹⁸ M. Bacache, pratique de l'imputation poste par poste et du droit préférentiel de la victime, Gazette du Palais, hors série n°1 du 9 janvier 2017.

Encadré 7 : l'indemnisation en rente

L'article 44 de la loi Badinter dispose que lorsqu'une « *rente a été allouée, soit conventionnellement, soit judiciairement, en réparation d'un préjudice causé par un accident, le créancier peut demander au juge, lorsque sa situation personnelle le justifie, que les arrérages à échoir soient remplacés en tout ou partie par un capital* ». Ainsi, en principe, l'indemnisation devrait se faire sous forme de rente et par exception sous forme de versement d'un capital.

Tel n'est pas le cas en pratique¹⁹ : « *l'indemnisation des « accidents corporels lourds », dossiers qui se chiffrent généralement en millions d'euros, intervient le plus souvent sous forme de rentes (50 % des cas contre 20 % en 2002), dans l'intérêt des victimes, qui ne peuvent bien souvent pas vivre sans l'assistance – coûteuse – d'une tierce personne* ».

L'indemnisation sous forme de rente peine à se généraliser pour des raisons fiscales ou techniques.

Du point de vue fiscal, l'article 12 du code général des impôts dispose que « *l'impôt est dû chaque année à raison des bénéfices ou revenus que le contribuable réalise ou dont il dispose au cours de la même année* ». À ce titre, les revenus perçus au titre d'un préjudice non économique n'entrent pas dans l'assiette de l'impôt sur le revenu. S'agissant du préjudice économique, il est exonéré d'imposition sur le revenu lorsqu'il est indemnisé sous forme de capital ; ce n'est pas le cas toutefois lorsqu'il est indemnisé sous forme de rente, sauf pour les cas les plus lourds²⁰.

Du point de vue technique, les conditions de valorisation des arrérages présentent des difficultés. Le décret n° 88-973 du 8 août 1986 pris en application de l'article 44 de la loi Badinter fixe en effet la table de conversion entre rente et capital, en s'appuyant sur :

- des tables PM 1960-1964 MKH (pour les victimes de sexe masculin) et PF 1960-1964 MKH (pour les victimes de sexe féminin) particulièrement défavorables pour les victimes. À titre d'exemple, $l_{50}=927\,253$ (avec $l_0=1\,000\,000$) pour PF 1960-1964 MKH, alors que $l_{50}=96\,546$ (avec $l_0=100\,000$) pour TF00-02 ;
- un taux uniforme à 6,5 %.

Ces tables et ces taux, obsolètes, sont très défavorables aux victimes en cas de conversion de la rente en capital. Au contraire, les tables applicables au recours des caisses de sécurité sociale pour l'établissement des créances invalidité et accidents du travail²¹ sont plus récentes (tables INSEE 2006-2008) et le taux d'actualisation plus en ligne avec les taux constatés sur les marchés (1,29 %).

Pour autant, le juge du fond demeure libre de choisir les barèmes de capitalisation qui lui paraissent les plus adaptés²² : « *tenue d'assurer la réparation intégrale du dommage actuel et certain de la victime sans perte ni profit, c'est dans l'exercice de son pouvoir souverain que la cour d'appel a fait application du barème de capitalisation qui lui a paru le plus adapté à assurer les modalités de cette réparation pour le futur* ».

Enfin, il convient de signaler que, lorsque la rémunération de l'avocat des victimes est assise sur les capitaux qui lui sont alloués, cela incite naturellement à une conversion de la rente en capital.

Source : Mission.

¹⁹ Rapport n° 465 sur le projet de loi de finances rectificative pour 2012, C. Eckert, Assemblée nationale.

²⁰ CGI, article 81, 9°bis : sont affranchies de l'impôt « *les rentes viagères servies en représentation de dommages-intérêts en vertu d'une condamnation prononcée judiciairement pour la réparation d'un préjudice corporel ayant entraîné pour la victime une incapacité permanente totale l'obligeant à avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie* ». Ces dispositions sont par ailleurs également applicables aux dommages-intérêts de même nature versés en vertu d'une transaction (BOI-RSA-PENS-20-20-20140711).

²¹ Arrêté du 27 décembre 2011 (JORF du 30 décembre 2011) modifié par l'arrêté du 19 décembre 2016 (JORF du 22 décembre 2016).

²² Cass. Civ. 2^{ème}, 14 janvier 2016, pourvoi n° 15-10271.

4.1. L'indemnisation poste par poste et les règles d'imputation

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a introduit deux nouveautés qui, combinées, ont profondément modifié les situations respectives de la victime et des tiers payeurs :

- ◆ le recours poste par poste, sans possibilité de fongibilité des recours des tiers payeurs d'un poste sur l'autre ;
- ◆ le droit préférentiel de la victime, qui intervient au moment de l'imputation de la créance des tiers payeurs.

4.1.1. Des nomenclatures différentes entre ordres judiciaire et administratif

L'article 31 de la loi Badinter pose le principe d'une indemnisation poste par poste. Cette question²³ « est indissociable de celle de l'existence d'une nomenclature définissant et regroupant ces postes : les nomenclatures sont désormais les outils de base du recours. Le pluriel est utilisé à dessein, les deux ordres de juridiction n'utilisant pas nécessairement les mêmes ». Ainsi, deux nomenclatures existent – sans fondement textuel – et sont utilisées dans les ordres de juridiction administratif et judiciaire.

Encadré 8 : le projet de décret instaurant une nomenclature des postes de préjudice corporel

Le ministère de la justice a mis en consultation en décembre 2014 un projet de décret instaurant une nomenclature des postes de préjudices résultant d'un dommage corporel.

Ce projet de décret prévoyait :

- une distinction entre préjudices patrimoniaux et extra-patrimoniaux, conformément à l'article 31 de la loi Badinter, sans d'ailleurs que cette dernière prévoie en renvoi à des mesures réglementaires pour ce faire ;
- une application aux ordres administratif comme judiciaire ;
- une application aux indemnisations contentieuses comme aux indemnisations transactionnelles ;
- une liste non exhaustive des préjudices : le projet de décret ne s'opposait pas à la détermination d'un chef de préjudice absent de la nomenclature ;
- une nomenclature, annexée au projet de décret, reprenant très largement la nomenclature Dintilhac (voir *infra*) : l'assistance tierce personne ainsi que les souffrances endurées sont ventilées entre temporaire (avant consolidation) et permanente (après consolidation) ; un poste « incidence professionnelle exceptionnelle » est créé.

Ce décret n'a jamais été pris, car l'idée même de la fixation d'une nomenclature dans un texte fait débat. Si cette solution présente l'avantage d'une part, d'homogénéiser les approches du juge administratif et du juge judiciaire, et d'autre part de permettre une comparaison plus aisée entre les indemnisations accordées par ces deux juges, elle présente également plusieurs désavantages :

- elle ne permettrait pas l'apparition de nouveaux postes de préjudice, comme par exemple celui d'angoisse devant une mort imminente²⁴ ;
- elle peut laisser craindre l'appréciation *in abstracto* de la réparation du préjudice corporel en lieu et place de l'appréciation *in concreto* prévalant aujourd'hui ;
- elle risque d'imposer un carcan formel, entraînant pour la victime un risque de censure d'une

²³ L. Derepas, I. Le Cheualier, G. Mor, C. Quézel-Ambrunaz, Regards croisés sur une innovation, Gazette du Palais, hors série n°1 du 9 janvier 2017.

²⁴ Ce poste de préjudice est aujourd'hui réparé par le poste souffrances endurées : « le préjudice moral lié aux souffrances psychiques et aux troubles qui y sont associés étant inclus dans le poste de préjudice temporaire des souffrances endurées, quelle que soit l'origine desdites souffrances, le préjudice lié à la conscience de sa mort prochaine, qualifié dans l'arrêt de préjudice d'angoisse de mort imminente, ne peut être indemnisé séparément » (Cass. Civ. 2^{ème}, 2 février 2017, pourvoi n° 16-11411).

décision de justice pour des raisons difficilement compréhensibles pour elle.

Source : Mission.

4.1.1.1. La nomenclature utilisée par l'ordre judiciaire : la nomenclature Dintilhac

La nomenclature dite Dintilhac (du nom du magistrat ayant présidé le groupe de travail chargé d'élaborer une nomenclature des préjudices corporels en juillet 2005) prévoit une triple distinction :

- ◆ entre préjudices de la victime directe et préjudices de la victime par ricochet ;
- ◆ entre préjudices patrimoniaux et extra-patrimoniaux (personnels, *a priori* insusceptibles de recours de la part des tiers payeurs) ;
- ◆ entre préjudices temporaires (avant consolidation) et permanents (après consolidation).

4.1.1.1.1. Les postes de préjudice de la victime directe

Le rapport Dintilhac propose 10 postes de préjudice patrimoniaux :

- ◆ préjudices temporaires :
 - dépenses de santé actuelles (DSA) : ce poste indemnise « *l'ensemble des frais hospitaliers, médicaux, paramédicaux et pharmaceutiques (infirmiers, kinésithérapie, orthoptie, orthophonie, etc)* » ;
 - frais divers : ce poste indemnise l'ensemble des frais indirects exposés par la victime : sont notamment visés « *les honoraires que la victime a été contrainte de déboursier auprès de médecins (spécialistes ou non) pour se faire conseiller et assister à l'occasion de l'expertise médicale la concernant* », « *les frais de transport survenus durant la maladie traumatique, dont le coût et le surcoût sont imputables à l'accident* » ou encore les « *frais de garde des enfants, soins ménagers, assistance temporaire d'une tierce personne pour les besoins de la vie courante* » ;
 - pertes de gains professionnels actuels (PGPA) : ce poste indemnise les « *répercussions du dommage sur la sphère professionnelle de la victime jusqu'à sa consolidation* » ;
- ◆ préjudices permanents :
 - dépenses de santé futures (DSF) : ce poste indemnise « *les frais hospitaliers, médicaux, paramédicaux, pharmaceutiques et assimilés, même occasionnels mais médicalement prévisibles, rendus nécessaires par l'état pathologique de la victime après la consolidation* » ;
 - frais de logement adapté : ce poste permet à la victime d'adapter « *son logement à son handicap et bénéficier ainsi d'un habitat en adéquation avec ce handicap* » ;
 - frais de véhicule adapté : ce poste permet à la victime d'adapter « *un ou [...] plusieurs véhicules aux besoins de la victime atteinte d'un handicap permanent* » ;
 - assistance par tierce personne (ATP) : ce poste indemnise « *le coût pour la victime de la présence nécessaire, de manière définitive, d'une tierce personne à ses côtés pour l'assister dans les actes de la vie quotidienne, préserver sa sécurité, contribuer à restaurer sa dignité et suppléer sa perte d'autonomie* » ;

Annexe III

- pertes de gains professionnels futurs (PGPF) : ce poste indemnise « *la perte ou [...] la diminution de ses revenus consécutive à l'incapacité permanente à laquelle elle est [...] confrontée dans la sphère professionnelle à la suite du dommage* » ;
- incidence professionnelle (IP) : ce poste indemnise la « *dévalorisation sur le marché du travail, [la] perte d'une chance professionnelle, ou [...] l'augmentation de la pénibilité de l'emploi qu'elle occupe imputable au dommage ou encore du préjudice subi qui a trait à sa nécessité de devoir abandonner la profession qu'elle exerçait avant le dommage au profit d'une autre qu'elle a du choisir en raison de la survenance de son handicap* », « *les frais de reclassement professionnel, de formation ou de changement de poste assumés par la sécurité sociale et / ou par la victime elle-même* » ou encore « *la perte de retraite que la victime va devoir supporter en raison de son handicap, c'est à dire le déficit de revenus futurs, estimé imputable à l'accident, qui va avoir une incidence sur le montant de la pension auquel pourra prétendre la victime au moment de sa prise de retraite* » ;
- préjudice scolaire, universitaire ou de formation : ce poste indemnise « *la perte d'année(s) d'étude que ce soit scolaire, universitaire, de formation ou autre consécutive à la survenance du dommage* ».

Il propose également 10 postes de préjudice extra-patrimoniaux :

- ◆ préjudices temporaires :
 - déficit fonctionnel temporaire (DFT) : ce poste indemnise « *l'invalidité subie par la victime dans sa sphère personnelle pendant la maladie traumatique* », celle-ci étant « *dégagée de toute incidence sur la rémunération professionnelle de la victime, laquelle est d'ailleurs déjà réparée au titre du poste "Pertes de gains professionnels actuels"* » ;
 - souffrances endurées : ce poste indemnise les souffrances psychiques et physiques ; « *à compter de la consolidation, les souffrances endurées vont relever du déficit fonctionnel permanent et seront donc indemnisées à ce titre* » ;
 - préjudice esthétique temporaire : ce poste indemnise l'altération de l'apparence physique ;
- ◆ préjudices permanents :
 - déficit fonctionnel permanent (DFP) : ce poste indemnise « *non seulement le s atteintes aux fonctions physiologiques de la victime, mais aussi la douleur permanente qu'elle ressent, la perte de la qualité de vie et les troubles dans les conditions d'existence qu'elle rencontre au quotidien après sa consolidation* ». Ce poste fait l'objet de discussions particulières quant à sa nature extra-patrimoniaire en jurisprudence (voir *infra*) ;
 - préjudice d'agrément : ce poste indemnise « *l'impossibilité pour la victime de pratiquer régulièrement une activité spécifique sportive ou de loisirs* » ;
 - préjudice esthétique permanent : ce poste indemnise l'altération (définitive) de l'apparence physique ;
 - préjudice sexuel : ce poste indemnise l'atteinte aux organes sexuels ; le préjudice lié à l'acte sexuel lui-même (« *perte de l'envie ou de la libido, perte de la capacité physique de réaliser l'acte, perte de la capacité à accéder au plaisir* ») ; le préjudice lié à la difficulté ou l'impossibilité de procréer ;
 - préjudice d'établissement : ce poste indemnise « *la perte d'une chance de se marier, de fonder une famille, d'élever des enfants et plus généralement des bouleversements dans les projets de vie de la victime qui l'obligent à effectuer certaines renonciations sur le plan familial* » ;

Annexe III

- préjudices exceptionnels, pour les préjudices qui ne sont ventilables dans aucun autre poste.

Le rapport propose un 11^{ème} chef de préjudice extra-patrimonial, qui n'entre pas dans la distinction entre préjudices temporaires et permanents : le préjudice lié à l'évolution pathologique qui concerne notamment les « *maladies incurables susceptibles d'évoluer et dont le risque d'évolution constitue en lui-même un chef de préjudice distinct qui doit être indemnisé en tant que tel* ».

4.1.1.1.2. Les postes de préjudice de la victime par ricochet

Pour la victime par ricochet comme pour la victime directe, les préjudices peuvent être patrimoniaux ou extrapatrimoniaux. On distingue selon que la victime directe est décédée ou survivante.

Ainsi, s'agissant des préjudices patrimoniaux, il existe cinq postes d'indemnisation :

- ◆ en cas de décès de la victime directe :
 - frais d'obsèques (FO) : ce poste indemnise les frais d'obsèques et de sépulture ;
 - perte de revenu des proches (PRP) : ce poste indemnise les « *pertes ou [les] diminutions de revenus pour son conjoint (ou son concubin) et ses enfants à charge, c'est à dire pour l'ensemble de la famille proche du défunt. Ces pertes ou diminutions de revenus s'entendent de ce qui est exclusivement liée au décès et non des pertes de revenus des proches conséquences indirectes du décès* » ;
 - frais divers des proches : ce poste indemnise les « *frais divers que ceux-ci ont pu engager à l'occasion* » du décès de la victime (principalement les frais de transports, d'hébergement et de restauration) ;
- ◆ en cas de survie de la victime directe :
 - perte de revenu des proches : similaire au cas du décès, ce poste indemnise « *le préjudice annuel du foyer avant le dommage ayant entraîné son handicap en tenant compte de la part d'autoconsommation de la victime directe et du salaire qui continue à être perçu par son conjoint* ». En outre, il indemnise « *la perte ou la diminution de revenus subie par les proches de la victime directe lorsqu'ils sont obligés, pour assurer une présence constante auprès de la victime handicapée d'abandonner temporairement, voire définitivement, leur emploi* » ;
 - frais divers des proches : comme en cas de décès, ce poste indemnise les « *frais divers que ceux-ci ont pu engager pendant ou après la maladie traumatique de la victime survivante atteinte d'un handicap, ce sont principalement des frais de transports, d'hébergement et de restauration* ».

S'agissant des préjudices extra-patrimoniaux, il existe quatre postes d'indemnisation :

- ◆ en cas de décès de la victime directe :
 - préjudice d'accompagnement : ce poste indemnise « *les bouleversements que le décès de la victime directe entraîne sur le mode de vie de ses proches au quotidien* » ;
 - préjudice d'affection : ce poste indemnise « *le retentissement pathologique avéré que le décès a pu entraîner chez certains proches* » ;
- ◆ en cas de survie de la victime directe :
 - préjudice d'affection : ce poste indemnise le « *préjudice moral subi par certains proches à la vue de la douleur de la déchéance et de la souffrance de la victime directe* » ;

Annexe III

- préjudice exceptionnel : ce poste indemnise « les bouleversements que la survie douloureuse de la victime directe entraîne sur le mode de vie de ses proches au quotidien ».

4.1.1.2. La nomenclature utilisée par l'ordre administratif : la nomenclature Lagier

Le Conseil d'État a retenu, dans un avis de principe²⁵, une nomenclature spécifique, dite nomenclature Lagier. Elle distingue six postes de préjudice, décrits dans le tableau ci-dessous :

Tableau 1 : Postes d'indemnisation de la victime directe (nomenclature Lagier)

Poste	Description	Recours des OGRSS
Dépenses de santé	Dépenses actuelles ou futures correspondant aux frais de soins et d'hospitalisation et aux frais pharmaceutiques et d'appareillage	Oui
Frais liés au handicap	Frais de logement et de véhicule adaptés et les dépenses liées à l'assistance temporaire ou permanente d'une tierce personne pour les besoins de la vie quotidienne	Prestations ayant pour objet la prise en charge de tout ou partie de ces dépenses, notamment la majoration de la pension d'invalidité pour aide d'une tierce personne
Pertes de revenu	Pertes de revenus de la victime et de ses ayants droit	Prestations ayant pour objet de compenser la perte de revenus, notamment les indemnités journalières maladie, la pension d'invalidité hors majoration pour tierce personne, la pension de veuvage
Incidence professionnelle et scolaire	Perte d'une chance professionnelle, augmentation de la pénibilité de l'emploi occupé, dépenses exposées en vue du reclassement professionnel, de la formation et de l'adaptation au poste occupé ou à un nouveau poste et perte d'une pension de retraite	Frais d'hospitalisation et de traitement dans des établissements de soins, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle Frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés
Autres dépenses liées au dommage corporel	Frais de conseil et d'assistance et, pour les ayants droit, des frais d'obsèques et de sépulture	Prestations versées au titre de l'assurance décès
Préjudices personnels	souffrances physiques et morales, préjudice esthétique et troubles dans les conditions d'existence	Si la caisse établit avoir effectivement et préalablement versé à la victime une prestation réparant de manière incontestable un préjudice ayant un tel caractère

Source : Mission.

Les juridictions de l'ordre administratif ont peu à peu intégré dans leur jurisprudence les postes de la nomenclature Dintilhac. Ainsi, on assiste à une convergence progressive des postes de préjudice entre les deux ordres de juridiction²⁶ : « le Conseil d'État a cependant fait preuve de réalisme en invitant les juges du fond à statuer en référence à la nomenclature Dintilhac chaque fois qu'ils en sont saisis ».

Ainsi, à compter de 2013, le Conseil d'État mentionne le DFP comme un poste de préjudice indemnisable²⁷ et ventile les préjudices entre temporaires et permanents²⁸.

²⁵ CE, 4 juin 2007, avis n° 303422 et 304214.

²⁶ L. Derepas, I. Le Chevalier, G. Mor, C. Quézel-Ambrunaz, Op. Cit..

²⁷ CE, 7 octobre 2013, req. n° 337851.

²⁸ CE, 16 décembre 2013, req. n° 346575.

Annexe III

4.1.2. L'imputation des prestations sur les postes

Les règles d'indemnisation poste par poste sont, en principe, indifférentes en l'absence de partage de responsabilité : le tiers payeur voit, en théorie, sa créance intégralement prise en charge par le responsable du dommage et, le cas échéant, son assureur.

4.1.2.1. L'impact de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007

L'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a instauré d'une part le principe de l'indemnisation poste par poste, et d'autre part le droit préférentiel de la victime, modifiant profondément l'assiette sur laquelle les tiers payeurs peuvent exercer leur recours.

Ainsi de l'exemple suivant, concernant une victime responsable à 50 % de son dommage qui se ventile de la manière suivante :

Poste	Montant du préjudice	Créance de la caisse de sécurité sociale
DSA	12 000	10 000
PGPA	8 000	4 000
DFP (2 % d'AIPP)	2 000	0
Total	22 000	14 000

Source : Cours de Michel Ehrenfeld – M2 Droit du dommage corporel – le recours des tiers payeurs – Université Savoie Mont Blanc.

Le montant total du préjudice pour la victime est de 22 000 ; la caisse de sécurité sociale a exposé des dépenses à hauteur de 14 000 pour réparer son dommage corporel. Comme la responsabilité de la victime est engagée à hauteur de 50 % de son dommage, le tiers responsable contre lequel la caisse peut effectuer son recours n'est tenu qu'à hauteur de 11 000 (soit 50 % de 22 000).

Dans la situation antérieure à la loi de 2006, la créance de la caisse s'élevant à 14 000, et donc supérieure aux 11 000 dus par le tiers responsable, la caisse se servira par préférence à la victime, et récupérera 11 000, contre 0 à la victime.

Dans la situation postérieure à la loi de 2006, le recours s'effectue poste par poste. Dès lors, le tableau se présente de la manière suivante :

Poste	Montant du préjudice	Assiette du recours par poste	Créance de la caisse de sécurité sociale
DSA	12 000	6 000	10 000
PGPA	8 000	4 000	4 000
DFP (2 % d'AIPP)	2 000	0	0
Total	22 000	10 000	14 000

Source : Cours de Michel Ehrenfeld – M2 Droit du dommage corporel – le recours des tiers payeurs – Université Savoie Mont Blanc.

Dans cette hypothèse, la caisse pourra effectuer son recours :

- ◆ sur le poste DSA : sa créance est de 10 000, la victime a une perte effective de 2 000. Le responsable versant 6 000 pour ce chef d'indemnisation, 2 000 iront à la victime (par droit préférentiel), les 4 000 restant allant à la caisse ;
- ◆ sur le poste PGPA : sa créance de 4 000, la victime a une perte effective de 4 000. Le responsable versant 4 000, ils iront intégralement à la victime, la caisse ne récupérant rien ;
- ◆ sur le poste DFP : en principe, ce poste extra-patrimonial n'est pas susceptible de recours (voir encadré *supra*). Les 1 000 dus par le responsable iront intégralement à la victime.

Annexe III

Au total, sur les 11 000 dus par le responsable, la caisse pourra effectuer un recours sur 4 000 et la victime conservera 7 000, ce qui est une modification substantielle par rapport à la situation précédente (11 000 à la caisse et rien à la victime).

4.1.2.2. Des partages de responsabilité particulièrement pénalisants pour les caisses

En principe, lorsque la responsabilité d'un tiers est entière, les tiers payeurs recouvrent l'intégralité de leurs créances, sauf à ce qu'elles n'arrivent pas à les produire ou n'arrivent pas à démontrer qu'elles indemnisent de manière incontestable un poste de préjudice personnel.

Il en va différemment des cas de partage de responsabilité. Ainsi, dans l'exemple ci-dessous, un partage de responsabilité (à 50 %) a été décidé par le juge en raison de l'état pathologique antérieur de la victime. Ce taux de partage, multiplié par le montant du préjudice, donne l'assiette du recours.

Dans ce cas, la victime est titulaire d'un droit préférentiel²⁹ : « la subrogation ne peut nuire à la victime subrogeante, créancière de l'indemnisation, lorsqu'elle n'a été indemnisée qu'en partie ; en ce cas, elle peut exercer ses droits contre le responsable, pour ce qui lui reste dû, par préférence au tiers payeur dont elle n'a reçu qu'une indemnisation partielle ».

Cette disposition trouve son application dans ce cas, puisque la perte effective de la victime sera prise, en priorité sur la part d'indemnité revenant à la caisse, qui est donc servie sur le reliquat laissé après désintéressement de la victime, comme le montre l'exemple ci-dessous :

Poste	Montant du préjudice (A)	Assiette du recours par poste	Créance de la caisse de sécurité sociale (B)	Perte effective victime (A-B)	Reste à la victime	Reste à la caisse
PGPA	64 719,18	32 359,60	31 741,57	32 977,61	32 359,60	0,00
PGPF	185 613,54	92 806,77	94 864,95	90 748,59	90 748,59	2 058,18
Total	250 332,72	125 166,37	126 606,52	123 726,2	123 108,19	2 058,18

Source : Mission sur la base des éléments de l'arrêt Cass. Civ. 2^{ème}, 24 septembre 2009, pourvoi n° 08-14515 (après correction des éléments du PGPF). Montants en €.

Ces dispositions sont également applicables en cas de pluralité de tiers payeurs, cas de figure courant (assurance maladie complémentaire ; existence d'un régime complémentaire de prévoyance octroyant des indemnités journalières). On trouvera ci-dessous un exemple tiré de la jurisprudence :

Poste	Montant du préjudice (A)	Assiette du recours par poste	Créance du premier tiers payeur (B1)	Créance du second tiers payeur (B2)	Perte effective victime (A-B1-B2)	Reste à la victime	Reste aux tiers payeurs
PGPA	197 600,00	98 800,00	11 840,12	46 139,07	139 620,81	98 800,00	0,00

Source : Mission sur la base des éléments de l'arrêt Cass. Civ. 2^{ème}, 14 janvier 2010, pourvoi n° 08-17293. Montants en €.

La répartition du reliquat – nul dans l'exemple – entre les tiers payeurs n'est pas précisée par les textes. Il s'effectue en pratique au marc l'euro³⁰.

²⁹ Article 31 de la loi Badinter, mais également article L. 376-1 du code de la sécurité sociale.

³⁰ Voir par exemple CA Aix-en-Provence, 10^{ème} chambre, 30 janvier 2015, n°RG 10/20180.

4.1.2.3. La divergence jurisprudentielle concernant le déficit fonctionnel permanent

Le rapport Dintilhac, qui en a établi une liste (voir *supra*), précise que les préjudices extra-patrimoniaux « sont dépourvus de toute incidence patrimoniale ce qui exclut qu'ils soient pris en compte dans l'assiette du recours subrogatoire exercé par les tiers payeurs subrogés dans les droits de la victime directe ».

En ce sens, la jurisprudence du Conseil d'État refuse l'imputation des rentes AT/MP sur le poste de préjudice extra-patrimonial du déficit fonctionnel permanent (DFP). Ainsi, le juge administratif³¹ considère-t-il que « eu égard à sa finalité de réparation d'une incapacité permanente de travail, qui lui est assignée par l'article L. 431-1, et à son mode de calcul, appliquant au salaire de référence de la victime le taux d'incapacité permanente défini par l'article L. 434-2, la rente d'accident du travail doit être regardée comme ayant pour objet exclusif de réparer, sur une base forfaitaire, les préjudices subis par la victime dans sa vie professionnelle en conséquence de l'accident, c'est-à-dire ses pertes de gains professionnels et l'incidence professionnelle de l'incapacité ». Et de conclure : « le recours exercé par la caisse au titre d'une rente d'accident du travail ne saurait s'exercer que sur ces deux postes de préjudice. En particulier, une telle rente ne saurait être imputée sur un poste de préjudice personnel ».

Inversement, la Cour de cassation³² admet la même imputation, effectuant un raisonnement en trois temps : d'abord, « la rente d'invalidité indemnise d'une part les pertes de gains professionnels et les incidences professionnelles de l'incapacité, d'autre part le déficit fonctionnel permanent » ; subsidiairement toutefois, en l'absence de tels postes de préjudice, elle « indemnise nécessairement le poste de préjudice personnel du déficit fonctionnel permanent » ; enfin, en présence de ces postes de préjudice, « le reliquat éventuel de la rente, laquelle indemnise prioritairement ces deux postes de préjudice patrimoniaux, ne peut s'imputer que sur le poste de préjudice personnel extra-patrimonial du déficit fonctionnel permanent, s'il existe ». On a donc une imputation en cascade des créances des tiers payeurs, illustré par l'arrêt suivant qui impute une rente d'invalidité successivement sur le poste perte de gains professionnels futurs (PGPF), qui s'avère insuffisant, puis le poste incidence professionnelle (IP), qui s'avère encore insuffisant, et enfin sur le poste DFP, le reliquat de créance de la caisse ne pouvant être récupéré sur d'autres postes et étant donc perdu pour l'organisme social :

Poste	Montant du préjudice (A)	Créance de la caisse de sécurité sociale (B)	Perte effective victime (A-B)	Reste à la victime	Reste à la caisse	Reste à imputer
DSA	28 708,09	28 708,09	0,00	0,00	28 708,09	-
FD	1 200,00	0,00	1 200,00	1 200,00	0,00	-
PGPA	18 035,61	0,00	18 035,61	18 035,61	0,00	-
PGPF	63 589,06	176 211,08	0,00	0,00	63 589,06	112 622,02
IP	80 000,00	112 622,02	0,00	0,00	80 000,00	32 622,02
DFT	6 213,50	0,00	6 213,50	6 213,50	0,00	-
SE	9 000,00	0,00	9 000,00	9 000,00	0,00	-
PET	1 500,00	0,00	1 500,00	1 500,00	0,00	-
DFP	13 120,00	32 622,02	0,00	0,00	13 120,00	19 502,02
PEP	2 000,00	0,00	2 000,00	2 000,00	0,00	-
PA	500,00	0,00	500,00	500,00	0,00	-
PS	1 000,00	0,00	1 000,00	1 000,00	0,00	-

Source : Mission sur la base des éléments de l'arrêt CA Aix en Provence, 10ème chambre, 12 février 2015, n° RG 13/14870. Montants en €.

³¹ CE, 8 mars 2013, avis n° 361273.

³² Cass. Civ. 2^{ème}, 10 septembre 2015, pourvoi n° 14-21936.

Annexe III

Il s'agit, d'après certains commentateurs³³, d'éviter la double indemnisation de la victime lorsque le montant de la rente AT/MP excède l'évaluation des préjudices de pertes de gains professionnels et incidence professionnelle : la Cour de cassation « *déduit, faisant usage du 5^{ème} alinéa de l'article L. 376-1 [identique au 3^{ème} alinéa de l'article 31 de la loi Badinter] que le delta [écart entre rente AT/MP et préjudices de pertes de revenus et d'incidence professionnelle] répare « nécessairement » le DFP, seul poste de préjudice personnel sur lequel l'imputation lui a paru possible. On voit que la condition de l'indemnisation du préjudice personnel « de manière incontestable » qui figure à cet alinéa, et qui conditionne sa mise en oeuvre prend la forme d'une présomption irréfragable d'indemnisation d'indemnisation [...] ».*

Au total³⁴, les « *divergences [...] des jurisprudences entre la Cour de cassation et le Conseil d'État sur la question de l'imputation de la rente accident du travail ou assimilée [...] conduisent, selon l'ordre de juridiction saisi, à une détermination variable des droits des victimes* ».

Encadré 9 : l'impact des règles prudentielles sur les rentes indemnitaires servies par les organismes assureurs

L'article 44 de la loi Badinter dispose que lorsqu'une « *rente a été allouée, soit conventionnellement, soit judiciairement, en réparation d'un préjudice causé par un accident, le créancier peut demander au juge, lorsque sa situation personnelle le justifie, que les arrérages à échoir soient remplacés en tout ou partie par un capital* ».

Assureurs comme juges privilégient le versement de l'indemnisation sous forme de rente pour les cas lourds car elle permet³⁵ « *de couvrir les frais futurs et le risque d'une mauvaise gestion du capital par des personnes fragiles* ».

Le tableau ci-dessous décrit les avantages et inconvénients, du point de vue de l'assureur, du versement d'un capital ou d'une rente en indemnisation du dommage corporel :

	Avantages	Inconvénients
Capital	Dossier clos : <ul style="list-style-type: none"> ▪ en gestion de sinistres ; ▪ en comptabilité ; ▪ en réassurance. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas de réduction du coût des sinistres en cas de décès prématuré ou d'amélioration de l'état de santé de la victime. ▪ Marge dans les paramètres du barème.
Rente	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réduction du coût des sinistres en cas de décès prématuré ou d'amélioration de l'état de santé de la victime. ▪ Prise en charge par le FGAO des revalorisations de rente pour les sinistres survenus avant le 1^{er} janvier 2013. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dossiers maintenus ouverts en comptabilité et en réassurance. ▪ Non prise en charge par le FGAO des revalorisations de rente pour les sinistres survenus après le 1^{er} janvier 2013, se traduisant par un coût en termes de capital de solvabilité requis.

En termes de solvabilité, le principal problème porte sur l'indexation des rentes indemnitaires. En effet, l'article premier de la loi n° 51-695 du 24 mai 1951 prévoit que les rentes viagères allouées en réparation d'un préjudice sont majorées par application « *du taux prévisionnel d'évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation de tous les ménages, hors les prix du tabac, de l'année civile en*

³³ L. Derepas, I. Le Cheualier, G. Mor, C. Quézel-Ambrunaz, Op. Cit..

³⁴ S. Porchy-Simon, 1973-1985-2006, les trois temps d'une révolution copernicienne, Gazette du Palais, hors série n°1 du 9 janvier 2017.

³⁵ A. Youssfi, Couverture du risque responsabilité civile corporels automobile avec les récentes évolutions réglementaires, mémoire d'actuariat soutenu le 15 mars 2017 (CNAM).

Annexe III

cours » (article 2).

L'article 78 de la loi n° 2012-1510 du 29 décembre 2012 de finances rectificative pour 2012 a :

- créé une taxe affectée³⁶ au FGAO afin de couvrir la « charge de revalorisation du des 9 000 rentes versées aux victimes d'accidents causés par des véhicules à moteur avant le 1^{er} janvier 2013 ». Ces 9 000 rentes représentaient une charge de 127 M€ en 2011 ;
- transféré au secteur des assurances le financement de la revalorisation sur l'inflation des rentes indemnitaires versées en raison d'accidents survenus à compter du 1^{er} janvier 2013.

Du point de vue de l'assureur, ce transfert a entraîné une volatilité supplémentaire, issue de l'incertitude pesant sur l'inflation future, qui plus est sur de longues périodes.

Ainsi, il apparaît³⁷ :

- qu'en moyenne, « le coût de l'indexation des rentes est relativement faible les premières années. Cependant, le poids de ce coût est croissant avec la durée (0,4 % des [provisions mathématiques (PM)] au premier inventaire, 3 % des PM après 10 ans et 7 % des PM après 20 ans) » ;
- que la « volatilité du coût de l'indexation est très importante dès les premières années » : pour le portefeuille étudié dans le mémoire d'actuariat, la VaR à 99,5 % des PM est de 452 M€ au premier inventaire (contre 323 M€ sans indexation) et de 7 223 M€ au vingtième inventaire (contre 451 M€ sans indexation).

Source : Mission.

4.2. Le protocole

Les sociétés d'assurance ont rapidement mis en place des conventions de gestion de sinistres, dans le domaine automobile d'abord (convention IDA/IRSA³⁸ en 1968, convention ICA/IRCA³⁹ en 1986), puis dans le domaine des dégâts des eaux (convention CIDRE⁴⁰ en 1970, convention CIDE-COP⁴¹ en 1983). Ces conventions ont pour objectif de permettre une gestion rapide et simple des sinistres, notamment les sinistres attritionnels.

³⁶ Rapport n° 465 sur le projet de loi de finances rectificative pour 2012, C. Eckert, Assemblée nationale.

³⁷ A. Youssfi, Op. Cit.

³⁸ Indemnisation directe de l'assuré / indemnisation et règlement des sinistres automobiles : cette convention, entre assureurs et inopposable aux assurés, fixe, entre autres, le principe d'une gestion du sinistre matériel par l'assureur de chaque véhicule (et non l'assureur du véhicule responsable), ainsi que, pour les sinistres d'un montant inférieur à 6 500 €, le principe d'une indemnisation forfaitaire de l'assureur de la victime d'un montant de 1 420 €.

³⁹ Indemnisation pour le compte d'autrui / indemnisation et recours corporel automobile : cette convention, entre assureurs et inopposable aux assurés, fixe le principe d'une gestion du sinistre corporel par l'assureur de chaque véhicule (et non l'assureur du véhicule responsable) pour les dommages corporels de faible gravité (inférieurs à 5% d'atteinte à l'intégrité physique et psychique).

⁴⁰ Convention d'indemnisation directe et de renonciation à recours en dégâts des eaux : cette convention, entre assureurs et inopposable aux assurés, concernant les dégâts des eaux de faible intensité, fixe le principe de gestion du sinistre par l'assureur de la victime (et non celui du responsable).

⁴¹ Convention d'indemnisation des dégâts des eaux dans la copropriété : cette convention, entre assureurs et inopposable aux assurés, concernant les dégâts des eaux de plus forte intensité, fixe le principe de gestion du sinistre par l'assureur de la victime (et non celui du responsable).

Annexe III

Sur ce modèle, pour les accidents de la circulation et les sinistres impliquant des bicyclettes, « un protocole a été signé le 24 mai 1983 entre les trois caisses nationales d'assurance maladie (CNAMTS, CANAM et la CCMSA) et les organismes représentatifs des entreprises d'assurance (GEMA et FFSA) avec pour objectif d'accélérer le recouvrement par les caisses de sécurité sociale des créances qu'elles détiennent auprès de l'assureur du responsable de l'accident, de permettre aux assureurs d'indemniser plus rapidement les victimes d'accidents de la circulation et de simplifier les rapports entre les caisses de sécurité sociale et les entreprises d'assurance en éliminant les causes de litiges⁴² ».

4.2.1. Les acteurs participant au protocole

L'article L. 171-5 du code de la sécurité sociale prévoit qu'une convention peut être signée entre :

- ◆ d'une part, les organisations représentatives des assureurs ;
- ◆ d'autre part, « la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale du régime social des indépendants, la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole et, le cas échéant, la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et la Caisse nationale des barreaux français ».

Cette convention vise à « définir les modalités de mise en œuvre » du règlement amiable des recours contre les tiers responsables visé aux articles L. 376-1 et L. 454-1 du code de la sécurité sociale.

Dans sa dernière version, le protocole lie :

- ◆ la fédération française des sociétés d'assurance et le groupement des entreprises mutuelles d'assurance, ces deux organisations professionnelles ayant fusionné mi 2016 pour former la fédération française de l'assurance (FFA) ;
- ◆ la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés⁴³ (CNAMTS) ;
- ◆ la caisse nationale du régime social des indépendants (CNRSI) ;
- ◆ la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA).

4.2.2. Une liste de cas inspirée de la convention IRSA

Le protocole livre, dans son annexe, une liste de cas de figure d'accidents automobiles ou impliquant des bicyclettes (les accidents sans véhicule terrestre à moteur – comme les bicyclettes – impliqué ne relèvent pas de la loi Badinter). Les cas prévus au protocole sont très largement inspirés de ceux de la convention IRSA. Le tableau ci-dessous décrit l'architecture des cas du protocole :

Tableau 2 : Tableau de synthèse des cas envisagés par le protocole

Nombre et nature des véhicules impliqués		Victime			
		Conducteur de VTM	Piéton	Passager de VTM ou de cycle	Conducteur de cycle
1 seul véhicule	1 VTM	-	Cas 80 à 83	Cas 70 à 73	-

⁴² Question écrite n° 17710 de M. André Lejeune, réponse du Ministère de la santé et des solidarités publiée dans le journal officiel du Sénat du 6 octobre 2005 (page 2560).

⁴³ Le protocole précise que la CNAMTS adhère pour son compte propre mais également pour le compte d'autres régimes, dont notamment la CAMIEG et la CANMSS.

Annexe III

Nombre et nature des véhicules		Victime			
	1 cycle	-	Cas 80 à 88	Cas 74 à 78	-
Accident sans VTM	2 cycles	-	Cas 80 à 88	Cas 74 à 78	Cas 10 à 56 ou cas 61
	>2 cycles				Cas 60
Accident entre 1 VTM et	1 cycle	Cas 10 à 56 ou cas 61	Cas 80 à 83	Cas 70 à 73	Cas 90 à 94
	>1 cycle	Cas 60			
Accident dans lequel sont impliqués	2 VTM	Cas 10 à 60 (collision) Cas 61 (sans collision) Cas 60 (si cycle)	Cas 80 à 83	Cas 70 à 73	Cas 90 à 94
	>2 VTM	Cas 60			

Source : Protocole. VTM = véhicule terrestre à moteur.

Les cas sont parfois décrits dans un schéma, comme par exemple le cas 50 ci-dessous :

Graphique 2 : Description du cas 50

3. LES INTERDICTIONS

3.1 LES INTERDICTIONS ABSOLUES

		RÉPARTITION DE LA CHARGE			
		X	Y		
50	Y ne respecte pas un feu rouge.			0	1
	Y ne respecte pas un barrage de police ou une injonction des Autorités.			0	1
	Y ne respecte pas un sens interdit, une interdiction de dépasser, virer à droite ou à gauche.			0	1
	Y ne respecte pas une ligne continue, une signalisation au sol, notamment des flèches directionnelles ou des zébras, ou circule sur un trottoir ou un bas-côté.			0	1

Source : Protocole.

L'indemnisation de la victime dépend de sa qualité :

- ◆ lorsque la victime est conducteur (de véhicule terrestre à moteur ou de cycle), le barème peut retenir, à raison de la configuration de l'accident, une indemnisation (protocolaire) de 0 % (conducteur réputé intégralement responsable de son dommage), de 100 % (conducteur réputé non responsable de son dommage) ou de 50 % (conducteur réputé coresponsable de son dommage). Il existe toutefois des cas de réduction de l'indemnisation de la victime conducteur : 25 % lorsqu'il ne porte pas sa ceinture de sécurité (cas 63) ou son casque (cas 65), en cas de passager en surnombre (cas 64 et 66) portés à 50 % en cas d'ivresse (cas 67) ou d'usage de produits stupéfiants (cas 68), ces réductions ne se cumulant pas ;
- ◆ lorsque la victime est le passager d'un véhicule terrestre à moteur ou d'un cycle, la situation diffère selon la présence ou l'absence de véhicule terrestre à moteur :

Annexe III

- dans le premier cas, la victime est par défaut indemnisée à 100 % (cas 73), sauf faute intentionnelle (cas 71) ou comportement du passager entraînant la perte de contrôle du véhicule (cas 72), auquel cas son droit à indemnisation protocolaire est ramené à 0 % ;
 - dans le second cas, la victime est par défaut indemnisée à 100 % (cas 78), sauf s'il est en surnombre (cas 76), sa responsabilité s'élevant alors à 25 % dans son dommage, faute intentionnelle (cas 74), sa responsabilité s'élevant alors à 100 % dans son dommage, et sauf ivresse ou usage de produits stupéfiants (cas 75) ou autre faute (cas 77), auquel cas la responsabilité de la victime dans son dommage s'élève à 50 %
- ◆ lorsque la victime est un piéton, un grand nombre de cas s'appliquent, mais en l'absence de faute intentionnelle ou grave, l'indemnisation conventionnelle s'établit à 100 %.

4.2.3. Une liaison entre postes de préjudice et prestations d'assurance maladie

Le protocole effectue une liaison entre les postes de préjudice (en nomenclature Dintilhac) et les prestations sociales servies par les caisses de la branche maladie et de la branche AT/MP, comme le montre le tableau ci-dessous :

Tableau 3 : Lien entre les postes Dintilhac et les prestations sociales d'assurance maladie correspondantes

Poste (nomenclature Dintilhac)	Prestations sociales correspondantes
Dépenses de santé actuelles (DSA)	Frais médicaux Frais pharmaceutiques Hospitalisation Appareillage Frais de rééducation Transport
Pertes de gains professionnels actuelles (PGPA)	Indemnités journalières Indemnité temporaire d'inaptitude
Dépenses de santé futures (DSF)	Frais médicaux Frais pharmaceutiques Hospitalisation Appareillage Frais de rééducation Transport
Assistance par tierce personne (ATP)	Majoration tierce personne de la pension d'invalidité ou de la rente AT
Pertes de gains professionnels futurs (PGPF)	Rente AT Pension invalidité Indemnités journalières après consolidation Indemnité temporaire d'inaptitude
Incidence professionnelle (IP)	Frais de reclassement professionnel non inclus dans la créance définitive Rente AT Pension invalidité
Déficit fonctionnel permanent (DFP)	Rente AT
Frais d'obsèques (FO)	Frais d'obsèques
Pertes de revenus des proches (PRP)	Capital décès Rente de survivant

Source : Protocole.

Annexe III

Ces règles d'imputation protocolaire des prestations aux différents postes de préjudice sont doublées de règles d'évaluation du montant du recours de la caisse présenté à l'assureur, qui peut être distinct du montant des créances de la caisse présentées dans le cadre d'un contentieux.

4.2.4. Un protocole comprenant une clause compromissoire

L'article 5 du protocole stipule que la société d'assurance et la caisse de sécurité sociale « *s'interdisent de recourir, pour les départager, à toute autre procédure et elles renoncent à se prévaloir de toute décision judiciaire au pénal ou au civil* ».

Afin de ne léser ni les victimes, ni surtout les assureurs (qui, en général, imputent leurs débours sur l'indemnisation due à la victime), les caisses de sécurité sociale s'engagent à produire au contentieux « *le décompte actualisé des prestations versées à la victime et celles qu'elle envisage de lui verser* ».

4.2.5. Une procédure d'escalade

Contrepartie de la clause compromissoire, le protocole prévoit un mode de résolution des conflits qui pourraient découler de son application. La procédure d'escalade comprend trois niveaux :

- ◆ l'échelon « chef de service » : si, dans un délai de 30 jours, une réclamation n'est pas suivie d'effet, elle est portée au niveau des chefs de service de la caisse et de l'assureur ;
- ◆ l'échelon « direction » : si, 30 jours après que l'échelon « chef de service » a été mobilisé, la réclamation n'a toujours pas trouvé de solution, elle est portée au niveau de la direction de la caisse et de l'assureur ;
- ◆ la commission d'arbitrage est saisie si, 30 jours après que l'échelon « direction » a été mobilisé, la réclamation n'a toujours pas trouvé de solution.

La procédure de la commission d'arbitrage est entièrement écrite et contradictoire : la partie demanderesse présente la réclamation ; la partie défenderesse présente ses arguments dans les 30 jours. Il n'est pas prévu de mémoire en réplique ou dispositif permettant un contradictoire plus sophistiqué.

Le protocole précise une nomenclature des cas de recours à la commission d'arbitrage :

- ◆ recevabilité du recours, détermination des responsabilités ou de l'assiette du recours ;
- ◆ exception de garantie (invoquée par l'assureur) ;
- ◆ erreur de droit protocolaire (invoquée par l'assureur) ;
- ◆ paiement d'intérêts de retard ;
- ◆ règlement des arrérages d'une rente ;
- ◆ indemnité forfaitaire de gestion ;

ANNEXE IV

Panorama des organismes gérant un régime obligatoire de sécurité sociale (OGROSS)

Annexe IV

La direction de la sécurité sociale n'a pas été en mesure de fournir les éléments de description de la protection sociale pour un certain nombre de catégories d'assurés sociaux, dont certaines importantes : fonctionnaires territoriaux et hospitaliers, professions libérales, qui bénéficient d'un régime dérogatoire par rapport aux indépendants, et, parmi celles-ci, les praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés qui bénéficient d'un régime dérogatoire au régime des professions libérales.

Les régimes très spécifiques n'ont pas pu être renseignés.

	Prestations en nature maladie	Prestations en espèces maladie	décès	AT/MP	nb de bénéficiaires par régime		
					cotisants	retraités	bénéficiaires
Régime général des travailleurs salariés	CNAMTS	CNAMTS	CNAMTS	CNAMTS	17 500 000	13 900 000	59 000 000
Étudiants	CNAMTS	Non	Non	CNAMTS (enseignement technique: cours et stages; enseignement général: ateliers et stages)	2 278 000	sans objet	+ayants droit
Agents non titulaires de droit public de l'Etat	CNAMTS	Employeur (maintien de salaire)	Employeur	Maintien de salaire	375 652		
Agents non titulaires de droit public de la FPH et de la FPT	CNAMTS	CNAMTS	CNAMTS	CNAMTS	566 977		
Salariés des mines	CNAMTS	CNAMTS	CNAMTS	CNAMTS	2200 (dont 1800 salariés des caisses)	277 248	406 569
Salariés des IEG	- base : CPAM92 - couverture complémentaire : CAMIEG (gestion des bénéficiaires) et CPAM92 par délégation de la CAMIEG (gestion des prestations)	Employeur	CNIEG	PN: RG PE: Employeur Indemnisation: CNIEG	145 607 (cotisants CNIEG)	127 614 (droit direct) 39 957 (droit indirect)	305 634 (ouvriers droit CAMIEG) 220 704 (ayants droit CAMIEG)
Personnel de la Banque de France	CNAMTS	CNAMTS	CNAMTS	CNAMTS			+ayants droit
Personnels de la RATP	CCASRATP	CCASRATP	CCASRATP	CCASRATP	42 545	44 923	105 581
Personnels de la SNCF	CRPSNCF	CRPSNCF	CRPSNCF	CRPSNCF	149 617	266 255	509 161
Personnels de la marine	ENIM	ENIM	ENIM	ENIM	40 300	113 595	95 986
Clercs et employés de notaires	CRPCEN	CRPCEN	CRPCEN	CNAMTS	50 600	75 813	126 668
Salariés agricoles	MSA	MSA	MSA	MSA	698966 (actifs)	1 347 509	3 310 915
Exploitants agricoles	RSI	RSI	RSI	MSA	504685 (actifs)		
Indépendants (hors avocats)	RSI	RSI	RSI	RSI	2800000 (cotisants)	2 100 000	6 800 000
Avocats	RSI	CNBF	CNBF	NC			

Source : DSS

Annexe IV

CCASRATP : caisse de coordination des assurances sociales de la RATP

CNAMTS : caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

CNBF : caisse nationale des barreaux français

CNIEG : caisse nationale des industries électriques et gazières

CPAM92 : caisse primaire d'assurance maladie des Hauts de Seine

CPRPSNCF : caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF

CRPCEN : caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires

ENIM : établissement national des invalides de la marine

MSA : mutualité sociale agricole

NC : non communiqué

RSI : régime social des indépendants

ANNEXE V

Analyse du gisement automobile

1. LES DONNÉES DISPONIBLES.....	1
1.1. La responsabilité civile corporelle occupe une part importante des garanties en assurance automobile.....	1
1.2. Les données issues des états C11 réglementaires	2
1.3. Les données fournies par les associations professionnelles	4
2. LES DIFFICULTÉS LIÉES À L'EXPLOITATION DE CES DONNÉES	9
2.1. Le cadre juridique prévoit en principe l'information des OGROSS sur toutes les transactions mais dans la pratique, il n'en est rien	10
2.2. Le mode principal d'indemnisation des victimes est transactionnel, plus rapide mais d'un montant inférieur	11
2.3. L'analyse d'un échantillon de dossiers montre que l'application du PAOS est moins favorable aux OGROSS que la voie contentieuse	13
3. LA RECONSTITUTION DU GISEMENT DU RCT À PARTIR D'UN ÉCHANTILLON DE DOSSIERS CONTENTIEUX.....	13
3.1. Il existe différents niveaux d'indemnisation et le ratio débours OGROSS/total indemnisation varie en fonction du degré de gravité.....	13
3.1.1. <i>Le montant total d'indemnisation croît logiquement avec le degré de gravité de l'accident... ..</i>	14
3.1.2. <i>...Il n'en va pas de même des poids de préjudice susceptibles de faire l'objet d'un RCT dans le total de l'indemnisation.</i>	15
3.2. Les travaux sur échantillon confirment cette intuition	17
3.2.1. <i>L'analyse d'un échantillon de dossiers automobile d'un OGROSS non partie au protocole et d'arrêts de cours d'appel et de TGI.....</i>	17
3.2.2. <i>Le taux de RCT communiqué par la MACSF dans le domaine des accidents automobile.....</i>	18
3.2.3. <i>Le gisement dans le domaine des accidents de la circulation</i>	18
3.2.4. <i>Les estimations sont cohérentes avec l'exploitation des données GRECOT de la CNAMTS.....</i>	23

1. Les données disponibles

1.1. La responsabilité civile corporelle occupe une part importante des garanties en assurance automobile

Le rapport sur le marché de l'assurance automobile en 2015 de juin 2016 de la fédération française de l'assurance indique que l'automobile représente 20,5 Mds€ de marché en assurance de biens et responsabilités, dont 18,5 Mds€ pour les particuliers¹. Parmi les nombreuses garanties commercialisées au titre de l'assurance automobile, seule la garantie de responsabilité civile est légalement obligatoire (CAss, art. L. 211-1), à l'exception notamment des garanties conducteur ou encore vol du véhicule. Enfin, contrairement à la responsabilité civile matérielle qui peut être plafonnée à un million d'euros, l'assurance de responsabilité civile corporelle doit prévoir une couverture illimitée des victimes (CAss, art. R. 211-7).

Alors que les sinistres corporels en responsabilité civile ne représentent que 2 % du nombre total de sinistres automobile (contre 33 % pour bris de glace, 28 % de dommages aux véhicules, 20 % de RC matériel et 3 % de vol et incendie), leur coût représente 30 % de l'ensemble de la charge automobile. En 2015, 145 000 victimes ont été indemnisées au titre de la responsabilité civile corporelle.

La comptabilisation des sinistres se fait avec deux indicateurs :

- ◆ le nombre de sinistres : il s'agit pour l'assureur d'inventorier les sinistres dont il a la charge ;
- ◆ la charge du sinistre : il s'agit pour l'assureur d'évaluer la charge totale du sinistre, constituée d'une part des paiements effectués dans l'exercice, et d'autre part des paiements que l'assureur prévoit d'effectuer au titre du sinistre dans les exercices suivants, matérialisé comptablement sous forme de provisions.

Des doubles comptes existent dès lors que deux véhicules ou plus sont impliqués : il y a bien un seul sinistre mais deux (ou plus) dossiers d'indemnisation ouverts chez les assureurs des véhicules. Les doubles comptes concernant les nombres de sinistre sont donc inévitables.

S'agissant de la comptabilisation des montants, il est possible, le cas échéant d'effectuer un recours contre l'assureur du véhicule responsable. Ainsi, un assureur peut, au titre d'un sinistre, constater simultanément une charge (l'indemnisation due au titre de la responsabilité civile de son assuré) et un produit (le recours contre l'assureur du responsable, l'assuré étant cette fois dans la position de victime), éventuellement égales, voire en faveur d'un assureur en application des conventions IRSA et IRCA (voir encadré *infra*).

Au total, afin d'éviter les doubles comptes dans les montants de sinistre, il convient de les évaluer nets de recours.

¹ Les principaux acteurs sont : Covéa (4,1 Mds), Axa (3,2 Mds), Groupama-Gan (2,1 Mds), Macif (1,7 Mds), Allianz (1,6 Mds), Maif (1,3 Mds), Crédit agricole (0,9 Mds), Crédit mutuel (0,9 Mds), Matmut (0,9 Mds) et Générali (0,8 Mds).

Encadré 1 : les conventions IRSA et IRCA

Les conventions signées entre assureurs visent principalement à simplifier et accélérer les indemnisations pour les assurés.

L'Indemnisation directe de l'assuré et de Recours entre Sociétés d'assurance Automobile (IRSA) pose le principe de l'indemnisation directe par le propre assureur de chaque assuré quelle que soit sa responsabilité. Ainsi, l'assuré n'a pas à attendre l'aboutissement du recours pour être indemnisé. La convention garantit à l'assureur un recours automatisé dans le cadre d'un barème normalisé. On doit également à cette convention la mise en place du constat amiable. La convention IRSA s'applique entre sociétés adhérentes (la très grande majorité) et pour des typologies d'accidents bien précises définies dans le champ d'application de la convention. La situation la plus usuelle est l'accident matériel entre deux véhicules. Le recours est forfaitaire jusqu'à un certain plafond (possible grâce aux statistiques – forfait IRSA) et au coût réel au-delà de ce forfait.

L'Indemnisation et Recours Corporel Automobile (IRCA) pose le principe du recours à l'expertise médicale afin d'évaluer le dommage corporel. Pour les blessures légères, elle admet l'examen du dossier sur pièces. Pour cela, tous les critères suivants doivent être réunis : – hospitalisation < ou = à 3 jours, ITT < ou = à 20 jours, absence d'IPP, Souffrances Endurées < ou = à 2/7, absence de Dommage Esthétique. Elle permet de résoudre 90% des dossiers corporels.

Source : Mission.

Selon la sécurité routière, 56 812 accidents de la circulation ont eu lieu en 2013, avec 70 607 blessés et 3 268 tués. Les assureurs estiment quant à eux le nombre de blessés à 200 000, dont 139 000 indemnisés au titre de la responsabilité civile (les autres relevant des garanties – facultatives – conducteur).

La gravité des lésions est couramment mesurée par un taux d'atteinte à l'intégrité physique et psychique (AIPP) allant de 0% (pas d'atteinte) à 100% (état végétatif). Parmi les victimes indemnisées par les assureurs :

- ◆ 71% n'ont pas d'AIPP ;
- ◆ 18% ont une AIPP comprise entre 1 et 5% ;
- ◆ 8% ont une AIPP comprise entre 6 et 19% ;
- ◆ 2% ont une AIPP supérieure à 20% ;
- ◆ 1% sont décédées.

Les blessés légers sans AIPP (71% en nombre) représentent 5 % du total de l'indemnisation. *A contrario* les blessés les plus graves dont le taux d'AIPP est supérieur ou égal à 20 % (2 % en nombre soit environ 3000 cas par an) représentent 58 % du total des indemnités versées. L'indemnité totale moyenne d'un blessé léger sans AIPP est d'environ 1 500 € en 2013, avec une AIPP de 70 000 €, et celle d'une personne décédée de 103 100 €. Le coût moyen d'une victime se situe aux alentours de 22 000 €.

1.2. Les données issues des états C11 réglementaires

Sur le fondement de l'article R. 341-8 du code des assurances, les assureurs devaient publier leurs comptes ou les rendre accessibles sur demande.

Outre les comptes, des états d'analyse prudentielle faisaient l'objet d'une transmission à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR). S'agissant de la liquidation des sinistres, des états C11 visés à l'ancien article A 344-8² du code des assurances et énumérés à l'ancien article A. 344-10 devaient être fournis.

Une même entreprise est susceptible de fournir plusieurs états C11. Ceux-ci s'articulent généralement avec les agréments spécifiques énumérés à l'article R. 321-1 du code des assurances, soit :

² alinéa 3° les états d'analyse des comptes.

Annexe V

- ◆ la catégorie 10 : responsabilité civile véhicules terrestres automoteurs (toute responsabilité résultant de l'emploi de véhicules terrestres automoteurs, y compris la responsabilité du transporteur) ;
- ◆ la catégorie 13 : responsabilité civile générale (toute responsabilité autre que celles mentionnées sous les numéros 10,11 et 12) ;
- ◆ les catégories 11 et 12 afférentes aux responsabilités civiles aérienne (11) et maritime, lacustre et fluviale (12) ne sont pas pertinentes pour l'analyse à ce stade.

En l'absence de tiers responsable, c'est la garantie dommages corporels de la victime qui est activée. Inversement, dès que la responsabilité civile d'un assuré est mise en jeu, ce sont par hypothèse les garanties de responsabilité civile des branches 10 (si c'est dans le cadre d'un sinistre automobile) ou 13 (dans les autres cas) qui seront activées.

Ces états sont établis annuellement d'après les comptes définis à l'article A. 344-9 et dans la forme fixée en annexe à l'article qui prévoit d'une part le nombre de sinistres payés ou à payer, les sinistres, paiements et provisions par année de survenance, les recours et sauvetages et les frais de gestion des sinistres et recours³. Comme indiqué *supra*, les sinistres ventilés dans les états C11 le sont par hypothèse à raison de la prise en charge par l'assureur d'un sinistre pour lequel son assuré était, au moins partiellement, responsable.

Dans le cadre de la mission, il convient de ne retenir que le montant des dommages corporels causés par des tiers. *A priori* les catégories concernées à cet égard sur l'ensemble des catégories citées à l'article A 344-2 du code des assurances, sont automobile-garantie de responsabilité civile-dommages corporels qui exclut les conducteurs responsables.

L'article fondant l'obligation de transmission des états C11 à l'ACPR ayant toutefois été abrogé dans le cadre de la transposition de la directive solvabilité II, les états C11 exploités par la mission pour l'exercice 2015 seront donc les derniers établis par les entreprises d'assurance sous cette forme.

La mission a choisi d'extraire de ces états uniquement les paiements nets de recours. En effet, à des fins de comparaison avec les montants figurant sous GRECOT à la CNAM, il convient de retenir une logique de caisse qui est celle de GRECOT. Les paiements annuels nets de recours entre assureurs correspondent à cette logique de caisse puisqu'ils recouvrent d'une part les paiements au titre de l'année 2015 et les paiements au titre des années antérieures. Ils s'élèvent à 2 936 M en 2015 au titre de 2015 et des années antérieures.

Tableau 1 : Totalisation C11 assurance automobile corporelle (paiements et provisions de sinistres nets de recours et sauvetage)

Chiffres en k€	Année de survenance						
	2010 et antérieurs	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Paiements en 2015 nets de recours	970 388	244 813	292 793	445 966	692 056	290 402	2 936 410
Capitaux (pour rentes) constitués en 2015	188 732	27 137	6 066	2 093	147	-43 062	181 112
Provisions de sinistres fin 2015 nets de prévisions de recours	9 110 842	2 040 811	2 206 947	2 954 919	4 024 513	4 428 810	24 766 838

³ Respectivement tableaux A, B, C et D.

Annexe V

Chiffres en k€	Année de survenance						
	2010 et antérieurs	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Total charge sinistres nette de recours	10 269 962	2 312 761	2 505 805	3 402 979	4 716 716	4 676 150	27 884 360
Provisions de sinistres début 2015 nets de prévisions de recours	11 746 907	2 577 496	2 783 291	3 731 031	4 843 964	-	25 682 688
Paiements cumulés des exercices antérieurs nets de recours	-	1 783 778	1 412 687	954 164	269 538	-	-

Source : Mission d'après données ACPR.

1.3. Les données fournies par les associations professionnelles

En ce qui concerne la décomposition de l'indemnisation poste par poste, la mission a consulté le dernier rapport conjoint FFSA-GEMA de juin 2015 « Assurance automobile : les sinistres corporels en 2013⁴ », ainsi que le rapport AGIRA (Association pour la Gestion des Informations sur le Risque en Assurance)⁵ relatif au fichier des victimes indemnisés (FVI), relatif aux dossiers réglés en 2014.

Pour mémoire, l'AGIRA regroupe la FFA et ses adhérents ainsi que le FGAO. Elle gère le FVI qui a pour objet d'informer le public des indemnités allouées aux victimes d'accidents de la circulation dans le cadre de décisions prises soit par accord transactionnel, soit par voie judiciaire⁶.

Le FVI recense à ce jour 86 749 cas de victimes indemnisées entre le 1er juillet 2013 et le 30 juin 2016, dont 85 719 cas de personnes blessées avec incapacité et 1 030 cas de personnes décédées. L'analyse statistique est détaillée pour les indemnités versées pour des préjudices de faible ou moyenne importance car le nombre de dossiers correspondant est élevé. Pour les cas graves en faible nombre - dossiers où les victimes ont un déficit fonctionnel permanent évalué à 30 points d'AIPP ou plus -, les données ne sont pas statistiquement significatives.

Proposition n° 1: développer le fichier AGIRA pour disposer de données plus significatives et idéalement exhaustives sur l'indemnisation des blessés avec AIPP supérieurs à 30 points.

Les statistiques permettent de calculer un poids de chaque poste de préjudice dans le total de l'indemnisation pour toutes les victimes, indépendamment de leur taux d'AIPP, comme l'illustre le tableau suivant.

⁴ Dossiers réglés en 2014.

⁵ L'Association pour la Gestion des Informations sur le Risque en Assurance (AGIRA) a été créée par la Fédération Française des Sociétés d'Assurances (FFSA) et le Groupement des Entreprises Mutuelles d'Assurance (GEMA), réunis depuis 2016 au sein de la Fédération Française de l'Assurance (FFA). L'AGIRA regroupe les sociétés d'assurance exerçant sur le marché français et les organisations professionnelles intervenant dans le secteur.

⁶ Il s'inscrit dans le cadre de l'article 26 de la loi du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation et qui prévoyait qu' « une publication périodique rend compte, sous le contrôle de l'autorité publique, des indemnités fixées par les jugements et transactions ».

Annexe V

Les postes de préjudice retenus sont ceux de la nomenclature dite Dintilhac (cf. Annexe 3 juridique), décrits dans l'encadré ci-dessous.

Encadré 2 : la nomenclature Dintilhac des postes de préjudice pour la victime directe

La nomenclature des postes de préjudice corporel usuellement utilisée par les juridictions judiciaires est la nomenclature dite Dintilhac (du nom du président du groupe de travail l'ayant élaborée). On distingue les préjudices de la victime directe et ceux de la victime indirecte, les préjudices patrimoniaux, susceptibles de faire l'objet de recours, et personnels (extrapatrimoniaux), qui demeurent acquis à la victime ou à ses ayants droit, et enfin les préjudices temporaires et permanents.

S'agissant de la victime directe, les postes de préjudice patrimoniaux (c'est à dire pouvant seuls en théorie faire l'objet de recours des OGGROSS) sont les suivants :

- dépenses de santé actuelles (DSA), pertes de gains professionnels actuels (PGPA), déficit fonctionnel temporaire (DFT) et frais divers (FD) pour les postes de préjudice patrimoniaux temporaires ;
- dépenses de santé futures (DSF), assistance par une tierce personne (ATP), perte de gains professionnels futurs (PGPF), incidence professionnelle (IP), frais de logement (FLA) et véhicule adaptés (FVA) et préjudice scolaire ou de formation (PSU) pour les postes de préjudice patrimoniaux permanents.

Les postes de préjudice personnels (ou extrapatrimoniaux), en principe insusceptibles de recours (à l'exception notable du déficit fonctionnel permanent) sont les suivants :

- déficit fonctionnel temporaire (DFT), souffrances endurées (SE) et préjudice esthétique temporaire (PET) pour les postes de préjudice personnels temporaires ;
- déficit fonctionnel permanent (DFP), préjudice d'agrément (PA), préjudice sexuel (PS), préjudice d'établissement (PE), préjudice esthétique permanent (PEP) et préjudice exceptionnel (PE) pour les postes de préjudice personnels permanents.

Source : Mission.

Les postes sur lesquels le RCT est possible représentent 81,3% du montant total.

Tableau 2 : Répartition de l'indemnité totale selon les différents postes de préjudice en 2013 (toutes victimes confondues)

Type de poste	Pourcentage	RCT possible ou pas
Déficit fonctionnel permanent (DFP) (uniquement si AIPP)	15,5	Oui
Dépenses de santé actuelles (DSA)	19,4	Oui
Dépenses de santé futures (DSF)	3,0	Oui
Perte de gains professionnels actuels (PGPA)	7,7	Oui
Pert de gains professionnels futurs (PGPF)	8,7	Oui
Incidence professionnelles (IP)	2,6	Oui
Préjudice scolaire et universitaire (PSU)	0,2	Non
Tierce personne (TP)	15,3	Oui

Annexe V

Type de poste	Pourcentage	RCT possible ou pas
Souffrances endurées (SE)	7,7	Non
Préjudice esthétique permanent/temporaire (PEP-T)	1,5	Non
Préjudice d'agrément (PA)	1,3	Non
Frais divers (FD)	3,4	Non
Frais de logement et véhicule adaptés (FLA, FVA)	1,1	Non
Déficit fonctionnel temporaire (DFT)	2,9	Oui
Perte de revenus des proches (PRP)	1,5	Oui
Préjudice d'affection (PA) (uniquement ayant droits de victimes décédées)	4,7	Non
Autres	3,6	Non
Total assiette RCT des OSS	81,3%	

Source : AFA

Pour les blessés sans AIPP, la répartition des différents postes de préjudice est la suivante.

**Tableau 3 : Répartition de l'indemnité totale selon les différents postes de préjudice en 2013
(blessés sans AIPP uniquement)**

Type de poste	Pourcentage	Taux de présence ⁷	Coût moyen de l'indemnité en €	RCT possible ou pas
Dépenses de santé actuelles (DSA)	24%	64%	495	Oui
Frais divers	3,5%	6%	765	Non
Perte de gains professionnels actuels (PGPA)	12,9%	17%	1 020	Oui
Déficit fonctionnel temporaire (DFT)	6,6%	34%	255	Oui
Souffrances endurées (SE)	45,7%	98%	615	Non
Préjudice esthétique permanent (PEP)	2,8%	5%	745	Non
Autres	4,4%	Nd	Nd	
Total assiette OGROSS	43,5%			

Source : AFA

⁷ Proportion de victimes ayant perçu une indemnité au titre du préjudice.

Annexe V

Pour les blessés légers sans AIPP, les postes de préjudice personnels représentent presque la moitié (48,6%) de l'indemnisation totale. Les postes DSA représente 24% de l'indemnisation et les PGPA 13%. Environ 10% des blessés légers représentent 50% de l'indemnité total des blessés légers. 57% des blessés légers reçoivent une indemnité totale ou inférieure à 750€.

**Tableau 4 : Répartition de l'indemnité totale selon les différents postes de préjudice en 2013
(blessés avec AIPP uniquement)**

Type de poste	Pourcentage	Taux de présence ⁸	Coût moyen de l'indemnité en €	RCT possible ou pas
Dépenses de santé actuelles (DSA)	20,5%		16 600	Oui
Dépenses de santé futures (DSF)	3,4%			
Frais divers	3,8%	26,4%	sous autres	Non
Perte de gains professionnels actuels (PGPA) et futurs (PGPF), Incidence professionnelle (IP) et préjudice scolaire et universitaire (PSU)	20,8%	41% PGPA 5% PGPF 6% IP 1% PSU	14 400	Oui
ATP	17,2%		12 000	
Déficit fonctionnel permanent (DFP)	17,4%		12 100	
Déficit fonctionnel temporaire (DFT)	2,8%	81,3%	sous autres	Oui
Préjudices personnels	9,1%		6 250	Non
Dont souffrances endurées (SE)	6,2%	100%		
Aménagement véhicule et logement (FVA-FLA)	1,2%	1,3%	sous autres	Non
Autres	2,8%		8 600 ⁹	
Total assiette OGROSS			70 000	

Source : AFA

Pour les blessés avec AIPP, le premier poste d'indemnisation est constitué des frais de santé actuels et futurs qui représentent près d'un quart de l'indemnisation totale, les préjudices professionnels représentent en moyenne 21% du total de l'indemnisation, le DFP 17,4% et les préjudices personnels 9%.

⁸ Proportion de victimes ayant perçu une indemnité au titre du préjudice.

⁹ Comprend tous les autres postes.

Annexe V

Tableau 5 : Répartition du poids des différents postes de préjudice en 2013 par tranche d'AIPP (blessés avec AIPP uniquement)

Type de poste	Total	1-5%	6-49%	>50%
Frais de santé	23,9%	23,2%	28,1%	19,1%
Dépenses de santé actuelles (DSA)	20,5%	23,0%	27,1%	12,2%
Dépenses de santé futures (DSF)	3,4%	0,2%	1,0%	6,9%
Préjudices professionnels	20,8%	18,9%	27,2%	13,7%
Pertes de gains professionnels actuels (PGPA)	7,9%	17,1%	11,9%	1,8%
Pertes de gains professionnels futurs (PGPF)	9,8%	0,8%	10,1%	10,8%
Incidence professionnelle (IP)	2,9%	0,8%	4,9%	1,0%
Préjudice scolaire et universitaire (PSU)	0,2%	0,2%	0,3%	0,0%
Déficit fonctionnel permanent	17,4%	24,3%	18,7%	14,3%
Assistance à tierce personne (ATP)	17,2%	0,3%	4,4%	36,1%
Préjudices personnels	9,1%	22,9%	10,9%	3,8%
Souffrances endurées (SE)	6,2%	19,8%	7,0%	2,0%
Préjudice esthétique temporaire (PET)	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%
Préjudice esthétique permanente (PEP)	1,4%	2,3%	1,9%	0,6%
Préjudice d'agrément (PA)	1,4%	0,7%	1,9%	1,1%
Autres	11,7%	10,5%	10,8%	13,0%
Dont Déficit fonctionnel temporaire (DFT)	2,8%	6,8%	3,6%	0,7%
Dont Frais divers	3,8%	1,7%	3,0%	5,3%
Dont Aménagement véhicule et logement	1,2%	0,0%	0,3%	2,5%
Dont Préjudice sexuel	0,3%	0,0%	0,2%	0,5%
Dont Autres	3,6%	1,9%	3,6%	4,1%
Total	100%	100%	100%	100%

Source : AFA

Pour les blessés avec une AIPP de moins de 6%, le DFP représente en moyenne 24,3% de l'indemnisation totale. A contrario pour les blessés les plus graves avec une AIPP supérieure à 50%, le poste prédominant est constitué de la tierce personne qui représente 36,1% de l'indemnisation totale.

Annexe V

Le coût moyen des frais de santé actuels et futurs s'établit à 16 600€ en 2013. A l'exception des blessés les plus graves (AIPP > 50%), ils sont constitués essentiellement de frais de santé actuels (99%).

Tableau 6 : Répartition de l'indemnité totale selon les différents postes de préjudice en 2013 en fonction du taux d'AIPP

Type de poste	0	1-5	6-9	10-14	15-19	20-29	30-49	50-59	60-79	>80
DSA/DSF	317	2410	12560	19990	36060	50480	98940	144400	201000	582000
Préj prof.(PGPF, IP, PSU)	173	1960	9420	18890	34960	59400	100250	124700	233900	250900
DFP	-	2520	7810	12800	21170	33890	74220	132100	205100	318900
Préj. perl. (SE, PET, PEP, PA)	640	2380	6340	8770	13030	18230	29180	38400	55900	79400
ATP	-	-	600	1000	3300	7800	33800	124000	355200	1292100
Autres	199	1090	3910	7370	11010	18890	51290	105500	183100	413200
Total	1329	10360	40640	68820	119530	188690	387680	669100	1234200	2936500

Source : AFA

2. Les difficultés liées à l'exploitation de ces données

Connaitre le poids d'un poste d'indemnisation au sein de l'indemnisation globale de la victime n'est pas suffisant : les OGROSS, s'ils sont susceptibles d'effectuer un recours sur les postes de préjudice patrimoniaux (et même personnels s'agissant du DFT), n'effectuent pas leur recours sur la totalité du poste : la part indemnisée par les OGROSS peut ainsi représenter la quasi-totalité d'un poste d'indemnisation (pour les dépenses de santé, et en particulier pour les dépenses de santé actuelles), ou être nul ou très faible (par exemple pour les frais divers ou les dépenses d'assistance à tierce personne).

Au sein de l'indemnisation globale, il convient de distinguer l'indemnisation contentieuse de celle par voie transactionnelle : en effet, l'indemnisation par voie transactionnelle est a priori moins généreuse au moins dans le domaine des accidents de la circulation qui représentent l'essentiel des montants d'indemnisation (le constat varie en effet selon les domaines cf. 1.2.).

L'objectif de la mission est le calcul d'un ratio RCT/total indemnisation. Or un des premiers constats effectués par la mission est que les OGROSS ignorent le montant des indemnités versées dans le cadre de transactions individuelles. Dans ces conditions, un ratio RCT/total indemnisations transactionnelles ne peut pas être calculé sauf à récupérer un échantillon significatif de dossiers auprès des assureurs, ce qui n'a pas été possible. La mission a donc opté pour le calcul du ratio RCT/total indemnisation à partir de dossiers contentieux disponibles contrairement aux dossiers transactionnels parce que publics¹⁰. Elle en déduira un ratio pour la partie transactionnelle.

2.1. Le cadre juridique prévoit en principe l'information des OGROSS sur toutes les transactions mais dans la pratique, il n'en est rien

L'organisme de sécurité sociale doit théoriquement être « *informé du règlement amiable intervenu entre l'assuré et le tiers responsable ou l'assureur* » (CSS, art. L. 376-4 ; CSS, art. L. 454-2). Le texte ne précise pas si cette information porte sur le principe du règlement amiable ou son contenu.

Le non-respect de cette obligation reçoit une double sanction : d'une part, l'inopposabilité de la transaction à l'organisme de sécurité sociale quant aux créances de l'organisme dans le cadre de son action subrogatoire. Au demeurant, il apparaît que « *le règlement amiable pouvant intervenir entre le tiers et l'assuré ne peut être opposé à la caisse de sécurité sociale qu'autant que celle-ci a été invitée à y participer par lettre recommandée et ne devient définitif que quinze jours après l'envoi de cette lettre* » (CSS, art. L. 376-3, et absence de dispositions équivalentes pour la branche AT/MP) ; d'autre part une pénalité forfaitaire dont le régime est identique à celui de la pénalité pour non signalement du sinistre.

La faculté de l'organisme de sécurité sociale de s'immiscer dans la transaction prévue par l'article L. 376-3 du code de la sécurité sociale a pour objectif de lui permettre de faire valoir ses droits, les modalités de calcul et de ventilation par poste du préjudice convenues par la victime et l'assureur étant susceptibles de le léser¹¹.

Encadré 3 : OGROSS bénéficiaires de la faculté de s'immiscer dans la transaction

Sont bénéficiaires des obligations prévues aux articles L. 376-1 et suivantes ainsi que L. 454-1 et suivantes du code de la sécurité sociale les organismes suivants :

- les caisses relevant du régime général de l'assurance maladie et de l'assurance vieillesse : caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), les caisses générales de sécurité sociale (CGSS), la caisse régionale d'assurance maladie Île-de-France (CRAMIF), les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT), la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) ;
- les caisses relevant du régime général de la branche AT/MP;
- les caisses de la mutualité sociale agricole (MSA) ;
- les caisses du régime social des indépendants (RSI) ;
- la caisse nationale des barreaux français (CNBF) ;
- la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL).

¹⁰ Encore que même là la mission est tributaire du contenu des bases de données relatives aux arrêts de jurisprudence (non exhaustives) et de leur accessibilité, les montants totaux d'indemnisation n'étant pas systématiquement communiqués aux OGROSS en cas de contentieux.

¹¹ Cass. Civ. 2^{ème}, 27 mars 2014, pourvoi n° 13-10059.

Annexe V

Il convient de noter que ni l'État et ses établissements publics, ni la caisse des dépôts et consignations (et donc la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales et structures affinitaires), ni les établissements publics de santé, ni les collectivités territoriales et leurs établissements, n'en bénéficient.

Source : Mission.

Dans la pratique, la mission a pu constater lors de rencontres sur le terrain tant avec les assureurs qu'avec la CNAMTS et les différentes CPAM que, dans le champ du protocole, les OGROSS n'étaient pas informés du montant total des transactions, même si ils sont bien informés de l'existence d'une transaction.

Pour le régime général, ceci se traduit par le fait que dans le logiciel GRECOT de gestion du RCT à la CNAMTS, ce champ ne peut pas faire l'objet d'une requête : il s'agit d'un champ texte de commentaires où figurent la date et la nature de la transaction ainsi que la mention de l'existence d'un partage de responsabilité. Dès lors, aucun calcul automatisé n'est possible et aucune donnée chiffrée n'est disponible.

Or, le protocole d'indemnisation entre les assureurs et les organismes sociaux (PAOS – cf. Annexe 3 Analyse juridique) interdit toute contestation contentieuse de la responsabilité et l'indemnisation des victimes.

Conséquence de l'effet relatif des conventions, la victime n'est pas liée par le PAOS et peut librement transiger avec l'assureur ou décider d'aller devant le juge. Mais, même dans ce cas, les OGROSS restent liés par le protocole, avec la conséquence peu intuitive de voir un assureur condamné par un tribunal à indemniser un OGROSS à une certaine hauteur (indemnisation de droit commun), alors que les flux monétaires échangés réellement relèvent du protocole et conduisent fréquemment à des sommes différentes (indemnisation protocolaire).

Il est remarquable que, même dans le champ hors protocole (autres sinistres que les accidents de la circulation), cette donnée n'est pas systématiquement disponible et n'est en aucun cas automatisée dans le logiciel GRECOT.

2.2. Le mode principal d'indemnisation des victimes est transactionnel, plus rapide mais d'un montant inférieur

Il existe des sources statistiques sur le taux de transaction tant pour les accidents de la circulation que pour les accidents médicaux, mais pas dans les autres domaines.

Ainsi, selon le Livre blanc sur l'indemnisation du préjudice corporel de la FFSA/GEMA, en 2006, plus de 95 % des victimes de la circulation ont été indemnisées par voie transactionnelle et 5 % par voie de contentieux judiciaire.

Selon le rapport de la FFA de juin 2015, le mode de règlement à l'amiable reste largement majoritaire en 2013 : 99,8% pour les blessés sans AIPP, 96,7% des blessés avec AIPP et 76,7% pour les personnes décédées. Concrètement le taux de transaction diminue avec la hausse du taux d'AIPP comme l'illustre le tableau suivant.

Tableau 7 : Taux de transaction en fonction du taux d'AIPP en 2013

Taux AIPP	Taux de transaction
1 à 5%	98,2%
6 à 9%	90,1%

Annexe V

Taux AIPP	Taux de transaction
10 à 14%	87,9%
15 à 19%	84,8%
20 à 29%	84,1%
30 à 49%	80,1%
50% et plus	73,4%

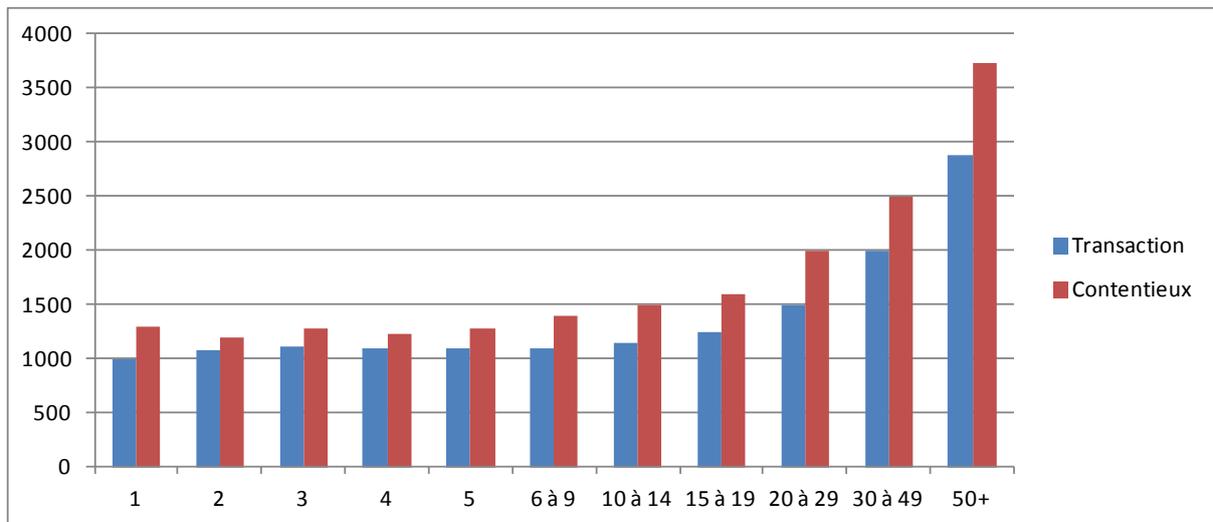
Source : FFA

Ceci se traduit par le fait que le taux d'AIPP moyen est de 3,9% pour les victimes indemnisées par voie transactionnelle, et de 10,2% pour les victimes indemnisées par voie juridictionnelle.

Selon un assureur (MACSF), le taux de contentieux judiciaire sur les dossiers de petits corporels est de 3,5 à 4% et de 30% sur les dossiers à fort enjeu (> 300 k€).

Par ailleurs, le montant de l'indemnisation varie sensiblement entre solutions contentieuses et amiables. Ainsi, s'agissant du seul poste déficit fonctionnel permanent, l'écart entre les montants servis dans les solutions contentieuses et transactionnelles est compris entre 10% (pour les taux d'AIPP faibles) et 33% (pour les taux d'AIPP élevés), comme le montre le graphique suivant :

Graphique 1 : Montant médian de l'indemnisation transactionnelle et contentieuse en fonction du taux d'AIPP



Source : Mission d'après données AGIRA 2015.

2.3. L'analyse d'un échantillon de dossiers montre que l'application du PAOS est moins favorable aux OGROSS que la voie contentieuse

La mission a demandé à la CNAMTS d'analyser un échantillon de dossiers contentieux dans le domaine des accidents automobile et de simuler avec les règles du protocole les taux de récupération des créances des OGROSS sur les mêmes dossiers (cf. Annexe 9 Analyse de la jurisprudence). Il en ressort que le pourcentage de récupération de la créance des OGROSS est de 91% sur l'échantillon en voie contentieuse (indemnisation de droit commun) et ne serait que de 67% par la stricte application des règles du protocole (indemnisation protocolaire). Ce calcul illustre le fait que l'application du protocole est moins favorable en termes de montant aux OGROSS mais ce constat doit être mis en balance avec les gains de temps substantiels et partant de trésorerie que le protocole a permis de générer.

Une des raisons expliquant cet écart est la fréquence des cas de partage de responsabilité (voir encadré *infra*).

Encadré 4 : Les partages de responsabilité et la victime conducteur

Sauf faute inexcusable et cause exclusive de l'accident, les passagers d'un véhicule sont systématiquement des victimes au regard des règles spécifiques de la loi Badinter. Ainsi, si un véhicule transportant des passagers a un accident sans qu'aucun autre véhicule ne soit impliqué, les passagers sont victimes et disposent d'un droit intégral à indemnisation de leur dommage corporel. Tel n'est pas le cas du conducteur, qui voit sa responsabilité déterminée selon d'autres critères qui peuvent conduire à retenir une responsabilité partielle (partage de responsabilité) voire totale dans son propre dommage corporel.

Les partages de responsabilité représenteraient 10% des accidents à dire d'expert (3 cas sur 58 dans l'échantillon examiné par la mission). Par ailleurs, parmi les 90% de conducteurs victimes, 50% n'ont pas commis de faute.

Par ailleurs, toujours à dire d'expert, sur 100% des conducteurs blessés, 20% se sont blessés eux-mêmes sans l'intervention d'un tiers et 80% dans le cadre d'un accident avec tiers. Au sein de ces 80%, 10% des cas sont en partage de responsabilité, il reste donc 70% de cas qui se répartissent entre 35% de cas sans faute avec 100% d'indemnisation et 35% de cas avec faute sans indemnisation intégrale.

Source : Mission.

3. La reconstitution du gisement du RCT à partir d'un échantillon de dossiers contentieux

La mission a procédé au travers d'un échantillon de dossiers à l'analyse de cas contentieux et au calcul du ratio RCT/poste de préjudice, et ce par niveau de gravité (qui peut être approché par le taux d'AIPP). Les ratios calculés ont été ensuite extrapolés aux montants d'indemnisation macroéconomiques.

3.1. Il existe différents niveaux d'indemnisation et le ratio débours OGROSS/total indemnisation varie en fonction du degré de gravité de l'accident

Le ratio RCT/total indemnisation ne varie pas forcément de façon linéaire en fonction du montant total d'indemnisation, contrairement au degré de gravité de l'accident approché par le taux d'AIPP.

Annexe V

3.1.1. Le montant total d'indemnisation croît logiquement avec le degré de gravité de l'accident...

La répartition en nombre et en montant d'indemnisation des blessés en fonction du taux d'AIPP est retracée dans le tableau suivant.

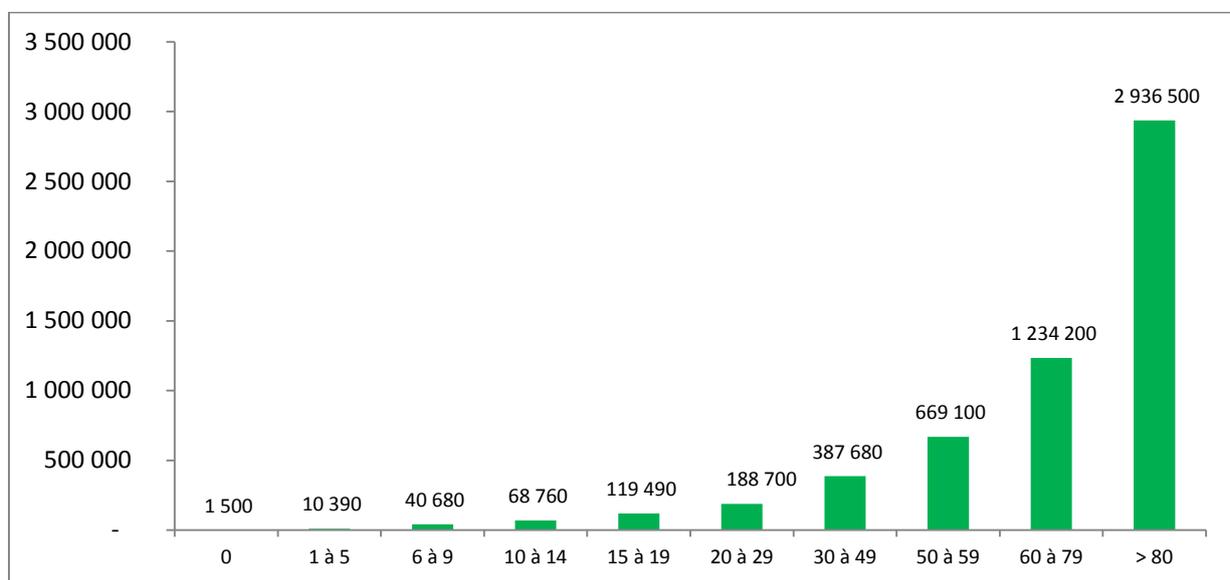
Tableau 8 : Répartition des victimes selon la gravité en matière d'accidents automobiles

Type de blessé	En nombre	En montant
Blessés légers sans AIPP	71%	5%
Blessés avec AIPP	28%	89%
1 à 5%	18%	9%
6 à 19%	8%	22%
>20%	2%	58%
Décès	1%	6%
Total	100%	100%

Source : Enquête AFA, statistiques police gendarmerie et statistiques convention IRCA

Le montant moyen d'indemnisation varie en fonction du taux d'AIPP comme l'illustre le graphique suivant.

Graphique 2 : Evolution du montant moyen d'indemnisation en fonction du taux d'AIPP pour les accidents de la circulation (données 2013)

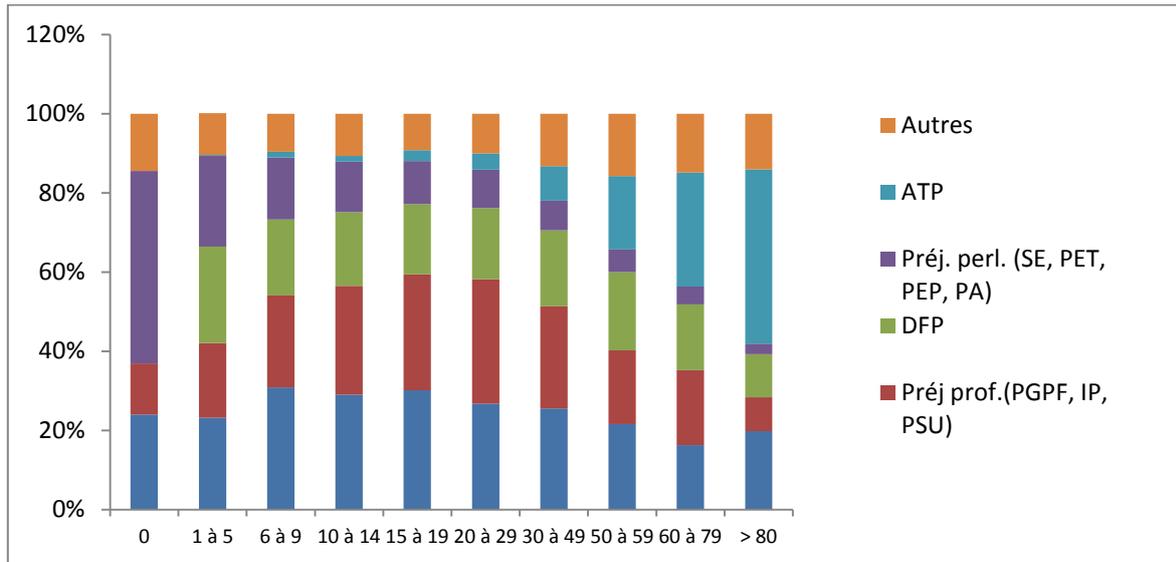


Source : FFA-Mission

Le poids des différents postes de préjudice au sein de l'indemnisation totale varie également en fonction du taux d'AIPP. Le poids des préjudices personnels décroît avec l'accroissement du taux d'AIPP, tandis que celui de l'assistance à tierce personne (ATP) croît.

Annexe V

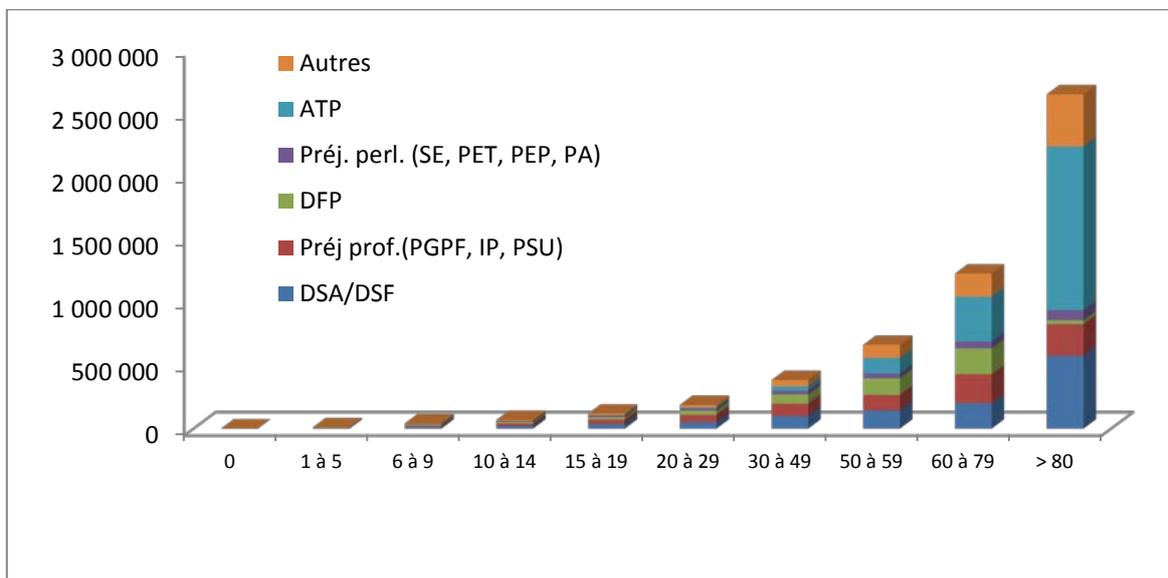
Graphique 3 : Poids des différents postes de préjudices selon la tranche d'indemnisation par taux d'AIPP



Source : FFA-Mission

Au sein de chaque tranche de taux d'AIPP, le montant moyen et la répartition des différents postes d'indemnisation est la suivante.

Graphique 4 : Evolution de la répartition des postes par tranche d'indemnisation selon le taux d'AIPP



Source : FFA-Mission

3.1.2. ...Il n'en va pas de même des poids de préjudice susceptibles de faire l'objet d'un RCT dans le total de l'indemnisation.

Le poids des postes de préjudice (voir *supra* l'encadré sur la nomenclature Dintilhac) susceptibles de faire l'objet d'un RCT dans l'ensemble des postes d'indemnisation ne varie pas de façon linéaire avec le niveau de gravité de l'accident et donc le montant global d'indemnisation.

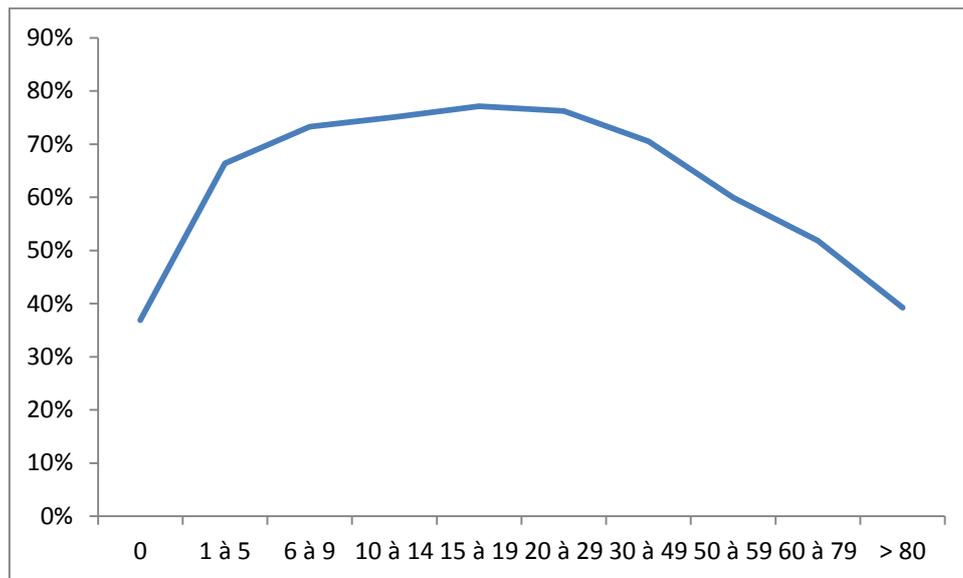
Annexe V

En effet, pour les petits accidents sans gravité impliquant seulement un passage aux urgences ou une consultation médicale sans hospitalisation, intuitivement le ratio du RCT sur le total de l'indemnisation n'est pas très élevé : l'accident implique une consultation médicale ou hospitalière avec un simple passage aux urgences sans séjour hospitalier, les dépenses de santé sont limitées, il y a peu de perte de gains professionnels actuels, aucune perte de gains futurs, il n'y a ni rente d'accident du travail ni pension d'invalidité et au final l'essentiel de l'indemnisation porte sur les préjudices personnels.

Il en va de même pour les accidents les plus graves impliquant par exemple une para- ou une tétraplégie : en effet, dans ces cas-là, même si les dépenses de santé sont très élevées, pouvant aller jusqu'à plusieurs centaines de milliers d'euros, l'importance du poste assistance de la tierce personne, parfois de l'ordre de plusieurs millions d'euros sur la durée de la vie de la personne accidentée tire ce ratio vers le bas¹².

Entre ces deux extrêmes, le ratio est le plus élevé pour les accidents avec hospitalisations et ceux générant une rente AT ou une pension invalidité pour lesquels les dépenses des OGROSS pèsent plus lourdement dans l'ensemble des postes de préjudice. Le graphique suivant illustre la variation en fonction du taux d'AIPP du poids des différents postes de préjudice susceptibles de faire l'objet d'un RCT des OGROSS (soit DSA, DSF, préjudices professionnels et dans certains cas, DFP¹³) par rapport au total des postes d'indemnisation.

Graphique 5 : Somme du poids des préjudices susceptibles de faire l'objet d'un RCT en accidents de la circulation



Source : Mission

¹² Il en va différemment en principe dans le cas d'un enfant sévèrement handicapé et placé en IME puisque dans ce cas, c'est l'OGROSS qui paie la facture de l'IME.

¹³ Une toute partie de l'ATP peut également être récupérée (majoration pour tierce personne), mais l'essentiel de l'indemnité ne l'est pas.

3.2. Les travaux sur échantillon confirment cette intuition

La mission a procédé à l'analyse de plusieurs échantillons : d'une part des échantillons de dossiers au sein des CPAM, d'autre part des échantillons de dossiers issus de requêtes de la base JURICA suite à une convention passée avec le service de documentation et de recherche de la Cour de cassation (cf. Annexe 9 Analyse de la jurisprudence).

3.2.1. L'analyse d'un échantillon de dossiers automobile d'un OGROSS non partie au protocole et d'arrêts de cours d'appel et de TGI

Comme indiqué *supra*, l'indemnité de droit commun versée à la victime et à ses ayants-droits se compose de plusieurs chefs de préjudice, dont certains sont économiques (préjudice patrimonial) et d'autres personnels (préjudice extrapatrimonial). L'assiette du recours des OGROSS, c'est-à-dire les sommes sur lesquelles celui-ci peut s'exercer, ne comprend que les préjudices économiques, les indemnités réparant le préjudice à caractère personnel (souffrances physiques ou morales endurées, préjudice esthétique et d'agrément et, en cas de décès de la victime, préjudice moral des ayants droit) étant exclues de l'assiette du recours ¹⁴.

En matière d'accidents automobile, dans la mesure où les principales caisses parties prenantes au protocole, soit la CNAMTS, le RSI et la MSA, sont tenues, même en cas de contentieux, par les règles du protocole, il convient de choisir un échantillon d'arrêts concernant une caisse significative non signataire du protocole, soit un des gros régimes spéciaux comme la Caisse Nationale Militaire de la Sécurité Sociale (CNMSS) ou la Caisse de Prévoyance et de Retraite de la SNCF (CPRSNCF). En outre, il existe également des contentieux automobile dans le régime général. Ces derniers ont été illustrés par un échantillon d'arrêts du TGI de Paris ainsi que des arrêts de Cours d'appel.

À partir de requêtes de la base de données JURICA, la mission a analysé 90 arrêts consécutifs à des accidents automobiles concernant ces deux caisses, ainsi qu'à la CNRACL et au régime général. Le ratio RCT/poste d'indemnisation par poste d'indemnisation susceptible de recours par l'OGROSS est retracé dans le tableau suivant.

Tableau 9 : Taux de RCT par poste de préjudice dans l'échantillon

Poste	Taux de RCT (CNMSS)			
	CNMSS	CPRSNCF	CNRACL	Régime général
DSA	99,6%	94,1%	91,8%	97,4%
FD	0%	0%	0%	1,1%
PGPA	52,3%	80,1%	72,8%	56,8%
DSF	92,2%	0%	80,0%	57,9%
ATP	0%	0%	0%	0%
PGPF	0%	100%	52,3%	36,9%
IP	0%	0%	0%	19,5%
DFP	0%	0%	0%	9,1%

Source : Mission sur la base de 9 sinistres automobiles pour la CNMSS, 8 pour la CPRSNCF, 15 pour la CNRACL et 58 pour le régime général.

Le taux moyen de RCT sur l'ensemble des postes est de 36% pour l'échantillon des 90 arrêts. Dans la pratique, il est possible de le décomposer par tranche d'indemnisation pour lesquels la répartition des montants macroéconomiques est connue (cf. point 3.1.1.).

¹⁴ Le déficit fonctionnel permanent, poste de préjudice personnel, peut faire sous conditions d'un recours de la part des OGROSS. Ce recours est admis par les juridictions de l'ordre judiciaire mais pas celles de l'ordre administratif.

3.2.2. Le taux de RCT communiqué par la MACSF dans le domaine des accidents automobile

À la demande de la mission, un assureur (MACSF) a chiffré le taux de RCT sur l'ensemble de l'indemnisation dans le domaine des accidents de la circulation. Ce taux a été estimé à 15% et constitue un minimum. En effet, ce taux inclut uniquement les règlements directs aux caisses d'assurance maladie sachant qu'un certain montant de règlement passe par la CARPA d'où le caractère minorant du taux de 15%. L'assureur a précisé qu'il n'était pas possible de calculer de façon automatisée le taux de règlements passant par les CARPA. Il faut donc recourir à une analyse dossier par dossier.

Sur un échantillon de 4 dossiers analysés par l'assureur, les taux suivants de RCT à la CARPA ont été constatés : 9%, 57%, 80% et 76%.

En résumé selon cet acteur, **le ratio est au minimum de 15%** (règlements directs aux OGROSS) mais au maximum de $11,86 \cdot 28,7 = 41\%$ (règlements directs aux OGROSS plus règlements CARPA tous postes confondus). Le chiffre de 15% est sous-estimé et celui de 41 % est par définition surestimé ; selon cet acteur, le ratio peut raisonnablement être estimé à une fourchette **25-30%**.

3.2.3. Le gisement dans le domaine des accidents de la circulation

La mission a calculé le gisement par plusieurs méthodes.

Annexe V

3.2.3.1. Le calcul effectué par la FFA

Encadré 5 : L'estimation de la part des OGROSS par la FFA

Selon les états comptables C11, 3,264 M€ ont été payés par les sociétés d'assurance au titre de l'indemnisation des sinistres RC corporels ou mixtes.

Cette catégorie comptabilise les indemnisations des accidents corporels purs et des mixtes, soit les accidents matériels et corporels. Ainsi pour soustraire la part de l'indemnisation liée à la réparation matérielle du véhicule, on diminue le montant des paiements de 10 %.

M€	Taux soustrait :	Paiements des sinistres
Etats C11	'///	3 264
Sans l'indemnisation des dommages matériels	10%	2 937
Sans l'indemnisation des victimes étrangères	2,5%	2 864

Par le fichier AGIRA et les fichiers des conventions IRCA, on estime le poids des recours des organismes sociaux dans l'indemnisation globale.

Cette information n'est pas systématiquement fournie dans chaque dossier, ainsi pour estimer le poids des recours, nous ne comptabilisons que les dossiers ayant un montant de recours non nul. Pour déterminer le poids des recours OS, nous avons retenu le poids observé sur les dossiers réglés en 2015, cependant afin de vérifier que ces taux sont fiables (en termes de représentativité), nous avons également calculé le poids des recours OS sur trois ans de règlement (2014 à 2016) afin de vérifier que la volatilité n'est pas trop importante.

	Répartition de la charge des sinistres selon la gravité		Poids des recours OS/ indemnisation corporels		Montant des recours OS	
	En %	En M€	Dossiers réglés en 2015	Dossiers réglés de 2014 à 2016	Dossiers réglés en 2015	Dossiers réglés de 2014 à 2016
Légers	4%	112	45,4%	47,0%	51	52
1 à 5 %	8%	235	37,9%	38,1%	89	89
6 à 49 %	44%	1 254	35,4%	34,3%	444	430
50 % et +	40%	1 133	24,0%	18,1%	272	205

Annexe V

Décès	5%	130	11,8%	13,8%	15	18
TOTAL	100%	864	30%	28%	871	795

Ainsi, on peut en déduire que le montant des recours des organismes sociaux, en 2015, sont inclus dans une fourchette de 800 à 900 M€.

Source : FFA.

Selon la FFA, le montant des recours des OGROSS en 2015 varie dans une fourchette de 800 à 900 M€.

3.2.3.2. Appliquer le taux moyen de RCT constaté sur l'échantillon par tranche d'AIPP au total des paiements 2015

La mission a calculé le taux moyen de RCT constaté sur l'échantillon par tranche d'AIPP. Comme le taux d'AIPP ne figurait pas toujours dans l'arrêt, elle a déduit ce taux du montant moyen d'indemnisation via la table de correspondance figurant supra.

L'échantillon ne comportant pas d'indemnisation faible (le montant minimal était supérieur à 5000€), la mission a considéré qu'il ne comportait aucun cas avec une AIPP nulle. Idem en matière de décès. Pour ces deux extrêmes de la fourchette, la mission a retenu les hypothèses suivantes :

- ◆ AIPP nulle : le RCT ne peut porter que sur les dépenses de santé, qui représentent 25% du total de l'indemnisation et marginalement sur les PGPA (13% du total), soit au total sur 38% au maximum de l'indemnisation totale (majorant);
- ◆ Décédés : en moyenne, les frais d'indemnisation de 103 100€ en 2013 se décomposent comme suit : préjudice moral 71% (préjudice d'affection), frais obsèques 6% et préjudices économiques 23%. Sur ce total, seuls les préjudices économiques peuvent faire l'objet d'un RCT qui est donc au maximum de 23% (majorant).

Tableau 10 : Calcul du gisement par tranche d'AIPP

	0	1 à 5%	6 à 19%	>20%	Décédés	Total
Poids en % du montant total d'indemnisation	5%	9%	22%	58%	6%	100%
Soit par application au montant total des paiements 2015 (2 936 M€)	146,8 M	264,3 M	646 M	1703,1M	176,2M	2 936 M
Ratio créance OGROSS/indemnisation totale constaté sur échantillon	38% MAX	20%	37%	36%	23% MAX	nd
Gisement reconstitué	55,7	52,9	239	613,1	40,5	1 001,2

Annexe V

Source : Mission

Cette première méthode donne un gisement de près de 1 000 M€.

3.2.3.3. Appliquer le taux moyen de RCT constaté sur l'échantillon au total des paiements 2015

En appliquant le taux de 36% au total des paiements de 2015 soit 2 936 M€, en retirant les blessés sans AIPP (ne figurant pas dans l'échantillon, et représentent 5% des montants macroéconomiques) et les décédés (ne figurent pas dans l'échantillon et représentent 6% des montants macroéconomiques), soit au total 11% des montants, il ressort un gisement de 940,7 M€ (36% x 2 936 M€ x 0,89%).

A cela il faut ajouter le montant du gisement RCT pour les AIPP nulles, estimé au maximum à 55,7 M€ et pour les décédés estimé à 40,5 M€, soit un gisement total de 1 037 M€.

Cette deuxième méthode donne un gisement de près de 1 037 M€.

3.2.3.4. Appliquer le taux de RCT constaté sur chaque poste de préjudice au poids de chaque poste à l'échelle macroéconomique et le rapporté au total des paiements 2015

Pour calculer le montant du gisement du RCT, à partir du poids des divers postes de préjudice, tels qu'ils ressortent du tableau suivant portant sur les blessés avec AIPP, et convertis en euros sur la base des paiements 2015 limités aux blessés avec AIPP, soit 2 613 M€ (2 936 M€ x 89%) la mission a appliqué le taux de RCT constaté sur échantillon. Il en ressort le montant global de 858 M€. En ajoutant le gisement des blessés sans AIPP calculé supra (55,7 M€) et des décédés (40,5 M€), il ressort un total de 954 M€.

Cette troisième méthode donne un montant de gisement de 954 M€.

Tableau 11 : Répartition de l'indemnité totale selon les différents postes de préjudice en 2013 (blessés avec AIPP uniquement)

Type de poste	Pourcentage	RCT possible ou pas	Taux de RCT sur échantillon (%)	Poids des OGROSS (%)	Mt du gisement du RCT (M€)
Déficit fonctionnel permanent (DFP)	17,4	Oui	6,1	1,06	27,7
Dépenses de santé actuelles (DSA)	20,5	Oui	97,0	20	522,6
Dépenses de santé futures (DSF)	3,4	oui	71,8	2,4	63,8
Perte de gains professionnels actuels (PGPA)	7,9	Oui	63,9	5	131,9
Perte de gains professionnels futurs (PGPF)	9,8	Oui	40,5	3,9	103,7
Incidence professionnelles (IP)	2,9	Oui	9,7	0,3	7,3
Préjudice scolaire et universitaire (PSU)	0,2	Non	-	-	-
Tierce personne (TP)	17,2	Oui	-	-	-

Annexe V

Type de poste	Pourcentage	RCT possible ou pas	Taux de RCT sur échantillon (%)	Poids des OGROSS (%)	Mt du gisement du RCT (M€)
Souffrances endurées (SE)	6,2	Non	-	-	-
Préjudice esthétique permanent/temporaire (PEP-T)	1,4	Non	-	-	-
Préjudice d'agrément (PA)	1,4	Non	-	-	-
Frais divers (FD)	3,8	Oui	0,9	0,03	0,9
Frais de logement et véhicule adaptés (FLA, FVA)	1,2	Non	-	-	-
Déficit fonctionnel temporaire (DFT)	2,8	Non	-	-	-
Perte de revenus des proches (PRP)	1,5	Oui	-	-	-
Préjudice d'affection (PA)	4,7	Non	-	-	-
Autres	3,6	Non	-	-	-
Total assiette théorique du RCT des OGROSS	81,3%	-		32,7%	857,9

Source : Mission sur la base de ses estimations (taux de recours des OGROSS) et taux AFA sur l'assiette des C11 (ACPR).

3.2.3.5. L'abattement à effectuer pour prendre en compte le fait que les indemnités transactionnelles sont moins élevées que les indemnités contentieuses

Au total, les trois méthodes conduisent à une estimation d'un potentiel contentieux dans une fourchette [954 - 1037] M€. Ce potentiel doit faire l'objet d'un abattement dans la mesure où les ratios retenus s'appliquent à des cas contentieux alors que l'application des règles protocolaires entraîne un moindre remboursement de la créance produite par les OGROSS. En effet, la simulation effectuée par la CNAM de l'application de règles protocolaires à partir d'un échantillon de dossiers contentieux automobiles montre un abattement de l'ordre de 26% (91% de la créance était récupérée devant le juge contre 67% si on avait appliqué les règles protocolaires). La mission considère que ce chiffre doit être expertisé plus avant.

Dans l'attente d'une analyse plus approfondie, la mission a pris en compte un abattement variant entre 10 et 26%, ce qui conduit à un gisement compris selon les 3 méthodes entre une fourchette haute [858 - 933] et une fourchette basse [706 - 767] M€.

Ces résultats sont cohérents avec la fourchette donnée par un expert (taux de RCT de l'ordre de 25 à 30% des indemnités servies par les assureurs le sont à destination des organismes sociaux). Ils sont également cohérents avec les chiffres communiqués par la FFA qui estime, de son côté, que les montants versés chaque année par les assureurs aux organismes sociaux se situaient dans une fourchette comprise entre 795 et 871 M€.

3.2.4. Les estimations sont cohérentes avec l'exploitation des données GRECOT de la CNAMTS

La CNAMTS a fourni à la mission une extraction de sa base de données GRECOT. La mission a extrait d'une part le nombre de dossiers ouverts en 2015, et d'autre part les montants recouvrés par le protocole PAOS en 2015, indépendamment de l'année de survenance. Les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Branche dont relève le dossier	Nombre de dossiers ouverts en 2015	Montant recouvrés en 2015, toutes années de survenance (M€)
Maladie	179 731	528,0
AT/MP	65 959	229,4
Total	245 690	757,4

Source : Données CNAMTS exploitées par la mission. Année 2015.

Ces données doivent être redressées, toutes les victimes ne relevant pas du régime général : celui-ci représente 86,4% des sommes recouvrées¹⁵, et, en faisant l'hypothèse d'une équirépartition des sommes en fonction des régimes, autant en termes de victimes. Cela signifie qu'en maladie, le nombre de signalements automobiles devrait être de l'ordre de 208 000, et les montants recouvrés en 2015 à 611,8 M€. On notera que le redressement ne peut être effectué pour les accidents hors service, pour lesquels les employeurs publics maintiennent la rémunération (les frais de soins étant pris en charge par le régime général), car ils sont le plus souvent inconnus des employeurs publics et donc non récupérés¹⁶.

Le redressement est plus complexe pour la branche AT/MP : dans ce cas, les fonctionnaires sont pris en charge par leur employeur et pas par le régime général (via les sections locales mutualistes) comme dans le cas de la branche maladie. Il convient alors d'effectuer deux redressements :

- ◆ pour les fonctionnaires, on rapporte leur nombre (5,558 millions de fonctionnaires en 2016, toutes fonctions publiques confondues¹⁷) à celui des salariés couverts par la branche AT/MP (18,4 millions de salariés¹⁸), soit 20 000 signalements et 69,3 M€ à réintégrer ;
- ◆ pour les autres régimes, on redresse avec la même méthodologie que pour la branche maladie : le régime général effectuant 91,4% des recours¹⁹, il convient d'ajouter 21,6 M€ de recouvrement et 6 200 signalements.

Au total, on obtient 92 000 signalements et 320 M€ à recouvrer pour le risque AT/MP, ce qui revient, après redressements, à un nombre total de signalements pour 2015 de l'ordre de 300 000 et des montants à recouvrer de l'ordre de 932 M€ en assurance automobile.

Ce nombre est à rapprocher des 400 000 sinistres figurant dans les totalisations C11 (voir *supra*) pour l'exercice 2015. Cet écart peut s'expliquer par plusieurs facteurs :

- ◆ le mode de comptabilisation des assureurs, qui les conduit à ouvrir un sinistre (avec attribution d'un numéro de sinistre) même si son instruction conduit à le clôturer sans indemnisation (par exemple, en assurance médicale, ce taux de clôture approche les 50%) ;
- ◆ les doubles comptes (voir *supra*) dans le cas des collisions entre plusieurs véhicules, chaque assureur pouvant ouvrir un dossier pour une même victime ;

¹⁵ Source : PLFSS 2017, PQE maladie, indicateur 5-3.

¹⁶ Pour un contre-exemple, voir CA Colmar, 2^{ème} chambre civile, section A, 19 février 2015, n° RG 13/02794.

¹⁷ Ministère de la fonction publique, Faits et chiffres, Fonction publique, chiffres-clés 2016.

¹⁸ Direction de la sécurité sociale, Les chiffres clés de la sécurité sociale 2015, édition 2016.

¹⁹ Source : PLFSS 2017, PQE AT-MP, indicateur 3-3.

Annexe V

- ♦ une sous-déclaration résiduelle des assureurs, motivant des pénalités pour les assureurs. À titre d'exemple, la CPAM du Rhône a notifié 5 dossiers de pénalité en 2014, 20 en 2015 et 104 sur des dossiers de 2016. Tous ces dossiers ne correspondent toutefois pas à une absence de signalement mais fréquemment à un retard.

S'agissant des montants, ils apparaissent plus importants que ceux versés par les organismes assureurs, estimés par la mission à environ 800 M€. Cela fait apparaître un reste à recouvrer de l'ordre de 100 à 130 M€. Plus de la moitié de ce reste à recouvrer pourrait venir des régimes de fonctionnaires (près de 70 M€ dans l'estimation de la mission). En effet, il ressort des rencontres de terrain de la mission que le RCT est un sujet assez largement orphelin, entre autre pour des raisons budgétaires. D'autre part, à dire d'expert, les sommes recouvrées dans le cadre des prestations de RCT seraient de l'ordre de 5 M€ par an, loin des 70 M€ attendus si les institutions publiques avaient une performance équivalente en matière de RCT à celles du régime général.

ANNEXE VI

Les accidents scolaires

SOMMAIRE

1. LE CADRE JURIDIQUE DE LA RESPONSABILITÉ CIVILE EN CAS D'ACCIDENTS SCOLAIRES	1
1.1. La substitution de la responsabilité de l'État à celle des enseignants en cas de faute de surveillance de ces derniers pour les dommages subis ou causés par les élèves (article L. 911-4 du code de l'éducation).....	1
1.2. La responsabilité des parents pour les dommages causés par leurs enfants (art. 1384 du code civil) et responsabilité des enfants de leurs propres fautes (art. 1382 du code civil)	2
1.3. La juxtaposition du régime de responsabilité de l'État prévu à l'article L. 911-4 du code de l'éducation et du régime de responsabilité des parents.....	3
1.3.1. <i>La responsabilité de l'administration pour défaut d'organisation du service public</i>	3
1.4. La responsabilité des collectivités locales	4
1.5. Le cas particulier des stages obligatoires : application du droit des accidents du travail.....	4
1.6. Le cadre juridique de souscription des assurances	4
1.6.1. <i>Par les parents d'élèves</i>	4
1.6.2. <i>Par les établissements</i>	5
2. LA QUESTION DE LA TRANSMISSION DES INFORMATIONS RELATIVES AUX ACCIDENTS SCOLAIRES DU MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE À L'ASSURANCE MALADIE	6
2.1. La transmission aux OGRROSS n'est pas prévue.....	6
2.1.1. <i>Le signalement et la déclaration des accidents scolaires</i>	6
2.1.2. <i>La transmission des déclarations d'accidents scolaires aux tiers et aux familles</i>	7
2.2. Les divergences de points de vue entre le ministère de la santé et le ministère de l'éducation nationale	8
2.2.1. <i>La position du ministère de la santé</i>	8
2.2.2. <i>La position du ministère de l'éducation nationale</i>	8
2.2.3. <i>L'analyse juridique de la MJCE</i>	9
2.2.4. <i>Les suites</i>	10
3. LA BASE DE DONNÉES DE L'ONS ET L'ENQUÊTE DE 1989-92 DANS LES ÉCOLES MATERNELLES ET ÉLÉMENTAIRES DE LA VILLE DE PARIS	11
3.1. Le cadre juridique de la base de données	11
3.2. Le contenu de la base de données BaObAc.....	12
3.2.1. <i>Une base de données non exhaustive et évolutive dans le temps</i>	12
3.2.2. <i>Les champs d'information figurant dans la base de données</i>	13
3.3. Les données chiffrées de BaObAc.....	16
3.3.1. <i>Les accidents non mortels</i>	16
3.3.2. <i>Les accidents mortels</i>	18

4. LES DONNÉES DE LA MAE	19
5. LES DONNÉES ISSUES DES ÉTUDES D'ORGANISMES EXTÉRIEURS À L'ÉDUCATION NATIONALE.....	21
5.1. L'enquête de l'INVS relative aux accidents chez les élèves de 3 ^{ème} selon l'enquête en milieu scolaire 2003-2004	21
5.1.1. <i>Méthodologie</i>	21
5.1.2. <i>Résultats</i>	22
5.2. Les accidents de la vie courante chez les enfants scolarisés en CM2 en 2004-2005.....	26
5.2.1. <i>Méthodologie</i>	27
5.2.2. <i>Les résultats</i>	28
5.2.3. <i>Taux d'incidence trimestriels des accidentés</i>	30
5.3. Les accidents scolaires dans les établissements d'enseignement général : incidence, causes, conséquences	32
6. LES CALCULS DE LA MISSION	32
6.1. L'estimation d'un nombre d'accidents ayant entraîné une hospitalisation.....	32
6.2. Le nombre d'accidents provoqués par des tiers	34
6.2.1. <i>Le nombre d'accidents</i>	34
6.2.2. <i>Le nombre d'accidents provoqués par des tiers</i>	34
6.3. L'estimation du coût des accidents.....	35
6.3.1. <i>La requête ATIH et ses résultats</i>	35
6.3.2. <i>Le type de lésions</i>	37
6.4. Le chiffrage du gisement	38
7. LES PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION ET LES RECOMMANDATIONS	39
7.1. La nécessité de prendre en compte les réticences du corps enseignant à la fourniture de statistiques	39
7.1.1. <i>La base élèves contrainte par ses origines controversées</i>	39
7.1.2. <i>Les traitements de données opérées localement dans les écoles</i>	40
7.2. La nécessité de prendre en compte le contexte d'allègement des charges administratives des directeurs d'établissements scolaires.....	40
7.2.1. <i>Les décharges d'enseignement des directeurs d'école</i>	41
7.2.2. <i>L'allègement des charges administratives</i>	43
7.3. La recommandation	47

1. Le cadre juridique de la responsabilité civile en cas d'accidents scolaires

Les accidents scolaires sont les accidents survenus durant le temps scolaire correspondant à l'emploi du temps des élèves mais aussi pendant les activités éducatives organisées en dépassement du temps scolaires, en accord avec l'autorité hiérarchique, qu'elles aient lieu dans ou à l'extérieur de l'école.

- ◆ Dans les écoles maternelles, les accidents ont le plus souvent lieu au cours de la récréation (chute de toboggan, blessures suite à un jeu de ballon, doigts coincés dans le portail, etc.). Dans les établissements secondaires, les accidents concernent essentiellement l'éducation physique et sportive).

Il existe différents régimes de responsabilité¹ susceptibles d'être mis en œuvre en cas de dommage subi ou causé par un élève :

- la substitution de la responsabilité de l'État à celle des enseignants en cas de faute de surveillance de ces derniers pour les dommages subis ou causés par les élèves ; en effet, tout accident survenu à un élève confié à un membre de l'enseignement public et se trouvant sous la responsabilité de ce dernier est **susceptible d'engager la responsabilité de l'Etat** ;
- la responsabilité des parents pour les dommages causés par leurs enfants (art. 1384 du code civil) et responsabilité des enfants de leurs propres fautes (art. 1382 du code civil) ;
- le cas particulier des accidents du travail ;
- et enfin le cas de la responsabilité de l'administration pour défaut d'organisation du service public.

1.1. La substitution de la responsabilité de l'État à celle des enseignants en cas de faute de surveillance de ces derniers pour les dommages subis ou causés par les élèves (article L. 911-4 du code de l'éducation)

Il s'agit d'un cas de responsabilité du fait d'autrui pour faute fondée sur l'article 1384 al. 6 et 8 du Code civil. Les conditions d'engagement de la responsabilité sont : la faute de l'élève, le lien de causalité, le préjudice causé et le fait que l'enfant était sous la surveillance de l'instituteur ou du professeur.

Le tiers responsable est l'instituteur/professeur auquel se substitue l'Etat. Les causes exonératoires de la responsabilité sont : lors de la réalisation de la faute, l'élève n'était pas sous la surveillance de l'instituteur/professeur, la cause étrangère, le fait d'un tiers et la faute de la victime. Dans la pratique il s'agit d'une faute, imprudence ou négligence de l'enseignant en charge de la surveillance des élèves au moment des faits. Il faut toujours un lien entre la faute et le dommage (cf. article L 911-4 infra).

La particularité de cette responsabilité réside dans la substitution de la responsabilité de l'Etat à celle des membres de l'enseignement public, qui résulte de la loi du 20 juillet 1899. Cette loi confère une véritable immunité à « l'instituteur » dans ses rapports avec la victime. Elle s'applique à tout membre de l'enseignement public, ou privé sous contrat avec l'Etat. Les contentieux sont de la compétence de l'ordre judiciaire.

¹ Note DAJ A1 n° 2016-065 du 3 mars 2016.

Annexe VI

A cet égard, l'article L. 911-4 du code de l'éducation dispose que :

« Dans tous les cas où la responsabilité des membres de l'enseignement public se trouve engagée à la suite ou à l'occasion d'un fait dommageable commis soit par les élèves ou les étudiants qui leur sont confiés à raison de leurs fonctions, soit au détriment de ces élèves ou de ces étudiants dans les mêmes conditions, la responsabilité de l'État est substituée à celle desdits membres de l'enseignement **qui ne peuvent jamais être mis en cause devant les tribunaux civils par la victime ou ses représentants.**

Il en est ainsi toutes les fois que, pendant la scolarité ou en dehors de la scolarité, dans un but d'enseignement ou d'éducation physique non interdit par les règlements, les élèves et les étudiants confiés ainsi aux membres de l'enseignement public se trouvent sous la surveillance de ces derniers.

L'action récursoire peut être exercée par l'Etat soit contre le membre de l'enseignement public, soit contre les tiers conformément au droit commun.

Dans l'action principale, les membres de l'enseignement public contre lesquels l'Etat pourrait éventuellement exercer l'action récursoire, ne peuvent être entendus comme témoins.

L'action en responsabilité exercée par la victime, ses parents ou ses ayant droit, intentée contre l'Etat, ainsi responsable du dommage, est portée devant le tribunal judiciaire du lieu où le dommage a été causé et dirigée contre le représentant de l'Etat dans le département.

La prescription en ce qui concerne la réparation des dommages prévus par le présent article est acquise par trois années à partir du jour où le fait dommageable a été commis ».

A noter que l'Etat peut se retourner contre l'enseignant fautif² en cas de faute particulièrement grave afin d'obtenir le remboursement des sommes versées.

Il ressort de la jurisprudence que la surveillance des élèves est bien organisée lorsque des effectifs suffisants chargés de l'encadrement sont prévus. Le jeune âge des enfants, leur capacité de discernement et leur comportement sont pris en compte. Le caractère plus ou moins dangereux de l'activité exercée est pris en compte.

Ces dispositifs, qui impliquent la substitution de l'État à ses agents, s'appliquent aux activités se déroulant pendant le temps scolaire, tant à l'intérieur des établissements que pendant les sorties scolaires ou les voyages scolaires lorsqu'ils sont organisés et encadrés par des membres de l'enseignement public.

Dès lors qu'elles sont encadrées par les membres de l'équipe éducative, les visites d'information en milieu professionnel, prévues notamment par l'article D. 332-14 du code de l'éducation, pendant lesquelles les élèves n'ont pas l'autorisation d'accéder aux outils de production, constituent également des sorties scolaires auxquelles s'applique le même régime de responsabilité.

Dans tous ces cas, c'est l'Etat qui doit rembourser à l'OGROSS les sommes qu'il a versées au titre de l'accident. Mais ces cas ne sont apparemment pas très nombreux.

1.2. La responsabilité des parents pour les dommages causés par leurs enfants (art. 1384 du code civil) et responsabilité des enfants de leurs propres fautes (art. 1382 du code civil)

Le quatrième alinéa de l'article 1384 du code civil prévoit que : « Le père et la mère, en tant qu'ils exercent l'autorité parentale, sont solidairement responsables du dommage causé par leurs enfants mineurs habitant avec eux. »

² La responsabilité pénale de l'enseignant peut être également engagée pour des cas ou des fautes d'une gravité exceptionnelle.

Annexe VI

Il s'agit d'un cas de responsabilité du fait d'autrui pour faute, des parents du fait de leur enfant mineur, fondée sur l'article 1384 al 4 et 7 du code civil. La responsabilité est de plein droit et engagée suite à un fait dommageable de l'enfant. Père et mère sont responsables solidairement.

Les causes exonératoires sont l'absence de cohabitation, le fait que les parents n'ont pas pu empêcher la réalisation du fait dommageable, la faute de la victime ou une cause étrangère.

La mise en œuvre de ce régime de responsabilité ne suppose que la preuve d'un simple fait causal du mineur (cf. Cass. Ass. plén., 13 déc. 2002, n° 01-14.007 et n° 00- 13.787, au Bulletin) et non d'un acte illicite de ce dernier.

La condamnation des père et mère sur le fondement de ces dispositions du code civil ne fait pas obstacle à la condamnation personnelle du mineur en cas de faute sur le fondement de l'article 1382 du code civil (Cass. 2e civ., 11 septembre 2014, n° 13-16.897, au Bulletin).

Il convient à cet égard de relever que les dispositions contenues dans les actuels articles 1382 et 1384 du code civil sont reprises par les futurs articles 1240 et 1242 du code civil à partir du 1er octobre 2016, par l'effet des articles 2 et 9 de l'ordonnance n° 2016-131 du 10 février 2016 portant réforme du droit des contrats, du régime général et de la preuve des obligations.

En l'absence de négligence ou de faute de l'enseignant, les dommages corporels causés par exemple par un autre élève sont pris en charge dans le cadre de l'assurance scolaire de responsabilité civile de l'élève responsable du dommage avec un remboursement par l'assureur aux OGROSS de leurs débours dès lors que l'accident a été déclaré à la caisse.

1.3. La juxtaposition du régime de responsabilité de l'État prévu à l'article L. 911-4 du code de l'éducation et du régime de responsabilité des parents

À l'occasion d'un dommage causé par un enfant mineur, le régime de responsabilité de l'État prévu et organisé par l'article L. 911-4 du code de l'éducation et celui des parents peuvent se juxtaposer.

En effet, la mise en cause de l'État sur le fondement de l'article L. 911-4 du code de l'éducation n'exclut pas celle des parents sur le fondement du quatrième alinéa de l'article 1384 du code civil (cf. Cass. 2e civ., 16 mai 1988, n° 87-12.209).

La présence d'un élève dans un établissement scolaire, même en régime d'internat, ne supprime pas la cohabitation de l'enfant avec ses parents (cf. Cass. 2e civ., 29 mars 2001, n° 98-20.721, au Bulletin).

1.3.1. La responsabilité de l'administration pour défaut d'organisation du service public

L'administration peut également voir sa responsabilité engagée devant le juge administratif pour un dommage subi par un élève pour une faute dans l'organisation du service public (cf. C.E., 3 novembre 1978, Caisse primaire d'assurance maladie de Béziers – Saint-Pons, n° 04615, au Recueil Lebon).

1.4. La responsabilité des collectivités locales

Pour les dommages causés aux enfants suite au mauvais état des bâtiments, le responsable est selon les cas la commune (écoles), la département (collèges) ou la région (lycées). Dans les cantines scolaires, la surveillance des élèves peut être confiée à des employés municipaux avec engagement le cas échéant de la responsabilité de la commune. Quant aux transports scolaires, il incombe aux départements.

1.5. Le cas particulier des stages obligatoires : application du droit des accidents du travail

Conformément au 2° de l'article L. 412-8 du code de la sécurité sociale (cf. également article R. 412-4 et articles D. 412-2 à D. 412-6 du même code), les stages qui figurent aux programmes de l'enseignement, qui sont destinés à mettre en pratique l'enseignement dispensé dans l'établissement et qui ne donnent pas lieu au versement d'une rémunération, sont couverts par le régime des accidents du travail.

Ces accidents couverts par la législation du travail sont ceux subis par :

- ◆ Les élèves des établissements d'enseignement technique pour les accidents survenus au cours de cet enseignement, ainsi que par le fait ou à l'occasion des stages auquel il donne lieu ;
- ◆ Les élèves des établissements d'enseignement secondaires ou spécialisé pour les accidents survenus au cours d'enseignements dispensés en ateliers ou laboratoires ainsi que par le fait ou à l'occasion des stages effectués dans le cadre de leur scolarité ou études (art. L. 412-8 2° du CSS).

En effet, dans ce cas, l'établissement est considéré comme l'employeur de l'élève.

Pour ces établissements, l'accident du travail peut être dû à un tiers responsables (exemple : chahut de deux élèves, l'un pousse l'autre qui tombe et se blesse), l'établissement doit dans ce cas déclarer l'accident du travail au titre des RCT.

1.6. Le cadre juridique de souscription des assurances

1.6.1. Par les parents d'élèves

1.6.1.1. L'absence d'obligation d'assurance pour les activités obligatoires

L'attention des chefs d'établissement doit être appelée sur le fait qu'une obligation d'assurance ne peut être imposée que par la loi (C.E., avis, 24 février 1994, n° 355090).

En l'absence de disposition législative particulière à ce sujet, la souscription d'une assurance ne peut, par conséquent, être imposée aux parents pour la participation des élèves aux activités obligatoires, c'est-à-dire pour les activités fixées par le programme scolaire qui se déroulent à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement, mais seulement recommandée (cf. point III.2.2 de la circulaire n° 2011-117 du 3 août 2011 relative aux sorties et voyages scolaires au collège et au lycée).

1.6.1.2. La souscription d'une assurance recommandée

L'absence de prise en charge des accidents qui ne correspondent pas aux cas d'engagement de la responsabilité de l'État prévus à l'article L. 911-4 du code de l'éducation, l'absence de mise en œuvre de la responsabilité d'une personne publique pour faute dans l'organisation du service public ou l'absence d'assurance accident du travail en cas de période de formation en milieu professionnel ou de stage rendent opportune la souscription par les parents d'élèves d'une assurance susceptible de couvrir en toute hypothèse tous les dommages subis ou causés par les élèves.

Ainsi, il est dans l'intérêt des familles de souscrire une assurance couvrant la responsabilité civile de leur enfant, leur propre responsabilité ou celle de leur enfant pouvant être mises en jeu sur le fondement des articles 1382 et 1384 du code civil, ainsi qu'une assurance individuelle des dommages corporels pour les dommages dont leur enfant serait la victime, notamment pour couvrir les cas dans lesquels aucun tiers ne serait reconnu responsable.

1.6.1.3. Le cas particulier des activités facultatives

Pour la participation des élèves aux activités facultatives (voyages scolaires par exemple), la circulaire du 3 août 2011 susmentionnée prévoit de subordonner la participation des élèves à la souscription d'une assurance. Cette assurance est donc obligatoire pour toutes les activités facultatives extra-scolaires.

L'assurance comporte une garantie de responsabilité civile pour les conséquences des dommages que l'enfant pourrait causer à autrui ; elle peut aussi comporter une garantie individuelle accident pour les dommages corporels subis par l'enfant sans tiers responsable (assurances de personnes).

1.6.2. Par les établissements

Aucune obligation légale n'impose à un établissement public local d'enseignement (E.P.L.E.) de souscrire une assurance pour les dommages que pourraient subir ou causer les élèves.

Néanmoins, pour garantir les entreprises accueillant des élèves stagiaires, lorsque le stage ou la période de formation en milieu professionnel sont organisés à l'initiative de l'établissement, le chef d'établissement doit être encouragé à conclure, avec l'accord du conseil d'administration, un contrat d'assurance couvrant la responsabilité civile de l'élève pour les dommages qu'il pourrait causer au sein de l'entreprise (cf. note de service n° 96-241 du 15 octobre 1996 : convention type pour la formation en milieu professionnel des élèves de lycées professionnels ; circulaire n° 2003-134 du 8 septembre 2003 relative aux modalités d'accueil en milieu professionnel d'élèves mineurs de moins de seize ans).

Lorsque le stage est organisé à l'initiative des parents d'élèves dans un cadre facultatif, le chef d'établissement ne saurait être tenu de contracter une assurance.

En outre, dans tous les autres cas, l'établissement peut, si son conseil d'administration le décide, souscrire un contrat en vue d'offrir des garanties à l'ensemble des élèves de l'établissement (responsabilité civile, indemnisation des dommages personnels). Il est souhaitable, dans ce cas, que le dispositif ainsi mis en place soit clairement porté à la connaissance des familles afin d'éviter, autant que possible, des doubles assurances.

Annexe VI

En tout état de cause, la conclusion d'un contrat en la matière par l'établissement ne doit pas être systématique, mais doit répondre à un besoin particulier de l'établissement, justifié par exemple par des activités spécifiques – notamment facultatives – auxquelles certains élèves non assurés ne pourraient participer, ou par la carence potentielle de familles aux revenus modestes.

2. La question de la transmission des informations relatives aux accidents scolaires du ministère de l'éducation nationale à l'assurance maladie

2.1. La transmission aux OGROSS n'est pas prévue

2.1.1. Le signalement et la déclaration des accidents scolaires

La circulaire n°2009-154 du 27 octobre 2009 relative à l'information des parents lors des accidents scolaires prévoit l'obligation du directeur d'établissement scolaire de faire une déclaration de l'accident et de remplir un imprimé spécifique qui précise les circonstances exactes de l'accident, la nature et la gravité des blessures, le ou les responsables de l'accident avec le cas échéant le recueil des témoins.

Cette déclaration prévoit le recueil du numéro de sécurité sociale et des coordonnées de la caisse d'assurance maladie dont relève l'élève, et de la compagnie d'assurance qui l'assure.

L'établissement ou l'école doit en outre préciser si l'accident est causé par un autre élève (nom, adresse..), par un tiers (nom, adresse...) et si l'auteur de l'accident est couvert par une assurance de responsabilité civile avec adresse de la compagnie d'assurance.

La déclaration est établie en deux exemplaires et signée par le directeur d'établissement. Un exemplaire est conservé dans l'établissement et l'autre transmis dans les quatre jours suivant l'accident à l'inspection d'académie. Il doit être accompagné du certificat médical initial ou du bulletin d'hospitalisation.

La déclaration doit être conservée durant 10 ans (durée de prescription des dommages corporels) et dans tous les cas jusqu'à la majorité de la victime.

Les accidents n'ayant entraîné que des dommages matériels (bris de lunettes) ne relèvent pas de la procédure de déclaration d'accident scolaire, sauf si le dommage est imputable à un membre de l'enseignement public, mais doivent faire l'objet d'une déclaration par la famille de l'élève auprès de son assurance.

Les accidents ayant entraîné au minimum une consultation médicale ou hospitalière doivent être signalés au moyen d'un imprimé spécifique destiné à l'observatoire national de la sécurité des établissements scolaires qui doit être transmis avec la déclaration d'accidents à l'inspecteur de circonscription pour saisie des informations dans la base de données BaObAc.

2.1.2. La transmission des déclarations d'accidents scolaires aux tiers et aux familles

2.1.2.1. La transmission aux familles

La circulaire précise que le rapport d'accident peut être transmis aux familles sous réserve d'occulter les mentions mettant en cause les tiers notamment l'identité des témoins, ainsi que celles couvertes par le secret de la vie privée tels que les noms, adresses, et coordonnées d'assurance des parents de l'enfant auteur conformément aux dispositions de la loi n°78-753 du 17 juillet 1978 (point II article 6) modifiée portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public.

Les conditions relatives au respect de la vie privée mentionnées par cette loi doivent toutefois être interprétées de manière limitative. Les compagnies d'assurance qui ont reçu une autorisation expresse des familles des élèves victimes ou auteurs peuvent être destinataires du rapport. Par ailleurs, un document qui se contenterait de décrire les faits en rapport avec un accident ne saurait être considéré comme portant atteinte à la vie privée.

Il est précisé que lorsque les parents des élèves en cause, que ces derniers soient auteurs ou victimes, en font la demande, le directeur d'établissement a l'obligation de leur communiquer le rapport d'accident dans un délai raisonnable, soit un délai maximal d'une semaine suivant la réception de la demande formulée par la famille de l'élève auteur ou victime de l'accident. Le rapport d'accident est, selon la demande des parents ou du représentant légal, soit consultable sur place ou envoyé dans les conditions prévues à l'article 4 de la loi du 17 juillet 1978. Ces instructions relèvent d'un avis de la CADA qui considère que la déclaration d'accident scolaire est un document administratif³.

Il est indiqué qu'il est souhaitable que chaque établissement dispose d'un état statistique annuel des accidents scolaires.

Cette circulaire a fait l'objet de diffusion de note au sein des académies, en liaison avec la mention de renseignement de la base de données BaObAc. Des formulaires de déclaration d'accidents scolaires ont été élaborés et comprennent toujours des éléments relatifs à l'information sur les tiers éventuels responsables de l'accident.

2.1.2.2. La transmission aux compagnies d'assurance

Les compagnies d'assurance qui ont reçu une autorisation expresse donnée par les familles des élèves concernés peuvent également être destinataires du rapport d'accident. (avis de la CADA de 1988).

2.1.2.3. La transmission aux OGROSS

La communication de ce rapport aux OGROSS a été oubliée, faute sans doute de demande en ce sens des caisses de sécurité sociale (cf. avis du médiateur de l'éducation nationale suite à un cas où tant l'établissement que l'inspection d'académie avaient refusé de communiquer le rapport d'accident aux parents). Le médiateur rappelle que même en cas de faute de l'enseignant, la substitution de responsabilité par l'Etat a lieu.

³ Avis du 14 mai 2009.

Annexe VI

L'OGROSS est subrogé dans les droits de la victime pour les prestations versées au titre de l'accident. Cette subrogation qui implique un transfert de la créance de la victime à la caisse pour les sommes que cette dernière a payées devrait lui ouvrir les mêmes droits qu'à la victime en matière de communication de la déclaration d'accident. L'article L 376-1 du CSS prévoit que l'accident impliquant un tiers responsable doit être déclaré à la caisse par la victime (par le médecin via la case accident causé par un tiers dans la feuille de soins), le tiers responsable et son assureur et l'établissement de santé.

2.2. Les divergences de points de vue entre le ministère de la santé et le ministère de l'éducation nationale

La mission a examiné plusieurs documents : le courrier de la DSS au ministère de l'éducation nationale lui demandant transmission des données relatives aux accidents scolaires aux caisses (12 avril 2012), la réponse du ministère de l'éducation nationale à noter demande de transmission de données relatives aux accidents scolaires (25 janvier 2013), une analyse de la mission juridique du Conseil d'Etat auprès des ministères chargés des affaires sociales (8 février 2013) et une note interne à la DSS (19 février 2013).

2.2.1. La position du ministère de la santé

Le DSS a adressé un courrier au DGESCO lui demandant la transmission des données relatives aux accidents scolaires (2 avril 2012). Sur la base de la circulaire n°2009-154, il est demandé que la déclaration d'accident soit communiquée aux organismes d'assurance maladie lorsque l'accident est causé par une tierce personne, sans que leur soient opposables les dispositions du II de l'article 6 de la loi n°78-753 du 17 juillet 1978 portant diverses dispositions d'amélioration des relations entre l'administration et le public et des dispositions relatives à la communication au seul intéressé.

Il est précisé que l'article L 114.19 du CSS prévoit un droit de communication sans que puisse être opposé le secret professionnel, des documents et informations nécessaires aux agents des organismes de sécurité sociale pour contrôler la sincérité et l'exactitude des déclarations souscrites ou l'authenticité des pièces produites en vue de l'attribution et du paiement des prestations qu'ils servent. Ce droit s'exerce quel que soit le support utilisé pour la conservation des documents. Il concerne aussi les administrations de l'Etat en vertu de l'article L 114-20 du CSS qui rend applicable aux organismes de sécurité sociale les dispositions de l'article 83 du livre des procédures fiscales.

Le courrier propose une circulaire conjointe des deux ministères pour organiser les modalités d'information systématiques des caisses, sans exclure une simplification et une facilitation de ces informations.

2.2.2. La position du ministère de l'éducation nationale

Le DGESCO a répondu par courrier du 25 janvier 2013 par une fin de non-recevoir en soulignant les points suivants :

- ◆ L'enjeu budgétaire est limité (70 000 accidents/an selon la DAJ, données 2009-10, 39 000 pour l'ONS, mais aucune évaluation de leurs conséquences financières) ; les données relatives aux condamnations de l'Etat dans le cadre d'une procédure juridictionnelle sont précisées (0,4 M€ en 2008/09 pour 41 condamnations et 4 M€ pour 30 condamnations en 2009/10) ; absence de visibilité sur les autres coûts supportés par la sécurité sociale ;

Annexe VI

- ◆ La transmission systématique des déclarations d'accidents scolaires : le DGESCO estime que les informations couvertes par le secret de la vie privée ne sont pas communicables aux caisses de sécurité sociale ;
- ◆ La création d'une obligation légale de déclaration aux caisses de sécurité sociale : il est estimé que la base juridique ne peut être le PLFSS, une mesure devant avoir un impact significatif sur les recettes ou les dépenses des organismes de sécurité sociale, le seuil étant selon le Conseil constitutionnel de 15 M€.

2.2.3. L'analyse juridique de la MJCE

Le DSS a saisi la mission juridique du Conseil d'Etat aux fins de savoir s'il fallait ou non une disposition législative pour cette transmission à l'instar de ce qui est prévu aux articles L 376-1 et L 454-1 du CSS pour la déclaration des accidents par les hôpitaux ou les organismes d'assurance.

La mission juridique du Conseil d'Etat a procédé à une analyse auprès du ministère chargé de la santé le 8 février 2013. Elle y indique d'une part que la loi du 17 juillet 1978 n'a pas vocation à régler la transmission d'informations entre autorités administratives et d'autre part que la communication du rapport d'accident du chef d'établissement aux caisses de sécurité sociale se heurterait au secret professionnel des fonctionnaires. Cette obligation de secret professionnel (articles 226-13 et 14 du Code pénal), rappelée par l'article 26 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires s'oppose à ce que les informations relatives à l'identité du tiers responsable d'un accident scolaire et de son assureur, recueillies par les agents de l'établissement scolaire et son chef dans l'exercice de leurs fonctions, soient communiquées à des tiers. Les dispositions de l'article L 114-19 du CSS ne lèvent pas le secret professionnel en ce qu'elles n'en prévoient l'inopposabilité aux agents des OSS qu'à seule fin de « contrôler la sincérité et l'exactitude des déclarations souscrites ou l'authenticité des pièces produites en vue de l'attribution et du paiement des prestations servies ». Or les informations relatives à l'identité du tiers responsable et de son assureur sont sans incidence sur les droits des victimes à des prestations de l'assurance maladie.

La MJCE préconise soit de modifier l'article L 114-19 du CSS relatif au droit de communication des documents et informations aux organismes de sécurité sociale, soit l'article L 376-1 pour ajouter les établissements scolaires dans la liste des personnes et organismes tenus d'informer la caisse de sécurité sociale en cas d'accident provoqué par un tiers.

Cet avis de la MJCE a fait l'objet d'une note interne à la DSS le 19 février qui résume la position de la MJCE et appelle les observations suivantes :

- ◆ le ministère de l'éducation nationale n'est d'emblée pas favorable à ce que les directeurs d'école et d'établissements scolaires transmettent les rapports d'accidents scolaires aux caisses de sécurité sociale en raison de la charge de travail supplémentaire et du risque d'engagement de responsabilité en cas d'erreur, d'oubli ou de retard ;
- ◆ il fait valoir notamment que l'enjeu budgétaire est limité au vu des déclarations dans BaObAc ; selon la DSS, ces estimations sont très parcellaires (60 à 150 000 par an) et semblent sous estimées compte tenu du nombre d'enfants scolarisés dans le primaire et le secondaire (12,12 M en 2012 dont 6,7 M dans le primaire, 3,3 M dans les collèges, 1,45 dans les lycées et 0,6 M dans les lycées professionnels) ;
- ◆ la DSS estime que d'autres études disponibles font état d'incidence annuelle d'accidents bien supérieure.

2.2.4. Les suites

2.2.4.1. *Le constat d'une sous déclaration auprès des OGROSS des accidents scolaires*

En effet, en cas d'accident impliquant un tiers responsable, les organismes de sécurité sociale peuvent solliciter auprès du tiers responsable ou de son assureur le remboursement des sommes versées au titre de l'accident. L'exercice des recours subrogatoires fondés sur les articles L.376-1 et L.454-1 du code de la sécurité social permet à l'Assurance Maladie de recouvrer chaque année en moyenne 1 Md€. Les recours contre tiers contribuent ainsi à préserver l'équilibre financier du système de sécurité sociale. Pour cela, la détection et le signalement de ces dossiers jouent un rôle primordial.

Si la caisse n'identifie pas les sinistres susceptibles d'aboutir à un recours contre tiers, il est alors impossible de solliciter auprès du tiers responsable ou de son assureur, le remboursement des dépenses de santé versées par la caisse. Dans ces conditions, les articles L.376-1 et L.454-1 du code de la sécurité sociales prévoient que dès lors qu'un dommage corporel est causé à un assuré par un tiers, la personne victime, les établissements de santé, le tiers responsable et son assureur sont tenus de signaler l'accident à la caisse d'assurance maladie à laquelle est affiliée la victime.

Bien que les accidents scolaires représentent un nombre importants de dossiers dans lesquels les caisses pourraient agir, les établissements scolaires qui établissent les déclarations d'accidents et disposent ainsi de l'information ne sont pas visés dans les textes précités. Ils ne sont donc pas tenus de déclarer les sinistres aux organismes sociaux.

Le Rapport annuel 2014 de l'Observatoire national de la sécurité et de l'accessibilité des établissements d'enseignement publié en mars 2015 précise que 35 906 dossiers visant des accidents ayant eu pour conséquence, a minima, un acte médical, ont été saisis dans la base de données pour l'année 2013-2014. *Il convient de noter que cette base de données est alimentée sur volontariat et ne peut être assimilée à une enquête exhaustive répertoriant l'ensemble des accidents scolaires.* Après analyse des bases de données de l'outil de gestion propre aux services « recours contre tiers » des caisses, il ressort que seulement 9 097 dossiers « accidents scolaires » ont été recensés soit environ 25,3 % des accidents déclarés volontairement par les établissements de santé dans la base de données. Force est de constater qu'un nombre important de dossiers susceptibles de donner lieu à l'exercice d'un recours subrogatoire de la caisse primaire n'a pas été identifié, empêchant ainsi tout remboursement des prestations en lien avec le litige.

Dans un souci de préserver l'équilibre financier de notre système financé par la collectivité, les établissements scolaires devraient participer à leur niveau à cet objectif en signalant aux caisses primaires d'Assurance Maladie les accidents scolaires dont ils ont connaissance.

2.2.4.2. *La tentative d'élargissement de l'obligation d'information aux établissements scolaires par le ministère de la santé*

La DSS a tenté de modifier la base légale en élargissant l'obligation d'information aux établissements scolaires et aux intermédiaires gérant les sinistres pour le compte des tiers responsables ou des assureurs.

Les entreprises ou assureurs qui le souhaitent peuvent confier la gestion de leurs sinistres, notamment pour optimiser leur budget indemnisation, à des intermédiaires tels que des agents généraux, des mandataires voire des courtiers. Certaines activités peuvent alors être externalisées et des intermédiaires peuvent être amenés à gérer les sinistres sans que l'assureur ou l'entreprise ayant la qualité de tiers responsable en ait connaissance et puisse respecter les obligations qui lui incombent dans des délais contraints.

Annexe VI

Force est de constater que ce schéma de fonctionnement conduit d'une part à ce que l'assureur ou l'entreprise ayant la qualité de tiers responsable ne connaissent pas les sinistres et ne soient pas en mesure de facto de les déclarer dans les délais prévus par les textes aux caisses primaires.

D'autre part, les intermédiaires qui disposent de l'information ne sont pas visés par les articles L376-1 et L454-1 du code de la sécurité sociale listant les personnes redevables de cette information.

Afin de prendre en compte ces situations et éviter qu'un nombre important de sinistres soit méconnus des services de l'Assurance Maladie, il conviendrait d'inclure dans la liste précitée les intermédiaires gérant les sinistres pour le compte des tiers responsables ou des assureurs.

A cet effet, la DSS a tenté de proposer une modification des articles L.376-1 et L.454-1 du code de la sécurité sociale en vue d'inclure les établissements scolaires et les intermédiaires gérant les sinistres pour le compte des tiers responsables ou des assureurs dans la liste des personnes tenus à signaler les accidents ayant causé des dommages corporels a des assurés aux caisses primaires d'assurance maladie.

Encadré n°1 : Proposition de modification des articles L. 376-1 et L. 451-1 du code de la sécurité sociale

Il est ainsi proposé de libeller ainsi le paragraphe de l'article L 376-1 du CSS :

La personne victime, les établissements de santé, **les établissements scolaires**, le tiers responsable et son assureur **ou tout intermédiaire gérant le sinistre pour leur compte** sont tenus d'informer la caisse de la survenue des lésions causées par un tiers dans des conditions fixées par décret ;

et le paragraphe 4 de l'article L 454-1 du CSS :

La personne victime, les établissements de santé, **les établissements scolaires**, le tiers responsable et son assureur **ou tout intermédiaire gérant le sinistre pour leur compte de ce dernier** sont tenus d'informer la caisse de la survenue des lésions causées par un tiers dans des conditions fixées par décret.

3. La base de données de l'ONS et l'enquête de 1989-92 dans les écoles maternelles et élémentaires de la ville de Paris

3.1. Le cadre juridique de la base de données

Depuis une dizaine d'années l'Observatoire National de la Sécurité des Etablissements Scolaires, dresse le bilan de la sécurité dans les établissements publics et privés sous contrat.

L'observatoire national de la sécurité et de l'accessibilité des établissements d'enseignement mène depuis 1995 une enquête annuelle sur les accidents corporels dont sont victimes les élèves lors de leurs activités scolaires. Ce vaste recensement concerne les établissements des niveaux primaire et secondaire de l'éducation nationale ainsi que les lycées agricoles.

Une enquête préexistait à cette base de données. La mission a ainsi eu connaissance d'une circulaire du rectorat de Paris en date du 19 novembre 1991 relative aux accidents scolaires. Elle prévoit une fiche de déclaration d'accident scolaire où figurent notamment les données relatives à l'assurance souscrite, la collectivité publique propriétaire des locaux où l'accident est survenu, l'identité de la personne en charge de l'élève au moment de l'accident, les circonstances de l'accident, la description du dommage corporel et l'intention de la famille d'engager ou non une action en responsabilité.

3.2. Le contenu de la base de données BaObAc

3.2.1. Une base de données non exhaustive et évolutive dans le temps

Alimentée grâce à l'implication des établissements volontaires, cette base de données appelée Base d'OBservation des ACCidents scolaires (BaObAc) ne doit en aucun cas être assimilée à une enquête exhaustive répertoriant l'ensemble des accidents scolaires. Elle forme un échantillon statistique, pas forcément représentatif, permettant de repérer certaines circonstances « à risques » et d'alerter les autorités responsables ou les usagers en cas de besoin.

3.2.1.1. Les modalités de renseignement de la base de données BaObAc

En début d'année scolaire, le secrétariat général de l'observatoire informe par courrier les établissements, avec le soutien des services départementaux de l'éducation nationale, de l'ouverture de la base de données pour chaque niveau d'enseignement.

Le lien permettant de saisir chaque dossier figure sur le site de l'observatoire dans la rubrique bases de données et enquêtes.

Dans le primaire, l'enquête est renseignée dans les écoles ou au niveau des services académiques. Dans les établissements secondaires relevant des ministères chargés de l'éducation ou de l'agriculture saisissent directement chaque dossier d'accident sur le formulaire d'enquête.

3.2.1.2. Le nombre d'accidents déclarés dans BaObAc

Près de 156 000 accidents déclarés en 1996. Cette année-là, 13 000 accidents ont nécessité une hospitalisation de moins de 48 heures et 1 500 de plus de 48 heures. 16 accidents mortels ont été enregistrés. 50 % des accidents ont lieu lors des récréations dans le primaire. Au collège, c'est l'EPS qui est le cadre de 55 % des accidents, comme dans les lycées, avec en outre 20 % des accidents liés aux activités en ateliers dans l'enseignement technique et industriel.

Les questions de la base BaObAc ont évolué depuis 1996. L'Observatoire ne dispose plus des fichiers Excel de la période 1996/2003 pour la base BaObAc. Le logiciel a changé en 2014/2015.

En 2015-2016, 25 604 dossiers ont été saisis dans la base BaObAc par les établissements. Parmi eux, 13 439 concernent des accidents survenus dans les écoles primaires, 11 649 dans les établissements secondaires de l'éducation nationale et 516 dans les établissements agricoles. En 2014-15, 36 366 dossiers ont été saisis dans la base BaObAc par les établissements. Parmi eux, 18 297 concernent les accidents survenus dans les écoles primaires, 16 922 dans les établissements secondaires de l'éducation nationale et 1 147 dans les établissements agricoles.

Annexe VI

Tableau 1 : Evaluation du taux de renseignement de BaObAc : nombre de dossiers entrés dans BaObAc

	2014-15	2015-16
Ecoles primaires	18 297	13 439
Secondaire	16 922	11 649
Etablissements agricoles	1 147	516
Total de dossiers renseignés	36 666	25 604

Source : Mission sur la base de données ONS et ministère de l'éducation nationale

Pour limiter la charge de travail des établissements, seuls les accidents ayant eu pour conséquence, a minima, une consultation médicale ou hospitalière (consultation, soin, radio...) sont saisis dans la base de données. Les accidents de circulation, qui sont d'une autre nature, ne sont pas recensés à l'exception des accidents de cars scolaires.

3.2.2. Les champs d'information figurant dans la base de données

Les champs d'information figurant dans la base de données sont les suivants : identifiant ou code RNE de l'établissement scolaire, information sur la victime (date de naissance, sexe, niveau scolaire, secteur pour le secondaire professionnel), informations sur l'accident (date, plage horaire, situation, gravité, circonstances matérielles, cours EPS ou non, accident en cours d'EPS – activité et lieu –, conséquences de l'accident – localisation des dommages corporels, nature des dommages corporels, nombre de jours d'absence scolaire suite à l'accident, nombre de jours d'inaptitude constaté dans une activité scolaire).

3.2.2.1. Le champ d'information relative à la responsabilité d'un tiers

3.2.2.1.1. Dans BaObAc

A noter que ne figure plus le champ intervention d'un tiers a été supprimé au début de l'année 2007-2008 et ne reprend plus désormais la question relative à l'intervention d'un tiers.

L'ONS a communiqué à la mission un fichier relatif à l'année scolaire 2005 2006 qui est le dernier à disposer de toutes ces données et qui comporte également le nombre des dossiers par département et par établissement.

En ce qui concerne l'intervention d'un tiers (rubrique circonstances humaines), le taux de réponse est de 87,9 % pour le primaire et de 79 % pour le secondaire.

Tableau 2 : Intervention d'un tiers

Circonstances	Nombre d'accidents en primaire	En %	Nombre d'accidents dans le secondaire	En %
Non réponse		12 %	5 082	21,6 %
Sans circonstances humaines	6 789	53,1 %	13 607	57,9 %
Elèves	4 333	33,9 %	4 608	19,6 %
Autres tiers	75	0,6 %	72	0,3 %
Personnels	56	0,4 %	197	0,8 %
Total	12 787		23 512	

Annexe VI

Source : Observatoire national de la sécurité des établissements

3.2.2.1.2. Dans une étude sur les accidents dans les écoles maternelles et élémentaires de l'Académie de Paris

En outre, une étude de l'Académie de Paris établie par le Docteur C Bravard, conseiller technique responsable du service de promotion de la santé de l'Académie de Paris et relative à 5014 déclarations d'accidents survenus dans les écoles maternelles et primaires de Paris de septembre 1989 à juillet 1992 fait état des données suivantes.

L'étude a porté sur les accidents survenus aux élèves par le fait ou à l'occasion d'activités scolaires, qu'elles se soient déroulées à l'intérieur ou à l'extérieur de l'école, et ayant entraîné des dommages corporels. Elle notait déjà que les déclarations d'accidents ne concernent pas l'ensemble des établissements scolaires. L'étude des circonstances accidentelles fait état des éléments suivants.

L'étude communiquée par l'ONS n'est malheureusement pas complète, certaines pages n'ayant pas été photocopiées et l'ONS ne disposant que d'une version lacunaire.

Il ressort de l'analyse des circonstances de l'accident qu'au minimum 20,5 % des accidents dans les écoles maternelles et 36 % dans les écoles élémentaires sont dus à des tiers, auxquels il faut ajouter les causes matérielles liées aux projections d'objet, soit 1 % dans les écoles maternelles et 3 % dans les écoles élémentaires, **soit au total 21,5 % dans les écoles maternelles et 39 % dans les écoles élémentaires. Ce chiffre constitue donc un minorant.**

Un majorant consiste à inclure les chutes autres que spontanées (respectivement 34,2 % en maternelle et 15 % en élémentaire) ainsi que les causes matérielles liées à une porte (respectivement 1 % et 3,5 %) pour un total d'accidents liés à des tiers de 56,7 % dans les écoles maternelles et de 57,5 % dans les écoles élémentaires.

Tableau 3 : Type de circonstances accidentelles dans les écoles maternelles (1549 accidents) et élémentaires (3415 accidents)

Circonstances	Taux occurrence maternelles	Taux d'occurrence Elémentaires
Chutes	72 %	55 %
-dont spontanées	52,5 %	72,7 %
-dont objet mobilier	15,2 %	7,4 %
-dont contre objet mobilier	18,3 %	19,7 %
-dont matériel de jeux	13,8 %	0 %
Interventions de tiers (bousculade/télescopage, rixes)	21 % (93,5 % et 6,5 %)	36 % (84,1 % et 15,9 %)
Causes matérielles	2,3 %	7 %
- dont porte	45,3 %	50 %
- dont projection d'objet	31,9 %	44 %
- dont ingestion de produit	16 %	6,7 %
- dont piqure	2,5 %	0,7 %
- dont autre objet	4 %	0,7 %

Source : Missio

Annexe VI

Les accidents ont lieu à la maternelle à 68 % durant la récréation (36 % pour l'élémentaire plus 40 % pour l'interclasse en élémentaire). 10 % des accidents ont lieu en cours d'éducation physique en maternelle et 17 % en élémentaire.

Tableau 4 : Type de lésions lors des accidents en maternelles

Type de lésions	Pourcentage
Plaies et contusions	58 %
Dont plaies du visage	83,7 %
Dont plaies des membres et autres	16,2 %
Fractures	16 %
Dont membres	81,1 %
Dont doigts	11,8 %
Dont nez	5,9 %
Dont crâne	0,8 %
Dont autres	0,4 %
Fractures des dents	13 %
Traumatismes crâniens et rachidiens	8 %
Entorses	2 %
Traumatismes oculaires	2 %
Autres lésions	1 %

Source : Mission

Tableau 5 : Type de lésions corporelles par cause d'accidents en primaire

Lésions/Causes de l'accident en %	Chutes spontanées %	Chutes d'objet %	Chutes contre objet %	Causes matérielles %	Interventions de tiers %
Plaies contusions	36,6	3	12,8	8	39,2
	44	38	57	44,5	51
Fractures	44,5	8,7	6,6	10	30
	16,8	32	9	17	12,2
Fractures dents	36,7	1,6	13	3,2	45,3
	18,8	8	24	7,4	25
Traumatismes oculaires	1	2	3	47,8	45,7
	0,07	1	0,8	15	3,4
Traumatismes crâniens et rachidiens	55,3	7	6,6	0,08	3
	9	11	4	0,6	5,4
Entorses	71	5,7	7,6	1	
	11	8,6	4		

Source : Mission

Dans l'étude sont considérés comme accidents graves tout accident ayant entraîné :

- ◆ une intervention chirurgicale ;
- ◆ une hospitalisation pour soins ou mise en observation ;
- ◆ un traumatisme oculaire sévère.

Sur 4493 accidents déclarés, 285 soit 6,3 % sont considérés comme graves, dont 102 sur 1348 en maternelles, soit 8 % et 183 sur 3145 en élémentaire, soit 6 %.

En maternelle, les accidents graves se répartissent en 48 % d'intervention chirurgicale (soit 3,6 % sur le total de 8 %), 36 % en hospitalisation (soit 2,7 % de 8 %) et 17 % de traumatismes oculaires sévères (soit 1,2 % sur 8 %).

Annexe VI

En primaire, les taux sont de 53 % pour les interventions chirurgicales (3 % de 6 %), 29 % d'hospitalisation (1,7 % de 6 %) et 18 % de traumatismes oculaires sévères (1 % de 6 %).

Les interventions chirurgicales portent sur des fractures à 61 % et des plaies graves à 39 % en maternelle, des fractures à 69 %, des plaies graves à 28 % et des traumatismes testiculaires à 3 % en élémentaire.

Sur 4493 accidents, 56 % ont donné lieu à une consultation hospitalière en urgence, 43 % à une consultation en cabinet libéral et 1 % à des soins locaux. En maternelle, sur 1348 accidents, 65 % ont donné lieu à une consultation hospitalière, 35 % une consultation en cabinet médical libéral, en élémentaire, sur 3145 accidents, 53 % ont donné lieu à une consultation hospitalière et 45 % à une consultation en cabinet médical libéral.

3.3. Les données chiffrées de BaObAc

En 2015-2016, 25 604 dossiers ont été saisis dans la base BaObAc par les établissements. Parmi eux, 13 439 concernent des accidents survenus dans les écoles primaires, 11 649 dans les établissements secondaires de l'éducation nationale et 516 dans les établissements agricoles. En 2014-15, 36 366 dossiers ont été saisis dans la base BaObAc par les établissements. Parmi eux, 18 297 concernent les accidents survenus dans les écoles primaires, 16 922 dans les établissements secondaires de l'éducation nationale et 1 147 dans les établissements agricoles.

3.3.1. Les accidents non mortels

En comparaison du nombre d'accidents impliquant des mineurs (un million chaque année), les accidents survenant dans l'enceinte d'un établissement scolaire sont peu nombreux et généralement sans gravité. On entend par accidents graves, des accidents nécessitant une hospitalisation de plus de 48 heures (en 2003, ils représentaient moins de 2 % des accidents recensés et sont en continuelle diminution depuis plusieurs années). Certaines mesures commencent à démontrer leur efficacité. C'est le cas par exemple de la généralisation des PAI (Projets d'Accueil Individualisé, qui détaillent les modalités de prise en charge des enfants allergiques et hautement allergiques), qui permettent de réduire de façon significative les conséquences des accidents liés à l'absorption accidentelle d'un aliment allergène.

Le collège plus dangereux. Dans le premier degré, c'est dans la cour de récréation et sur les terrains de jeux que les accidents surviennent le plus fréquemment. Ils représentent près de 70 % des accidents, principalement dus aux chutes et aux chocs entre deux enfants. C'est, en général, la tête qui « prend en premier », provoquant de nombreux accidents des dents. On constate également que le nombre et la gravité des accidents augmentent avec l'âge des enfants et ce, jusqu'à la sixième.

C'est au collège que les accidents sont, proportionnellement, les plus nombreux ; les « accidents de couloir », résultats de chahuts ou de bousculades, et les accidents survenant pendant les cours d'EPS (sport) étant majoritaires. Dans la liste des pathologies les plus fréquentes, ce sont les traumatismes des membres et en particulier des doigts qui tiennent le haut du pavé.

Les accidents sont moins nombreux au lycée mais sont plus graves dans les filières techniques et notamment dans les sections où les élèves travaillent sur des machines. C'est logiquement dans les classes de BEP que les accidents graves sont les plus fréquents.

Deux constats sans surprise : d'une part, les garçons se blessent plus que les filles (plus de 60 % des accidentés). D'autre part, c'est le vendredi qu'on dénombre le plus d'accidents.

Annexe VI

On peut donc dégager deux axes majeurs dans la lutte contre les accidents et leurs conséquences. D'une part, agir sur les causes afin de limiter le nombre d'accidents ; d'autre part, agir, lorsque l'accident s'est produit, sur la prise en charge des accidentés. Il s'agit alors d'éviter le sur-accident et de tout mettre en œuvre pour que l'état de la victime ne s'aggrave pas. Il faut savoir que l'on dénombre encore une vingtaine d'accidents scolaires mortels chaque année en France.

Les accidents entraînant un choc à la tête, par exemple, sont extrêmement fréquents. S'ils se soldent la plupart du temps par une grosse bosse, souvent spectaculaire mais généralement sans aucune gravité, ils peuvent entraîner un traumatisme crânien qui, s'il n'est pas décelé à temps, peut entraîner la mort fulgurante de l'enfant. Etre capable de suspecter un traumatisme crânien, de mettre un enfant inconscient en position de sécurité voire, dans des cas extrêmes mais heureusement plus rares, de pratiquer un massage cardiaque sont autant de gestes qu'il est absolument indispensable de maîtriser.

Tableau 6 : Localisation des dommages corporels selon le niveau scolaire

Localisation	Primaire		Secondaire		Secondaire agricole	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Face	4 815	26,5	1 122	7	48	4,1
Crâne	1 699	9,4	697	4,3	53	4,5
Yeux	439	2,4	491	3	24	2
Dents	3 690	20,3	596	3,7	11	0,9
Cou	148	0,8	552	3,4	41	3,5
Epaule	386	2,1	657	4,1	48	4,1
Bras/avant bras	1003	5,5	628	3,9	35	3
Coude	550	3	390	2,4	22	1,9
Poignet	1 042	5,7	1 347	8,3	81	6,9
Main	355	2	718	4,4	199	17
Doigts	1 195	6,6	1 865	11,6		
Thorax abdomen	128	0,7	213	1,3	23	2
Bassin	90	0,5	565	3,5	21	1,8
Colonne vertébrale	93	0,5	235	1,5	53	4,5
Jambe cuisse	238	1,3	507	3,1	60	5,1
Genou	608	3,4	1 562	9,7	140	12
Cheville	1 264	7	3 242	20,1	205	17,5
Pied	313	1,7	557	3,5	71	6,1
Orteil	82	0,5	199	1,2		
Parties génitales					1	0,1
Autres					35	3
Total	18 138	100	16 143	100	1 171	100

Source : ONS

Tableau 7 : Nature des dommages corporels selon le niveau scolaire

Localisation	Primaire		Secondaire		Secondaire agricole	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Contusion	3 353	18,8	0	0		
Plaie	5 230	29,4	492	9,8	113	10,2
Ecrasement/section	723	4,1	290	1,9	21	1,9
Traumatisme des	2 213	12,4	6 694	44,2	550	49,7

Annexe VI

Localisation	Primaire		Secondaire		Secondaire agricole	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
articulations (entorse, luxation...)						
Traumatisme des os (fracture)	3 211	18	2 645	17,5	103	9,3
Traumatisme musculaire	184	1	1 315	8,7	145	13,1
Traumatisme crânien	658	3,7	351	2,3	30	2,7
Autres traumatismes	2 103	11,8	2 170	14,3	132	11,9
Morsures griffures	84	0,5	14	0,1	7	0,6
Brûlures	15	0,1	150	1	5	0,5
Intoxication autre qu'alimentaire	3	0	9	0,1	0	0
Trouble cardiaque	5	0	6	0	0	0
Etouffement	18	0,1	12	0,1	0	0
Total	17 800	100	15 148	100	1 106	100

Source : ONS

3.3.2. Les accidents mortels

Chaque année, le secrétariat général de l'Observatoire sollicite au début de l'année scolaire les directions des services départementaux de l'éducation nationale et les directions régionales de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt pour recenser les accidents mortels survenus à des élèves l'année précédente.

Ce recensement n'est pas exhaustif. Certains de ces décès peuvent survenir plusieurs jours voire plusieurs semaines après l'accident. Par ailleurs, rappelons que les accidents liés à la circulation et aux transports entre le domicile et l'établissement ne sont pas pris en compte.

L'Observatoire a eu connaissance de 9 décès au cours de l'année scolaire 2014-2015 (10 en 2013/2014, 4 en 2012-2013, 10 en 2011-2012, 11 en 2010-2011, 8 en 2009-2010) :

- ◆ une élève de 3 ans est décédée d'un arrêt cardiaque à la cantine de son établissement ;
- ◆ une écolière de 8 ans a été défenestrée par un autre élève de sa classe CLIS en plein cours ;
- ◆ un collégien de 12 ans a trouvé la mort en percutant le pylône d'un remonte-pente, lors d'une sortie scolaire au ski ;
- ◆ un collégien de 12 ans a été victime d'un malaise cardiaque au centre de documentation et d'information, à la suite d'une dispute ;
- ◆ un collégien de 13 ans est décédé suite à un malaise cardiaque à la sortie de l'établissement ;
- ◆ un lycéen de 17 ans est mort enseveli par une avalanche, lors d'une sortie éducative au ski.
- ◆ une lycéenne de 17 ans a succombé à un malaise cardiaque lors d'une épreuve d'EPS pour le baccalauréat ;
- ◆ un lycéen de 17 ans est décédé suite à un malaise cardiaque au cours d'une séance de sport.
- ◆ un lycéen de 17 ans est mort suite à un malaise cardiaque alors qu'il participait à un séjour sportif avec sa classe.

Selon l'ONS, les données relatives aux accidents mortels ne sont pas exhaustives.

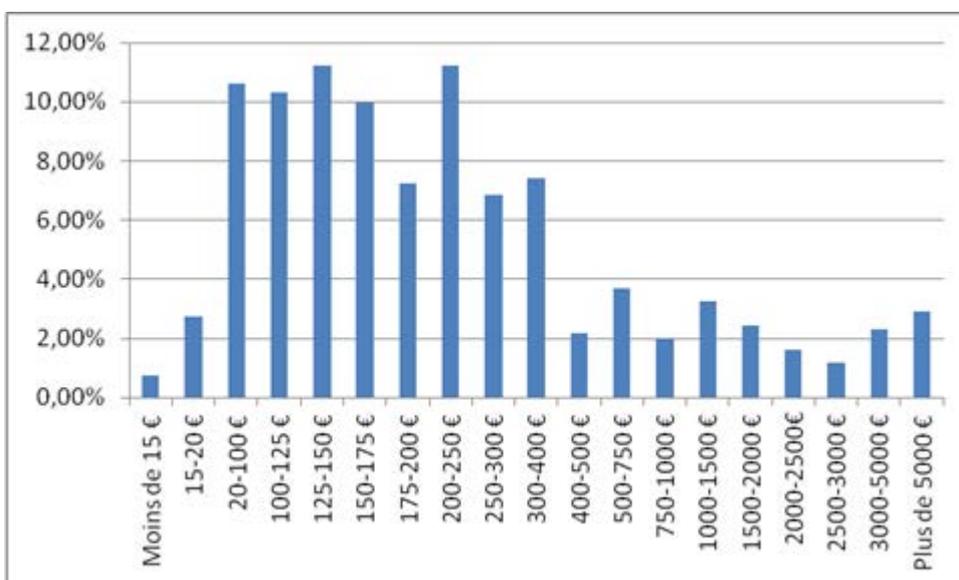
4. Les données de la MAE

La MAE couvre 2,5 M d'élèves soit part de marché de 26 % avec une forte implantation auprès des enfants du primaire public.

La mission a procédé à des calculs à partir de fichiers communiqués par la MAE : d'une part un fichier des remboursements des créances aux CPAM et organismes associés, d'autre part un fichier des remboursements des créances aux CPAM et organismes associés couplé au montant total d'indemnisation.

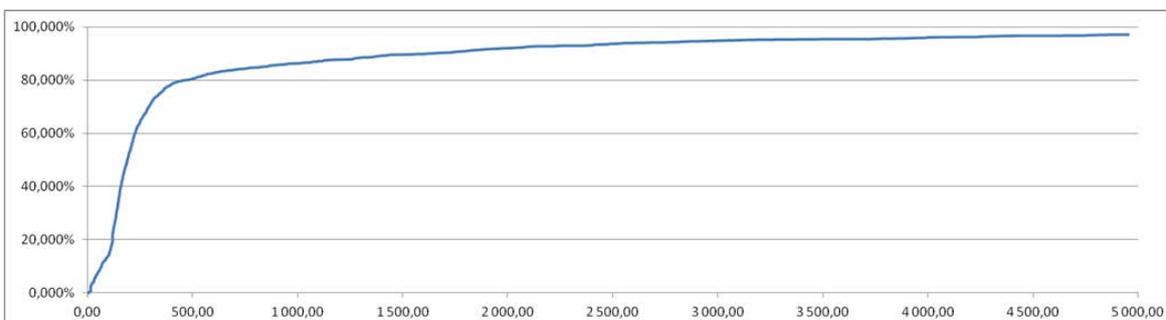
Elle a notamment calculé la répartition des remboursements des créances de caisses d'assurance maladie sur la période 2015-16 comme l'illustre le graphique suivant.

Graphique 1 : Distribution non cumulée des remboursements de la MAE en 2015-16 en responsabilité civile aux CPAM et autres organismes



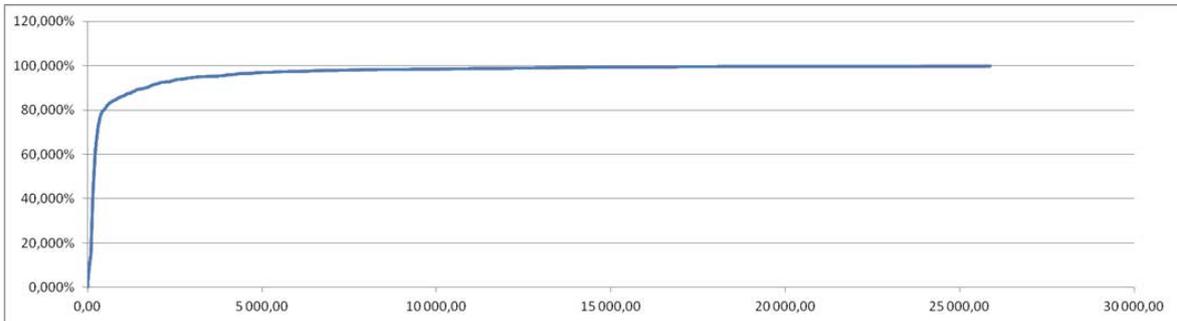
Le montant moyen du remboursement est assez faible.

Graphique 2 : Distribution cumulée des remboursements de la MAE en 2015-16 en responsabilité civile aux CPAM et autres organismes jusqu'à 5000 €



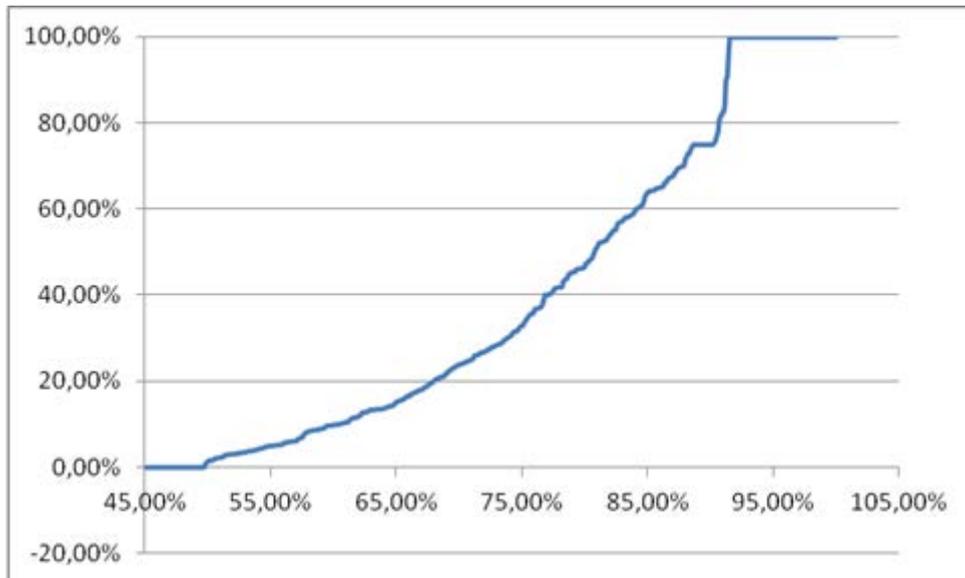
Annexe VI

Graphique 3 : Distribution cumulée des remboursements de la MAE en 2015-16 en responsabilité civile aux CPAM et autres organismes jusqu'à 30 000 €



La mission a procédé au calcul de la répartition du poids recours des CPAM (et associés) dans l'indemnisation (sans prendre en compte les provisions) effectuée par la MAE. L'analyse a porté sur l'exercice 2014-15.

Graphique 4 : Poids du recours des OGROSS dans les sinistres de la MAE



En classant les sinistres par catégorie telles qu'elles figurent dans le fichier de la MAE, le ratio RCT/total de l'indemnisation est le suivant.

Tableau 8 : Répartition des sinistres en fonction du type de dommage année 2014-15

Type de dommage	Occurrences	Coût total d'indemnisation	Créance totale CPAM	Ratio RCT/total indemnisation	Coût moyen
Moyen corporel	269	392 272	105 707	26,9 %	1 458
Dents	833	215 290	33 631	15,6 %	258
Petit corporel	895	515 316	107 048	20,8 %	576
Yeux	10	3 074	462	15,0 %	307

Source : Mission à partir de données MAE

5. Les données issues des études d'organismes extérieurs à l'éducation nationale

La mission a analysé trois enquêtes citées par la DSS relatives aux données d'accidents scolaires : l'enquête de l'INVS relative aux accidents chez les élèves de 3^{ème} selon l'enquête en milieu scolaire 2003-2004, celles relatives aux accidents de la vie courante chez les enfants scolarisés en CM2 en 2004-2005 et celle relative aux accidents scolaires dans les établissements d'enseignement général : incidence, causes, conséquences⁴.

5.1. L'enquête de l'INVS relative aux accidents chez les élèves de 3^{ème} selon l'enquête en milieu scolaire 2003-2004

Les accidents sont responsables de plus de 300 décès chez les 15-24 ans chaque année en France constituant ainsi la première cause de mortalité dans cette tranche d'âge.

Le domaine le mieux documenté est celui des accidents de la vie courante (AcVC) entraînant un recours à l'hôpital. **En France, on a estimé qu'une hospitalisation sur huit était due à un accident. Les recours aux urgences pour AcVC sont estimés à près de 5 millions chaque année, dont environ 11 % sont finalement hospitalisés.** Chez les moins de 15 ans, les chiffres correspondants sont : environ 1,7 M de recours aux urgences pour AcVC chaque année, dont 8 %, environ 140 000, sont finalement hospitalisés. La grande variabilité des AcVC rend difficile leur connaissance précise.

Des enquêtes épidémiologiques de natures différentes ont été mises en place dans ce but. Certains recueils sont continus, soit spécifiques des AcVC, comme l'Enquête permanente sur les accidents de la vie courante (Epac), soit non spécifiques comme la base des certificats de décès, ou les données d'hospitalisation du Programme de médicalisation des systèmes d'information. D'autres enquêtes sont limitées dans le temps, thématiques (sur les noyades, les défenestrations accidentelles, etc.) ou transversales, comme l'Enquête santé et protection sociale (ESPS), le Baromètre santé, les enquêtes santé menées par l'Institut national de la statistique et des études économiques (enquête décennale santé, enquête handicap santé ménages).

5.1.1. Méthodologie

La seule enquête permettant d'étudier spécifiquement les accidents des 14-15 ans environ est l'enquête réalisée en milieu scolaire en coopération avec le ministère de l'Éducation nationale et le ministère chargé de la Santé.

Les enquêtes en milieu scolaire sont réalisées une fois par an depuis 1999-2000, successivement dans les classes de 3^{ème}, de cours moyen 2^{ème} année (CM2) et de grande section de maternelle. L'objectif général de ces enquêtes transversales est de disposer d'informations régulières sur l'état de santé de l'enfant en milieu scolaire au niveau national, et selon les zones d'éducation, zone d'éducation prioritaire (ZEP) ou non. Leur mise en place fait l'objet d'une collaboration entre le ministère chargé de la Santé (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Direction générale de la santé), le ministère chargé de l'Éducation nationale (Direction de l'enseignement scolaire, Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance), et l'Institut de veille sanitaire (InVS).

⁴ Revue française d'épidémiologie santé publique, 2002, 50, 265-276

Annexe VI

La première de ces enquêtes qui permet d'étudier les accidents chez les élèves de 3^e est celle de 2003-2004. La phase de recueil s'est déroulée entre septembre 2003 et décembre 2004 auprès d'un échantillon national d'élèves des classes de 3^{ème}. Les données ont été collectées dans les établissements scolaires par les médecins et infirmier(ères) de l'Éducation nationale.

Le recrutement de l'échantillon s'est fait en deux étapes : 750 établissements ont été désignés par un tirage au sort stratifié sur l'académie, la taille d'unité urbaine et l'appartenance à une ZEP, puis pour chacun de ces établissements, de 1 à 10 élèves ont été tirés au sort pour être enquêtés. Un médecin ou un infirmier de l'Éducation nationale était alors chargé de faire passer le questionnaire à ces élèves, à la date de leur choix au cours de l'année scolaire. Le questionnaire comporte d'une part des questions générales sur le profil sociodémographique de l'élève et de l'établissement qu'il fréquente, d'autre part des questions sur la santé ou les habitudes de vie regroupées par modules : profil statur pondéral, mode de vie, qualité de la vision et de l'audition, signes d'asthme, qualité de la dentition, statut vaccinal, et **survenue d'un accident récent**. On a collecté ainsi des informations sur l'ensemble des accidents survenus depuis le 1^{er} juillet 2003, y compris les accidents de la circulation. Les questions avaient pour objectif de détailler les caractéristiques de survenue de l'accident, ou de l'accident le plus grave si l'élève en avait eu plusieurs : lieu et période de survenue, activité lors de l'accident, mécanisme (chute, choc, brûlure, etc.), lésion, partie lésée, conséquences (gravité, passage aux urgences).

La Drees a appliqué une pondération aux données collectées, à l'aide de la macro Calmar (calage sur marges), dans le but de rendre l'échantillon représentatif de la population scolarisée sur les critères de sexe, âge, type de classe fréquentée (3^e générale ou non), appartenance à une ZEP, taille d'unité urbaine, zone d'étude et d'aménagement du territoire, partage public-privé.

Un total de 7 140 élèves a été enquêté en France métropolitaine. L'enquête était déclarative, ainsi les élèves considérés comme accidentés sont ceux qui ont répondu « oui » à la question « As-tu eu un accident ou t'es-tu blessé depuis la fin de la dernière année scolaire (depuis le 1^{er} juillet 2003) ? ».

Les questions suivantes s'attachaient à décrire l'accident. Lorsque l'élève avait eu plusieurs accidents (33 % des cas), il devait décrire le plus grave. Un seul accident par élève a ainsi été décrit. Les méthodes de recueil de données, de consolidation de la base, et de traitement de données sont semblables à celles décrites dans le rapport concernant les élèves de CM2 en 2004-2005. Les questions sur les accidents étaient identiques à l'exception de celle sur le passage aux urgences, posée en CM2 et pas en 3^e.

5.1.2. Résultats

Parmi les 7 140 élèves de 3^e interrogés (sur un total de 788 852), 1 413 ont déclaré avoir été accidentés depuis le 1^{er} juillet 2003, dont 1 213 par accident de la vie courante (AcVC, incluant les accidents de sport, de vélo et de véhicules à roulettes sans moteur), 194 par accident de la circulation (AC) et 6 par accident du travail (AT). **Ce sont donc 21 % des élèves qui ont déclaré un accident depuis l'été précédent, le plus souvent un AcVC (18 % des élèves et 84,9 % du total des accidents), moins souvent un accident de la circulation (14,8 % du total des accidents)**. La proportion de garçons était plus élevée parmi les accidentés de la vie courante : 60 %, que parmi les non-accidentés : 48 %.

5.1.2.1. Lieu et moment de l'accident

Le lieu d'AcVC le plus fréquent était le terrain de sport, dans près d'un tiers des cas, puis l'école et enfin le domicile, les lieux de loisirs et la voie publique. Un peu moins du quart des accidents durant l'année (23 %) sont survenus durant les grandes vacances, 13 % durant d'autres vacances, et 65 % en période scolaire.

5.1.2.2. Mécanisme, lésion, partie lésée

Plus de la moitié des accidentés l'ont été à la suite d'une chute (53 %), près d'un tiers d'un choc (30 %), 9 % d'un faux mouvement ou d'une torsion, 7 % d'un écrasement, d'une coupure ou d'une perforation, et 1 % par effet chimique ou thermique. Les lésions les plus fréquentes étaient les entorses et luxations (46 %), suivies des fractures (21 %). Un membre inférieur était touché dans près de la moitié des cas (47 %), un membre supérieur dans 37 %. Le cou, le tronc et la tête étaient concernés dans des proportions moindres (8 %). Plus précisément, c'est la cheville qui était le plus souvent concernée (22 %), puis le doigt (14 %), le genou (11 %) et le poignet (9 %). Les lésions à la tête étaient principalement des plaies et des traumatismes crâniens (figure 3) ; celles au cou ou au tronc, des entorses (coups du lapin) ; aux membres supérieurs : des fractures et des entorses ; aux membres inférieurs : des entorses.

La gravité des accidents a été mesurée par la déclaration de limitations dans les activités. La majeure partie des accidentés (83 %) a été limitée dans ses activités dans les 48h qui ont suivi l'accident, légèrement (59 %) ou sévèrement (24 %). Bien que les garçons aient été plus accidentés que les filles, les répartitions de leurs limitations n'étaient pas significativement différentes.

Parmi les accidents ayant conduit à des limitations sévères, la répartition globale des lésions différait de celle des autres accidents: plus de fractures (31 % contre 17 %), de lésions de tendons ou de muscles (9 % contre 6 %), et moins de plaies (2 % contre 19 %). La proportion d'entorses était similaire dans les deux catégories : 46 %.

5.1.2.3. Epidémiologie descriptive des accidents de sport

Dans 70 % des cas d'AcVC, l'élève a déclaré que l'accident s'était déroulé en faisant du sport (71 % pour les garçons et 68 % pour les filles, la différence n'étant pas significative), et même 76 % en élargissant aux activités de loisirs à caractère sportif. Les accidents de sport concernaient dans 62 % des cas des garçons, et ont eu lieu dans un tiers des cas à l'école, dans 12 % des cas sur un lieu de loisirs. Plus des deux tiers des accidents de sport (69 %) sont survenus sur un terrain de sport.

Cette proportion était identique chez les garçons et chez les filles, mais la répartition en terrain scolaire ou terrain hors scolaire différait: pour les garçons, 13 % sur terrain scolaire et 56 % sur terrain hors scolaire alors que pour les filles les proportions étaient respectivement 28 % et 41 %. La proportion d'accidents lors de sport organisé était plus élevée chez les filles : 88 % contre 77 %. Parmi les accidentés de sport à l'école, 49 % étaient des garçons (105). Tandis que parmi les accidentés hors école c'était le cas de 68 % (310).

La proportion de limitations sévères parmi les accidents de sport ne différait ni selon le caractère organisé ou non du sport, ni selon le lieu de survenue (école ou hors école).

Annexe VI

L'entorse de la cheville était la lésion la plus fréquente (21 %), l'entorse du doigt arrivait en seconde place (9 %), suivie de l'entorse du genou (7 %), la fracture du doigt (5 %), l'entorse du poignet (5 %) et la fracture du poignet (4 %).

Les sports collectifs avec ballon étaient les plus représentés (55 %), suivis de loin par les sports de combat (7 %). Les sports différaient entre garçons et filles: plutôt des sports collectifs pour les garçons (62 % contre 44 % chez les filles) et des sports individuels pour les filles. Les sports collectifs occupaient une grande part des sports concernés par les accidents, que ce soit hors école (principalement le football, dans 56 % des cas, ainsi que le basket 18 %, le rugby 14 %, le handball 10 % et le volley 2 %) ou à l'école (basket-ball 37 %, handball 35 %, football 17 %, volley 7 %, rugby 4 %). En revanche, certains sports étaient plus fréquents pour les accidents à l'école : l'athlétisme (14 % des accidents de sport à l'école contre 1 % des sports hors école) et la gymnastique (13 % des accidents à l'école contre 2 % de ceux hors école). D'autres sports étaient au contraire plus fréquents parmi les accidents hors école, en particulier les sports sur roues ou roulettes (26 % des accidents de sport hors école et moins de 1 % de ceux à l'école), mais également les sports d'hiver (7 % contre 1 %), ainsi que les sports nautiques et l'équitation (5 % à eux deux hors école, 0 à l'école). Les sports de combat étaient en proportions similaires : 7 % hors école, 5 % à l'école.

Le mécanisme d'accident de sport le plus fréquent était la chute : 50 % pour l'ensemble des accidents de sport, et atteignant plus de 80 % pour les accidents de sports sur roues ou roulettes, de sports d'hiver et d'équitation. Dans deux types de sport le mécanisme dominant était différent : le choc dans 48 % des accidents de sports collectifs, le faux mouvement dans 72 % des accidents de danse.

Les accidents de sport ont conduit dans 26 % des cas à des limitations sévères. Hors quelques sports pour lesquels les accidentés sont très peu nombreux (sports d'armes, sport mécanique, escalade), les sports ayant conduit le plus souvent à ces limitations étaient la gymnastique (47 %), les sports d'hiver (39 %) et l'équitation (32 %).

5.1.2.4. Epidémiologie descriptive des accidents de la vie courante hors sport

Ces accidents, 30 % de l'ensemble des AcVC, ont eu lieu majoritairement (28 %) au domicile, une fois sur cinq à l'école, la même proportion sur la voie publique, 12 % sur un lieu de loisirs et 15 % sur un autre lieu. Les lésions/parties lésées les plus fréquentes étaient les entorses de cheville (14 %), suivies des plaies du doigt (5 %), des entorses du poignet, ou du genou, et des traumatismes crâniens (3 % chacun). Le mécanisme était la chute dans près de la moitié des cas.

Les accidents hors sport se sont déroulés dans 29 % des cas pendant les grandes vacances (contre 15 % des accidents de sport). Ils étaient moins graves que les accidents de sport : 22 % de non limités hors sport contre 12 % en sport. Par rapport aux accidents de sport, les accidents hors sport se distinguaient par plus de traumatismes crâniens (5 % vs 1 %), de contusions, écorchures, plaies et brûlures (27 % contre 9 %), et moins de fractures et d'entorses (41 % contre 69 %), ainsi que par plus d'accident par brûlure ou coupure (23 % contre 1 %), et moins par faux mouvement, chute ou choc (77 % contre 99 %).

25 % des accidents à l'école se sont déroulés hors sport. Les mécanismes les plus fréquents étaient les chutes (51 % dont une fois sur dix dans un escalier), les chocs (29 % dont une fois sur quatre avec une personne), et les coupures (10 %).

Annexe VI

Parmi les accidentés de la vie courante hors sport ayant eu des limitations dans leurs activités, 55 % étaient des garçons. Ces accidents ont eu lieu majoritairement au domicile (26 % : 17 % des garçons et 39 % filles), 23 % à l'école (29 % des garçons, 15 % des filles), 18 % sur la voie publique (22 % des garçons, 13 % des filles), 21 % sur un lieu de loisirs, 12 % ailleurs. La lésion la plus fréquente était l'entorse de cheville : 18 % pour les 71 accidents, seulement 9 % chez les garçons contre 30 % chez les filles.. En deuxième place venaient les plaies du doigt pour les garçons (6 %) et les entorses du genou pour les filles (5 %) puis les entorses du poignet, les fractures du poignet (4 % chacun), les traumatismes crâniens, les fractures de l'avant-bras 3 %, les entorses du doigt 2 %.

La répartition des mécanismes de survenue d'accident grave hors sport différait de celle des accidents sans limitation: plus de chutes (57 % contre 44 %), et de torsions ou faux mouvements (6 % contre 1 %), moins de chocs (23 % contre 28 %) et de coupures (12 % contre 25 %).

Comme il s'agit d'une enquête déclarative qui porte sur des événements du passé que les élèves devaient se remémorer, des biais de mémorisation (« recall bias ») ont pu apparaître. Ces biais sont difficiles à quantifier car ils dépendent de multiples facteurs, notamment la période sur laquelle porte la question, la gravité de l'accident et le statut social. Selon la littérature, ils restent néanmoins faibles jusqu'à 3 mois. Les taux d'incidence, calculés par trimestre, ont ainsi été probablement peu affectés par ce type de biais.

Les taux d'incidence trimestriels ont été calculés dans les trois mois ayant précédé la date d'enquête. Or celles-ci sont propres à chaque élève et elles ne sont pas réparties de façon uniforme sur l'année. On sait par ailleurs que les taux d'incidence d'accidents présentent des variations saisonnières.

L'hétérogénéité dans le temps des dates d'enquête introduit donc un biais qui a pu affecter le calcul du taux d'incidence trimestriel.

La population d'enquête était les élèves de classe de 3^{eme} et non les élèves nés une année donnée.

Plus de 9 élèves enquêtés sur 10 avaient 14 ou 15 ans (58 % étaient nés en 1989, 33 % en 1988). Par ailleurs, les années de naissances extrêmes étaient 1982 et 1992. Les résultats ne peuvent donc pas être strictement appliqués à une génération. De plus, certains adolescents, pour des raisons diverses, ne sont pas scolarisés à l'Education nationale, et échappent ainsi à l'enquête.

Le taux d'incidence trimestriel des accidentés de 3e était très proche de celui obtenu dans l'enquête 2004-2005 chez les CM2: respectivement 9,4 et 9,2. Par extrapolation, sur le sous-ensemble des AcVC (85 % des accidents), le taux d'incidence trimestriel de survenue était de l'ordre de 8 % : cette valeur est un peu supérieure au taux de 7,1 % obtenu chez les 10-19 ans dans l'ESPS 2004.

Les accidents de sport ont été très majoritaires : 70 % des AcVC contre 18 % en population générale d'après le rapport sport de l'Epac qui précise néanmoins que les tranches d'âge 10-14 et 15-19 ans sont les plus touchées. Dans le volet de l'enquête scolaire concernant les CM2, 54 % des AcVC étaient des accidents de sport ou d'activité de loisir à caractère sportif.

Des similitudes sont observées entre les différentes enquêtes dans les sports concernés :

- les sports de ballon apparaissent dans le même ordre dans l'enquête en 3e et l'enquête sport Epac tous âges : football, basket-ball, rugby, handball puis volley-ball chez les hommes, et basket-ball puis handball chez les femmes ;

- le football représentait 23 % des sports pour les accidents de l'enquête troisième, proportion identique à celle du Baromètre santé 2005 [11] ;

Annexe VI

- la répartition globale des sports en troisième était similaire à celle des CM2 pour les garçons ; pour les filles, les sports de ballon étaient plus fréquents en troisième : 44 % contre 28 % ;
- les sports ayant conduit aux accidents les plus graves ont été les sports d'hiver et les sports hippiques dans la présente enquête comme dans Epac sport. C'était également le cas de la gymnastique dans la présente enquête.

Sur différents items, une comparaison est possible entre les enquêtes en 3eme et en CM2.

Les répartitions des lieux d'AcVC en 3e et en CM2 étaient proches, à l'exception des accidents sur terrain, plus nombreux chez les élèves de 3eme : 30 % contre 16 %. De même, les répartitions des mécanismes étaient similaires, avec cependant moins de chutes, et plus de chocs et de faux mouvements/torsions en 3e. Les entorses étaient plus fréquentes en troisième qu'en CM2 : 46 % contre 33 %, ainsi que les atteintes du membre inférieur : 47 % contre 41 %. Les AcVC déclarés en 3^{eme} étaient plus graves : 83 % ont été limités dans les 48h qui ont suivi l'accident, contre 76 % en CM2, et les deux tiers ont été dispensés d'EPS contre 57 % en CM2. En 3eme, on a enregistré davantage d'accidents de sport (70 % des AcVC contre 54 %), et d'accidents de la circulation (15 % des accidents contre 3 %).

5.2. Les accidents de la vie courante chez les enfants scolarisés en CM2 en 2004-2005

Un accident de la vie courante (AcVC) apparaît donc comme un traumatisme non intentionnel qui n'est ni un accident de la circulation ni un accident du travail. Les AcVC sont usuellement répartis selon le lieu ou l'activité :

- les accidents domestiques, se produisant à la maison ou dans ses abords immédiats : jardin, cour, garage, et autres dépendances ;
- les accidents survenant à l'extérieur du domicile : dans un magasin, sur un trottoir, à proximité du domicile, etc. ;
- les accidents scolaires, incluant les accidents survenant lors du trajet, durant les heures d'éducation physique et dans les locaux scolaires ;
- les accidents de sport ;
- les accidents de vacances et de loisirs.

Les catégories d'AcVC peuvent se recouper : par exemple, un accident de sport peut aussi être un accident scolaire, ou un accident de loisir. Par ailleurs, de même qu'il y a recouvrement entre les accidents du travail (AT) et les accidents de la circulation (AC), plus de la moitié des AT mortels sont aussi des AC si on prend en compte les trajets, certains accidents peuvent être considérés à la fois comme des AC et des AcVC, selon la définition effectivement retenue : par exemple, un accident de bicyclette peut à la fois être un accident de la circulation et un accident de loisir.

Les accidents de la vie courante sont très nombreux. Leur dénombrement est difficile et dépend notamment de leur gravité, qui détermine elle-même le type de recours aux soins ou le mode de prise en charge de l'accidenté. En France, plus de 18 500 personnes décèdent chaque année d'un AcVC, soit 3,6 % des causes de décès. Ce nombre est en diminution depuis le début des années 1980, probablement grâce aux campagnes d'information et de prévention contre les accidents menées depuis plus de 20 ans. Dans les 27 pays de l'Union européenne, ce sont plus de 120 000 décès qui sont dus aux AcVC chaque année, et dans le monde plusieurs millions. En France, chaque année, plus de 250 enfants perdent encore la vie à la suite d'un accident de la vie courante. Malgré les progrès enregistrés, de nombreux décès apparaissent encore comme évitables avec des mesures de prévention, de réglementation, de formation, etc. adaptées.

Annexe VI

Le domaine le mieux documenté est celui des AcVC entraînant un recours aux soins hospitaliers. En France, on a estimé qu'une hospitalisation sur huit était due à un accident. Les recours aux urgences pour AcVC sont estimés à 4,5 millions chaque année. Quant aux recours à des soins ambulatoires (médecins et paramédicaux exerçant en ville) pour AcVC, ils nécessitent des enquêtes adaptées auprès des patients ou auprès des professionnels concernés.

Les AcVC ne donnant lieu à aucun recours aux soins, ou n'entraînant qu'une automédication non spécifique, sont les moins bien connus, ce sont aussi les moins graves. La surveillance épidémiologique des AcVC a pour objectif de mieux connaître les causes et circonstances de leur survenue, pour en orienter la prévention. La très grande variabilité des AcVC rend difficile leur connaissance précise. Des enquêtes épidémiologiques de natures différentes ont été mises en place dans ce but. Certains recueils sont continus, soit spécifiques des AcVC, comme l'Enquête permanente sur les accidents de la vie courante (Epac), soit non spécifiques comme la base des certificats de décès, ou les données d'hospitalisation du Programme de médicalisation des systèmes d'information. D'autres enquêtes sont limitées dans le temps, thématiques (sur les noyades, les défenestrations, etc.) ou transversales, comme l'Enquête santé et protection sociale (ESPS), le Baromètre santé, l'enquête santé, le cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire. L'augmentation des connaissances sur les causes et circonstances de décès par AcVC chez les enfants reste une voie privilégiée pour diminuer ces accidents.

5.2.1. Méthodologie

Les enquêtes du cycle triennal en milieu scolaire sont réalisées une fois par an depuis 1999-2000, successivement dans les classes de troisième, de cours moyen deuxième année (CM2) et de grande section de maternelle. L'objectif général de ces enquêtes est de disposer d'informations régulières sur l'état de santé de l'enfant en milieu scolaire au niveau national. On trouvera dans ce rapport les résultats de l'enquête réalisée auprès des élèves de CM2 en 2004-2005, en ce qui concerne la survenue chez ces enfants d'accidents, en particulier d'accidents de la vie courante.

L'enquête réalisée entre septembre 2004 et septembre 2005 auprès d'un échantillon d'élèves des classes de CM2 des écoles publiques et privées sous contrat d'association avec l'État, fait partie du cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire. La mise en place de ces enquêtes fait l'objet d'une collaboration entre le ministère chargé de la Santé (notamment la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Drees), le ministère chargé de l'Éducation nationale (Direction générale de l'enseignement scolaire) et l'InVS. Le plan de sondage de la présente enquête comprenait deux degrés : tirage aléatoire des établissements, puis tirage aléatoire d'élèves dans ces établissements. Ces élèves ont été enquêtés dans les établissements scolaires, par les médecins et infirmier(ères) de l'Éducation nationale.

Le module "accidents de la vie courante" collecte des informations sur l'ensemble des accidents survenus depuis le 1er juillet 2004, y compris les accidents de la circulation. Les questions ont pour objectif de détailler les caractéristiques de la survenue de l'accident, ou de l'accident le plus grave si l'enfant en a eu plusieurs : lieu et période de survenue (scolaire ou non), activité lors de l'accident, mécanisme (chute, choc, brûlure, etc.), lésion, partie lésée, conséquences (gravité, passage aux urgences).

La collecte, qui devait initialement être terminée en juin 2005, a finalement dû être prolongée jusqu'en septembre 2005. La Drees, chargée de colliger l'ensemble des questionnaires, en a assuré la consolidation générale, puis a appliqué une pondération et un redressement dans le but de rendre l'échantillon représentatif de la population scolarisée sur les critères de taille d'unité urbaine, de zone d'étude et d'aménagement du territoire, de ZEP et de partage public-privé. La pondération a été calculée à l'aide de la macro Calmar (calage sur marges).

Annexe VI

Un total de 771 écoles a participé à l'enquête et 7 255 élèves ont été enquêtés. Le taux de participation a été de 77 % pour les établissements et de 94 % pour les élèves des écoles ayant répondu (96 % en ZEP et 92 % hors ZEP). La Guyane n'a pas participé à l'enquête. Sur les 7 255 questionnaires exploitables, 6 836 provenaient de métropole. Les premiers résultats généraux de cette enquête ont été publiés en avril 2008.

Dans la plupart des cas (85 %), les enfants accidentés n'ont été victimes que d'un accident. Pour l'analyse des accidents, on a retenu un accident par enfant ; lorsque l'enfant a été victime de plusieurs accidents, c'est l'accident qu'il a considéré comme "le plus grave", pour lequel les données étaient disponibles, qui a été retenu. L'analyse de ces accidentés se confond avec celle de ces accidents, ce qui amène à parler dans le texte indifféremment d'accidentés ou d'accidents.

Pour le calcul des taux d'incidence trimestriels des accidentés, seuls les accidents ayant eu lieu au cours des trois mois précédant l'interrogation ont été pris en compte, et seuls les enfants enquêtés avant le 30 juin 2005 ont été inclus.

L'âge a été pris en compte sous forme d'âge atteint dans l'année 2004. Près de 80 % des élèves ont eu 10 ans en 2004. On a calculé pour chaque enfant le nombre de jours scolaires et de vacances entre le 1er juillet 2004 et son premier accident, en tenant compte de sa zone de vacances scolaires. Les résultats présentés dans ce rapport concernent la France métropolitaine.

5.2.2. Les résultats

Le fichier consolidé de 6 836 enregistrements pour la France métropolitaine (un par enfant) comportait 51 % de garçons et 49 % de filles. 79 % ont eu 10 ans en 2004, 17 % 11 ans ou plus, et 3 % 9 ans ou moins. Les enfants accidentés étaient au nombre de 1 186, dont 1 139 par AcVC, 39 par accident de la circulation et 8 par accident de type non précisé. La figure 1 présente les effectifs et pourcentages pondérés, pour chaque cas de réponse (oui, non, non-réponse ou NR). Pour les traitements, on a admis que l'absence de réponse à la survenue d'un accident correspondait à une réponse négative ($95/6\ 836=1,4\ %$). On a considéré qu'en cas de réponse positive pour la survenue d'un accident ("accident"=oui), l'absence de réponse à la question "accident de la circulation" équivalait à une réponse négative, ce qui a conduit à l'inclusion de ces accidents parmi les AcVC (8 cas).

Au total, dans l'échantillon, 1 147 AcVC ont été traités, ce qui correspond en données pondérées en population à 17,2 %.

5.2.2.1. Caractéristiques des AcVC

5.2.2.1.1. Les AcVC selon l'activité

L'importance du sport lors de la survenue d'un AcVC mentionnée ci-dessus a été confirmée par l'item "activité" : plus d'un AcVC sur deux (54 %) est survenu lors d'une pratique sportive au sens large. Les filles faisaient plus souvent du sport dans un cadre organisé (77 %) que les garçons (62 %). Chez les filles, les accidents de sport sont survenus majoritairement lors de sports de ballon (9 % au football et 19 % d'autres sports), de sports d'hiver (18 %) et d'équitation (11 %). Chez les garçons dominait le football (42 %), suivi des autres sports de ballon (14 %).

Annexe VI

5.2.2.1.2. *Les AcVC selon le lieu*

Sur les 1 117 AcVC renseignés pour au moins un des items de lieu, près d'un tiers (31 %) a eu lieu dans le cadre scolaire. Parmi ceux-ci, la plupart (75 %) ont eu lieu à l'école même, 15 % sur un terrain de sport dépendant de l'école, 9 % sur un lieu de loisir dépendant de l'école, et moins de 1 % sur la voie publique. Hors école, l'accident a eu lieu près d'une fois sur six alors que l'enfant était sur un terrain de sport (16 %) ou un lieu de loisir (17 %), et plus d'une fois sur dix (11 %) alors qu'il était sur la voie publique. La répartition des lieux de survenue de l'AcVC ne montrait pas de différence entre garçons et filles.

La proportion d'accidents survenus dans le cadre scolaire était plus élevée pour le sous-ensemble des enfants passés aux urgences, 49 %. Il en est de même de la proportion des accidents survenus à domicile, soit 23 %.

5.2.2.1.3. *Les AcVC selon le moment de survenue*

Près des deux tiers des AcVC (65 %) sont survenus en période scolaire chez les filles comme chez les garçons, contre un tiers en période de vacances. Les jours pendant lesquels les enfants étaient soumis au risque de survenue d'un premier accident étaient répartis de la façon suivante : 58 % de jours de période scolaire, 42 % de jours de vacances. Les accidents étaient donc proportionnellement plus nombreux en période scolaire qu'en période de vacances. Il est à noter que les accidents en période scolaire sont survenus dans 62 % des cas à l'école et dans 38 % des cas en dehors de l'école.

5.2.2.2. *Mécanisme des AcVC, lésion, partie lésée lors de l'accident*

Le mécanisme de survenue majoritaire était la chute, dans 59 % des cas (53 % chez les garçons, 66 % chez les filles). Venaient ensuite les chocs (25 %, 31 % chez les garçons, 18 % chez les filles), puis les écrasements coupures perforations (9 %, 10 %, 8 %) et les autres mécanismes (7 %, 6 %, 8 %). Cette répartition par mécanisme était la même pour le sous-ensemble des enfants passés aux urgences. Les différences entre garçons et filles étaient globalement significatives ; les garçons étaient plus souvent soumis à des chocs (31 %) que les filles (18 %), les filles plus souvent victimes de chutes (66 %) que les garçons (53 %).

5.2.2.3. *Conséquences des AcVC*

Dans 3 cas sur 5, l'AcVC a conduit l'enfant à aller aux urgences hospitalières. Dans les trois quarts des cas, l'AcVC a limité l'enfant dans ses activités, légèrement (65 %) ou sévèrement (11 %). Ces pourcentages n'étaient pas significativement différents entre garçons et filles ; ni pour les accidents survenus en période de vacances ou en période scolaire ; ni pour les accidents survenus dans le cadre scolaire par rapport aux accidents hors cadre scolaire. Dans plus de la moitié des cas (57 %), il a entraîné une dispense d'éducation physique et sportive. Celle-ci a été dans plus de la moitié des cas supérieure à deux semaines.

5.2.3. Taux d'incidence trimestriels des accidentés

Cette partie des résultats traite de l'ensemble des 586 accidentés dans les trois mois précédents, sans distinction des AcVC et des AC. Les données de l'enquête rapportées à l'ensemble de la population des CM2 ont permis d'estimer qu'environ 64 495 accidents ont été déclarés dans les trois mois précédant le recueil, ce qui correspond à un taux d'incidence trimestriel de 9,2 accidents pour 100 enfants.

Sur une période de trois mois, 3,2 % des enfants ont eu un accident à l'école. En dehors de l'école, les taux d'incidence trimestriels étaient de 1,5 pour les accidents domestiques, de 2,6 pour les accidents sur terrain de sport ou lieux de loisirs, 1,9 sur la voie publique ou d'autres lieux.

Par ailleurs, pour l'ensemble des accidents liés au sport au sens large, incluant ceux survenus à l'école, sur lieu de loisir, sur la voie publique et à domicile, le taux d'incidence trimestriel était 4,5. Dans près des trois quarts des cas (73 %) il s'agissait d'accidents de sport au sens strict, et un peu plus du quart (27 %) des accidents lors d'autres activités sportives. Parmi les accidents de sport au sens strict, un peu plus de la moitié (55 %) a eu lieu en sport organisé, contre 45 % en sport non organisé.

Les enfants en CM2 en 2004-2005 appartiennent à des générations différentes : si 79,4 % des élèves ont eu 10 ans en 2004 (élèves dans leur année scolaire "normale"), les 20 % restants étaient soit "en avance" (3,2 %, qui ont atteint 9 ou 8 ans en 2004), soit "en retard" (17,4 %, qui ont atteint 11 ans ou plus en 2004).

Les résultats de cette enquête viennent en complément de ceux fournis par l'Enquête permanente sur les accidents de la vie courante (Epac) et par l'ESPS 2004. En revanche, le Baromètre santé 2005, qui interroge les 12-75 ans, ne permet pas de comparaison directe.

Les données de l'Epac concernent tous les accidentés ayant eu recours aux urgences de seulement dix services d'urgence en métropole (sur plus de 600). Le recueil est permanent, assuré lors de la prise en charge de l'accidenté, quel que soit son âge, par les soignants des urgences. Les données de l'ESPS sont issues d'un échantillonnage sur la population française (tous âges). Le taux de réponse de l'enquête 2004-2005 du cycle triennal (77 % pour les établissements et 94 % pour les élèves des établissements répondants) était supérieur à celui de l'ESPS (40 % des ménages tirés au sort) et a donc assuré une meilleure représentativité que cette dernière enquête. L'enquête triennale a été conduite en entretien face à face, ce qui n'était pas le cas de l'ESPS dont les réponses étaient issues la plupart du temps de questionnaires auto-administrés. Les périodes sur lesquelles portaient les réponses diffèrent selon les enquêtes : trois mois pour l'ESPS, en deux vagues : printemps et automne, et de deux à quinze mois pour le cycle triennal.

Pour l'ESPS, l'accident décrit était le plus récent ayant conduit à un recours aux soins (par réponse à la question :

"Au cours des trois derniers mois, avez-vous été victime d'un ou plusieurs accidents de la vie courante ayant entraîné le recours à un professionnel de santé ?"), alors que pour le cycle triennal, la notion d'accident n'était pas circonscrite et c'est le plus grave qui était décrit.

L'enquête en milieu scolaire 2004-2005 a permis d'établir des taux d'incidence qui ne sont disponibles ni dans l'Epac ni dans le Baromètre santé : globalement 9,2 accidentés pour 100 enfants de CM2 par trimestre. On n'a pas trouvé de différence significative entre garçons et filles, ni entre les enfants plus jeunes et les plus âgés, mais les filles les plus jeunes avaient un TI significativement plus faible que les garçons plus âgés.

Annexe VI

L'ESPS ne fournit un TI que pour les 10-19 ans, qui est égal à 7,1 accidents pour 100 enfants par trimestre. On peut considérer que cela constitue un résultat cohérent avec celui de l'enquête en milieu scolaire, dans la mesure où l'on sait que les AcVC sont plus fréquents chez les 10-14 ans que chez les 15-19 ans, âge auquel les accidents de la circulation prennent le relais.

Dans plus de la moitié des cas (54 %), les AcVC sont survenus lors de "sport au sens large" (pratique sportive au sens strict plus activité physique de loisir à caractère sportif). La répartition par sport des accidents de sport a montré une grande différence entre sexes : garçons et filles ont eu des accidents dans des sports différents. On retrouve partiellement ce résultat dans l'Epac sur l'ensemble des accidentés quel que soit l'âge : plus d'hommes dans les sports collectifs, en athlétisme, vélo, sports nautiques et sports de raquettes, plus de femmes en équitation ; en revanche, en CM2, il y avait davantage de filles que de garçons parmi les accidentés de ski, contrairement aux résultats Epac.

Les statistiques des Médecins de montagne retrouvent un sex-ratio hommes/femmes des accidentés en montagne égal à 1,15, tous âges confondus, et à 1,02 chez les enfants [24]. Dans la présente enquête, les accidents de gymnastique/danse sont presque exclusivement féminins.

La proportion d'accidents survenus dans le cadre scolaire était similaire dans le cycle triennal et chez les 10-19 ans de l'ESPS (respectivement 31 et 29 %). Cette proportion était plus élevée pour le sous-ensemble des enfants passés aux urgences : 49 %, plus que chez les 11 ans de l'Epac : 20 %.

Les accidents survenus à domicile représentaient 19 % des accidents dans le cycle triennal, proportion plus élevée que chez les 10-19 ans de l'ESPS (13 %) mais la proportion parmi les enfants passés aux urgences (23 %) était similaire à celle des 11 ans de l'Epac (24 %).

Selon l'enquête, il est survenu 26 % d'accidents en moins en période de vacances qu'en période scolaire.

Ce résultat doit être manié avec précaution, un accident en période scolaire n'étant un accident dans le cadre scolaire que dans 62 % des cas. On n'est pas certain non plus d'avoir le même taux de couverture ni le même degré de souvenir pour les deux périodes (les grandes vacances étaient la période la plus éloignée). Il n'y a pas de résultats du même type dans les autres enquêtes.

Le mécanisme principal de survenue d'un AcVC était dans le cycle triennal (uniquement les enfants passés aux urgences) : la chute, 59 %, suivie des chocs, 25 %, des écrasements, coupures, et perforations, 9 %. Dans l'Epac, chez les 11 ans, les pourcentages correspondants étaient : chute 53 %, coup, collision 22 %, écrasement 4 %.

Les lésions les plus fréquentes dans l'enquête scolaire étaient les entorses et luxations, 33 %, suivies des fractures, 24 % et des plaies, 23 %, les filles étant plus sujettes aux entorses et les garçons aux plaies, sans différence de répartition des lésions selon l'âge. Ceci est cohérent avec les mécanismes d'accidents et les sports concernés : plus fréquemment des chocs et des sports collectifs chez les garçons, et plus fréquemment des chutes et des sports individuels chez les filles. On trouve une répartition similaire des fractures entorses et plaies pour les enfants de l'enquête scolaire passés aux urgences et ceux de l'Epac de 11 ans : respectivement 36 %, 39 %, 25 % et 38 %, 34 %, 28 %.

Les AcVC ont conduit dans 76 % des cas à des limitations dans les activités de l'enfant, dont 11 % des limitations sévères. Ils paraissent globalement moins graves que ceux de l'ESPS où la proportion d'accidentés de 10-19 ans avec limitation dans les 48 heures était de 81 %, dont 18 % de limitations sévères. Le sens de cet écart est inversé pour les recours aux urgences, qui étaient plus élevés dans le cycle triennal (60 %) que dans l'ESPS (52 %).

Annexe VI

Les analyses multivariées ont montré que, toutes choses égales par ailleurs, les garçons étaient plus souvent victimes d'un AcVC en général, mais ce résultat n'a pas été retrouvé pour les AcVC graves. Dans l'ESPS 2004, chez les moins de 25 ans, le sexe était facteur de risque d'AcVC grave, et d'accident de sport et de loisir, mais pas d'accident domestique.

Par ailleurs, dans l'enquête du cycle triennal, le sport est apparu comme facteur de risque d'AcVC grave en général, et d'AcVC grave de sport. Ce résultat n'est disponible dans aucune autre enquête.

5.3. Les accidents scolaires dans les établissements d'enseignement général : incidence, causes, conséquences⁵

L'étude a porté sur 3 294 élèves des classes de 6^{ème} à la 3^{ème} dans deux cités scolaires regroupant chacune un collège et un lycée d'enseignement général de l'agglomération de Nancy. 2 396 élèves (72,7 %) ont répondu, les garçons représentant 42 % de l'échantillon. Ont été enregistrés 369 accidents (soit 4 accidents pour 1000 élèves par semaine) dont 52,8 % d'accidents d'EPS, 12,7 % des accidents de récréation et 33,6 % d'autres accidents. L'incidence annuelle d'au moins un accident est de 12,9 % (7,7 % pour l'EPS, 1,9 % pour la récréation et 4,7 % pour les autres accidents). Les accidents multiples sont rares (2,3 %). L'incidence diminue avec l'âge pour tous les types d'accidents. L'incidence des accidents d'EPS est de 2 % pour le basket, le handball et le football, 1,9 % pour le volley, 1,3 % pour l'athlétisme et 1,2 % pour la gymnastique. Les 2/3 des accidents d'EPS ont lieu en situation pédagogique ou d'entraînement. Les victimes ont déclaré que l'accident est causé par un tiers dans 33,7 % des cas. Pour les accidents hors EPS, ce taux est de 49,7 % selon les victimes.

Les accidents les plus nombreux sont dus au choc avec un ballon (22 %), avec une autre personne (14,4 %), à une chute de plain-pied (13,6 %), au choc avec un objet immobilier (7,6 %) et à une chute après un saut (5,7 %). Les lésions sont en général bénignes (contusions 50,7 %, plaie 18,7 %, tendinite 11,7 %, entorse 9,2 %) ; elles atteignent les doigts (27,4 %), les autres localisations du membre supérieur (20,1 %), la tête (20,6 %), la cuisse, genou ou jambe (15,2 %), la cheville et le pied (13 %). Il n'y a pas de différence de groupe d'âge sauf pour les blessures de la tête (2 fois plus fréquentes chez les moins de 12 ans) et les blessures aux doigts (plus fréquentes chez les autres sujets). Les accidents d'EPS affectent surtout les doigts (30,8 %), les accidents de récréation et autres accidents la tête ou le membre supérieur (70 %).

19,5 % des accidents ont donné lieu à une consultation médicale, 2,7 % une hospitalisation, 11,4 % une interruption scolaire et 16,3 % une dispense d'EPS.

6. Les calculs de la mission

6.1. L'estimation d'un nombre d'accidents ayant entraîné une hospitalisation

Avant 2006/2007, l'Observatoire ne dispose pas du nombre d'établissements ayant déclaré des accidents. Il en dispose avant cette date, mais de manière parcellaire.

Ainsi, pour l'année 2006/2007 :

⁵ Revue française d'épidémiologie santé publique, 2002, 50, 265-276

Annexe VI

- ◆ dans le secondaire, 23 515 dossiers ont été saisis sur la base BaObAc, dans une démarche de participation volontaire :
 - 17 306 dossiers ont été saisis de façon anonyme ;
 - 6209 dossiers restants ont été renseignés par 1 879 établissements, 730 n'en ayant saisi qu'un seul, 105 plus de 10 et 16 plus de 20. L'établissement le plus participatif a renseigné 62 dossiers.
- ◆ dans le primaire, 12 557 dossiers ont été saisis par 7 937 écoles (elles ont presque toujours donné leur code UAI permettant de les repérer, et ce contrairement aux EPLE). L'école qui a le plus participé a saisi 23 dossiers d'accidents, 5 223 n'ont renseigné qu'un seul dossier.

La mission a compilé les données relatives au nombre de classes et d'élèves en 2015/16.

Tableau 9 : Nombre d'écoles au total et par tranche de nombre de classes

	2014-15	2015-16
Nombre d'écoles	52 225	51 745
Maternelle et élémentaires		
Public	46 962	46 435
Privé	5 263	5 310
Public		46 435
Dont à 1 classe		4 125
2 classes		5 786
3 classes		6 644
4 classes		6 139
5 classes		5 791
6-10 classes		13 659
11-15 classes		3 587
16 et plus		704
Privé		5 310
Dont à 1 classe		192
2 classes		493
3 classes		612
4 classes		703
5 classes		511
6-10 classes		1 778
11-15 classes		676
16 et plus		345

Source : Ministère de l'éducation nationale

Tableau 10 : Nombre d'établissements du second degré

Nombre	2014-15	2015-16
Total public	7 854	7 843
Total privé	3 489	3 488
Total secondaire	11 343	11 331

Source : ministère de l'éducation nationale

Tableau 11 : Effectifs du premier et second degré

Effectifs	2014-15	2015-16
Total premier degré	6 788 600	6 805 200
Dont public	5 880 900	5 885 300
Dont privé	907 700	920 000
Secondaire	5 497 100	5 536 400
Dont public	4 335 000	4 366 500
Dont privé	1 162 200	1 169 900

Annexe VI

Effectifs	2014-15	2015-16
Secondaire professionnel	662 991	666 993
Total secondaire	6 160 091	6 203 393

Source : ministère de l'éducation nationale

Le nombre moyen d'élèves par classe dans le second degré est de 24,5 pour les collèges, 18,5 pour les lycées professionnels, 27,9 pour les lycées d'enseignement général.

En extrapolant les résultats dans le primaire des 12 557 dossiers qui ont été saisis par 7 937 écoles, on peut estimer à 79 104 dossiers pour 50 000 écoles.

De même, en extrapolant pour le secondaire, avec 6 209 dossiers restants été renseignés par 1 879 établissements, on peut estimer à 37 442 le nombre de dossiers pour 11 331 établissements du secondaire. **Au total, on trouve un montant minimal de l'ordre de 116 546 accidents ayant nécessité une hospitalisation.**

6.2. Le nombre d'accidents provoqués par des tiers

6.2.1. Le nombre d'accidents

La mission a consulté d'autre part d'autres sources, essentiellement des enquêtes.

L'enquête portant sur les élèves de 3^{ème} en 2003-04 met en évidence un taux d'accident de **18 % d'AcVC** (hors accidents de la circulation), soit sur un total de 788 852 élèves de 3^{ème}, 141 993 accidents, dont 65 % en période scolaire, soit **92 295 accidents scolaires** (et 36 % durant les vacances). Dans 70 % des cas d'AcVC, il s'agit d'accidents durant une activité sportive.

L'enquête portant sur les élèves de CM2 en 2004-05 met en évidence un taux d'accident de **17,2 % d'AcVC** (hors accidents de la circulation), soit sur un total de 719 524 enfants, 123 758 accidents, dont 65 % en période scolaire, soit **80 442 accidents scolaires** (et 33 % durant les vacances). Dans 54 % des cas d'AcVC, il s'agit d'accidents durant une activité sportive.

Une autre étude a porté sur 3 294 élèves des classes de 6^{ème} à la 3^{ème} dans deux cités scolaires regroupant chacune un collège et un lycée d'enseignement général de l'agglomération de Nancy. Ont été enregistrés 369 accidents et partant une incidence annuelle d'au moins un accident de 12,9 % (7,7 % pour l'EPS, 1,9 % pour la récréation et 4,7 % pour les autres accidents). On relève ainsi 52,8 % d'accidents d'EPS, 12,7 % des accidents de récréation et 33,6 % d'autres accidents.

D'après ces sources, il semblerait que l'ordre de grandeur d'accidents scolaires soit plutôt de 80 000 an et par classe d'âge, **soit pour le primaire qui comporte 8 niveaux, de l'ordre de 640 000 accidents par an et pour le secondaire qui comporte 7 niveaux, de l'ordre de 560 000 accidents par an.**

6.2.2. Le nombre d'accidents provoqués par des tiers

Pour chiffrer cette donnée, la mission s'est appuyée sur trois sources :

- ◆ premièrement les données de la base BaObAc de 2006-2007, qui est la dernière année pour laquelle le champ d'information dans la rubrique circonstances humaines relatif à l'intervention d'un tiers était renseigné. **Il ressort de ces données que 35 % des accidents dans le primaire sont causés par un tiers et 20,7 % dans le secondaire ;**

Annexe VI

- ◆ deuxièmement l'étude portant sur les écoles maternelles et élémentaires de l'Académie de Paris sur la période 1989-1992, d'où il ressort qu'au minimum **21 % des accidents dans les écoles maternelles sont causés par un tiers et 36 % dans les écoles élémentaires ; au maximum, ce taux est de 56,7 % dans les écoles maternelles et de 57,5 % dans les écoles élémentaires ;**
- ◆ et troisièmement l'enquête épidémiologique en 2002 portant sur un échantillon d'élèves de la 6^{ème} à la 3^{ème} et dans laquelle les victimes ont déclaré que **l'accident est causé par un tiers dans 33,7 % des cas. Pour les accidents hors EPS, ce taux est de 49,7 % selon les victimes.**

Au final, le taux oscille entre 28 et 57 % dans le primaire et 21 à 34 % dans le secondaire. En appliquant ces fourchettes au nombre d'accidents retenu par la mission soit 640 000 dans le primaire et 560 000 dans le secondaire, il en ressort les chiffres suivants.

Tableau 12 : Estimation du nombre d'accidents causés par un tiers dans le primaire et le secondaire

	Primaire	Secondaire	Total
Minorant	178 000	117 000	295 000
Majorant	364 000	190 000	554 000

Source : Mission

Cette donnée figure d'une part dans des années 2005/2006 dans BaObAc ou bien dans l'étude portant sur les écoles maternelles et élémentaires sur la période 1989-1992 à Paris.

La première source donne 34 % dans le primaire et 20 % dans le secondaire d'accidents avec un tiers responsable, la deuxième source donne au moins 21 % en maternelle et 36 % dans le primaire, ce qui confirme les données de BaObAc. La mission retiendra ces pourcentages pour en déduire le nombre d'accidents avec tiers responsables : 34 383 accidents avec tiers responsables, soit 26 895 (34 % de 79 104) pour le primaire plus 7 488 (20 % de 37 442) pour le secondaire.

6.3. L'estimation du coût des accidents

6.3.1. La requête ATIH et ses résultats

La mission a croisé des données ATIH avec les données de la base BaObAc. Elle a demandé à l'ATIH de procéder à une requête sur les codes CIM-10 de lésions traumatiques du chapitre XIX de la CIM-10, combinés ou non à des codes de causes externes du chapitre XX de la CIM-10 étudiée sur l'année 2015, données MCO aux fins d'identification des coûts d'hospitalisation potentiellement liés à un traumatisme avec 1/3 en cause responsable.

Annexe VI

Encadré n°2: Contenu de la requête ATIH

La requête a eu lieu sur la base scellée MCO 2015, hors erreur GHM Erreur et PIE.

Pour chaque groupe de traumatisme du chapitre XIX (voir feuille codes chapitre XIX), il s'agit de rechercher les séjours ayant en diagnostic principal un code de traumatisme débutant par les 3 caractères mentionnés en colonne B pour chaque groupe.

Pour chacun des groupes traumatisme, il s'agit d'identifier les séjours ayant un code débutant par les 3 caractères d'un des grands groupes de cause (voir feuille codes chapitre XX).

Pour chaque sous-groupe : groupe du chapitre XIX / pas de groupe du chapitre XX ou groupe du chapitre XIX / groupe du chapitre XX, il s'agit d'indiquer :

- Nombre de séjours
- P25 des montants des séjours
- P50 (médiane) des montants des séjours
- P75 des montants des séjours
- Durée moyenne des séjours MCO (en nuitée)
- Nombre de mode sortie = transfert SSR (mode de sortie=7 et destination=2)
- Nombre de séjours où la date "accident de droit commun" est renseigné (non vide et différent de 00000000), conjointement avec la mention nature d'assurance =AS (nature d'assurance='10' ou '13')

Le montant des séjours doit comprendre tous les coûts du séjour y compris DMI etc. Le montant base de remboursement, ainsi que le montant remboursé AM avec le nombre de séjours valorisés correspondant ont été indiqués.

Ces requêtes sont faites:

- globalement pour tous les patients concernés
- pour les patients de 0 à moins de 6 ans
- pour les patients de 6 ans à moins de 11ans
- pour les patients de 11 ans à moins de 15 ans,
- pour les patients de 15 ans à moins de 18 ans
- pour les patients de 18 ans et plus.

Pour obtenir un document lisible, les codes de diagnostic de lésion traumatique et les codes de diagnostic des causes externes ont été regroupés. Le détail des regroupements de chaque chapitre figure respectivement dans les 3^e (Codes chap XIX) et 4^e (Codes chap XX) onglets.

Les résultats figurent en PJ de l'annexe.

A partir des données ATIH, la mission a retenu des coûts moyens suivants.

Tableau 14 : Chiffrage du montant du coût moyen du traumatisme remboursé par la sécurité sociale avec hospitalisation (données 2015)

	< 11 ans		11-18 ans	
	Aucune cause	Cause= chute	Aucune cause	Cause=chute
Lésion traumatique tête ou cou	845 €	872 €	1 724 €	2 402 €

Annexe VI

	< 11 ans		11-18 ans	
	Aucune cause	Cause= chute	Aucune cause	Cause=chute
Lésion traumatique membre supérieur	1152 €	1 331 €	1 093 €	1 426 €
Lésion traumatique membre inférieur	2 031 €	2 587 €	2 231 €	2 479 €

Source : ATIH

En appliquant les coûts moyens (aucune cause et cause= chute) par type de lésion (cou et tête, membre supérieur et membre inférieur), on obtient 858 € pour une lésion traumatique du cou ou de la tête pour les élèves du primaire, 1 771 € pour une lésion des membres inférieurs ou supérieurs, 2 063 € pour une lésion traumatique de la tête ou du cou pour un élève du secondaire et 1 807 € pour une lésion des membres inférieurs ou supérieurs pour un élève du secondaire. Ces coûts ont été appliqués pour les accidents avec séjours hospitaliers. Pour les autres accidents, la mission a estimé le passage aux urgences à 25€ et la consultation médicale en libéral à 17€.

6.3.2. Le type de lésions

L'enquête de l'INVS pour les élèves de 3^{ème} montre que la moitié des accidents le sont suite à une chute (53 %), 30 % suite à un choc, 9 % suite à un faux mouvement ou une torsion, 7 % un écrasement, une coupure ou perforation. Les lésions les plus fréquentes sont des entorses et luxations (46 %) suivies des fractures (21 %). Les accidents sont à 70 % des accidents de sport avec 21 % d'entorses de la cheville, 9 % d'entorses du doigt, 7 % du genou, 5 % de fracture du poignet, 5 % d'entorse du poignet et 4 % de fracture du poignet.

L'enquête de l'INVS pour les élèves de CM2 montre que la moitié des accidents le sont suite à une chute (59 %), 25 % suite à un choc, 9 % un écrasement, une coupure ou perforation et 7 % autres mécanismes. Dans 3 cas sur 5, l'accident a conduit l'enfant à aller aux urgences. Les lésions les plus fréquentes sont des entorses et luxations (33 %) suivies des fractures (24 %) et des plaies (23 %). Les accidents sont à 54 % des accidents de sport.

L'enquête épidémiologique portant sur un échantillon d'élèves de la 6^{ème} à la 3^{ème} montre que les lésions sont en général bénignes (contusions 50,7 %, plaie 18,7 %, tendinite 11,7 %, entorse 9,2 %) ; elles atteignent les doigts (27,4 %), les autres localisations du membre supérieur (20,1 %), la tête (20,6 %), la cuisse, genou ou jambe (15,2 %), la cheville et le pied (13 %). Les accidents d'EPS affectent surtout les doigts (30,8 %), les accidents de récréation et autres accidents la tête ou le membre supérieur (70 %). 19,5 % des accidents ont donné lieu à une consultation médicale, 2,7 % une hospitalisation, 11,4 % une interruption scolaire et 16,3 % une dispense d'EPS.

BaObAc montre que les lésions sont **tous accidents confondus (tiers ou pas tiers)** sont dans le primaire à 48,2 % des plaies et contusions, 18 % des fractures, 12,4 % des traumatismes des articulations, 4,1 % des écrasements/sections, 3,7 % de traumatismes crâniens, 1 % de traumatismes musculaires et 11,8 % d'autres traumatismes.

La difficulté réside dans le fait que ces données sont générales mais ne sont pas spécifiques aux accidents impliquant un tiers responsable.

Seule l'enquête de l'académie de Paris en primaire montre **qu'en cas d'accident avec tiers**, les lésions sont à 51 % des plaies et contusions, à 12,2 % des fractures, 25 % des fractures de dents, 3,4 % des traumatismes oculaires et un pourcentage non déterminé pour les traumatismes crâniens et rachidiens, ainsi que pour les entorses.

Annexe VI

Dans ces conditions, la mission a retenu les hypothèses suivantes : sur 100 % d'accidents, 24 % de séjours hospitaliers (dont 20 % de fractures et 4 % de traumatismes crâniens), 38 % de consultations médicales et 38 % de passages aux urgences.

Tableau 15 : Hypothèses de lésions retenues

Accidents	Primaire	Secondaire	Total
Minorant	178 000	117 000	295 000
Majorant	364 000	190 000	554 000
Dont passages aux urgences	38 % [67 640-138 320]	38 % [44 460- 72 200]	[112 100-210 520]
Dont consultation médicale	38 % [67 640-138 320]	38 % [44 460- 72 200]	[112 100-210 520]
Dont séjours hospitaliers	24 % [42 720-87 360]	24 % [28 080-45 600]	24 % [70 800-132 960]
- Fractures	20 % [35 600-72 800]	20 % [23 400-38 000]	20 % [59 000-110 800]
- Traumatismes crâniens	4 % [7 120-14 560]	4 % [4 680-7 600]	4 % [11 800-22 160]

Source : Mission

6.4. Le chiffrage du gisement

Tableau 16 : Chiffrage du gisement du RCT pour les accidents scolaires en €

Gisement potentiel du RCT	Primaire	Secondaire	Total
Minorant	71 936 564	53 765 946	125 702 510
Majorant	147 106 232	87 312 220	234 418 452
Dont passages aux urgences 38 % min.	1 691 000	1 111 500	2 802 500
Dont passage aux urgences 38 % maj.	3 458 000	1 805 000	5 263 000
Dont consultation médicale 38 % min.	1 089 004	715 806	1 804 810
Dont consultation médicale 38 % maj.	2 226 952	1 162 420	3 389 372
Dont séjours hospitaliers 24 % min.	69 156 560	51 938 640	121 095 200
Dont séjours hospitaliers 24 % maj.	141 421 280	84 344 800	225 766 080
dont fractures 20 % min.	63 047 600	42 283 800	105 331 400
dont fractures 20 % maj.	128 928 800	68 666 000	197 594 800
dont traumatismes crâniens 4 % min.	6 108 960	9 654 840	15 763 800
dont traumatismes crâniens 4 % maj.	12 492 480	15 678 800	28 171 280

Source : Mission

Au final, et sous réserve des différentes hypothèses méthodologiques, **le gisement du RCT pour les accidents scolaires varie entre 125 et 234 M€/an, ce qui suppose que l'intégralité des accidents soit déclarée. Or ce n'est pas le cas** (voir partie 2).

7. Les perspectives d'évolution et les recommandations

7.1. La nécessité de prendre en compte les réticences du corps enseignant à la fourniture de statistiques

7.1.1. La base élèves contrainte par ses origines controversées

La mise en œuvre de la base élèves du premier degré n'a pas été un long fleuve tranquille : BE1D a été lancée dans une période marquée par la « grève administrative » des directeurs d'école (2000-2006) ; expérimentée à partir de décembre 2004 dans un nombre limité d'académies, elle a été déployée progressivement, puis généralisée à la rentrée 2009 dans toutes les écoles publiques ; elle a fait l'objet d'une vigoureuse mobilisation contre ce que certains ont pu percevoir comme « un fichage » des élèves.

La décision de créer la base, déclarée à la CNIL le 24 décembre 2004, et l'arrêté du 20 octobre 2008 portant création d'un traitement automatisé de données à caractère personnel relatif au pilotage et à la gestion des élèves de l'enseignement du premier degré ont été contestés devant la juridiction administrative et partiellement annulés (décision du Conseil d'État du 19 juillet 2010) ; la base nationale des identifiants élèves, créée parallèlement en 2006, a connu un sort similaire (décision du Conseil d'État du même jour) et n'a pu être préservée qu'en limitant la durée de conservation des données : de 35 ans au total à 5 ans après la sortie de l'école primaire.

Le Conseil d'État n'a pas pour autant remis en cause la pertinence de la base élèves ni la cohérence entre les données qui devaient être initialement recueillies et les objectifs d'organisation et de gestion du système éducatif, d'aide au pilotage pédagogique et au suivi des parcours scolaires ainsi que de production de statistiques académiques et nationales. Ainsi devaient y figurer à l'origine des données relatives aux caractéristiques socioprofessionnelles des familles, à la langue et à la culture d'origine, à la maîtrise de la langue française, à la pratique d'une langue vivante étrangère. Seule la mention de la classe d'intégration scolaire (CLIS), identifiée par le chiffre codant le type de handicap de l'élève, a été interdite, étant considérée comme une donnée personnelle relative à la santé

Et encore le recueil de cette information n'a été jugé illégal que pour des raisons de procédure : il avait fait l'objet d'une déclaration à la CNIL alors qu'il nécessitait d'être pris par décret en Conseil d'État après avis motivé et publié de la commission.

Entre-temps, avant même le jugement des recours et en raison de la pression de nature politique et syndicale qui s'exerçait dans ce dossier, le ministre avait à l'époque limité drastiquement le périmètre des données recueillies ainsi que la durée maximum de conservation des données qui « *n'excèdent pas les données recueillies l'année civile au cours de laquelle l'élève n'est plus scolarisé dans le premier degré* » (arrêté du 20 octobre 2008). La base élèves actuelle est héritée de cette histoire mouvementée. Aucun ministre ne s'est hasardé à rouvrir ce dossier sensible, ce qui n'a pas empêché la maîtrise d'ouvrage (DGESCO) et la maîtrise d'œuvre (DNE) d'apporter des améliorations constantes et des fonctionnalités pratiques utiles aux directeurs d'école. Tous les responsables académiques rencontrés soulignent d'ailleurs le bon taux de remplissage de la base. Les directeurs réfractaires ne représentent que quelques unités dans un nombre limité de départements.

Annexe VI

Enfin l'arrêté du 20 octobre 2008 a été modifié en 2013 à l'initiative de la DEPP⁶ pour permettre aux services statistiques académiques (SSA) et au service statistique ministériel (DEPP) de suivre de façon automatisée des panels d'élèves, déclarés à la CNIL et ne portant que sur des échantillons comprenant moins de 5 % de la population couverte par le champ de l'enquête. Conçu exclusivement à des fins d'études et de recherche, le panel se distingue radicalement des bases de données et des fichiers de gestion du ministère.

7.1.2. Les traitements de données opérées localement dans les écoles

Les directeurs d'école n'ont pas toujours connaissance, ou conscience, de ce qui est ou non autorisé lorsqu'ils établissent des listes informatisées. Les traitements usuels – édition de listes, établissement de statistiques sur les effectifs, suivi des absences, édition de bulletins de note, interfaçage de données avec les ENT, etc. – mis en œuvre par les écoles (et les établissements scolaires) des secteurs public et privé, sont dispensés de déclaration auprès de la CNIL à condition de ne porter que sur des données objectives, strictement nécessaires à la gestion de la scolarité des enfants concernés et aisément contrôlables par les intéressés grâce à l'exercice du droit individuel d'accès.

Ils doivent en outre satisfaire à certaines conditions⁷ ayant trait :

- à leurs finalités ;
- à la catégorie de données traitées (parmi celles-ci, la nationalité, uniquement en vue de l'établissement par le ministère de traitements statistiques anonymes ; la catégorie socioprofessionnelle uniquement si le responsable légal concerné y consent) ;
- à la durée de conservation ;
- aux destinataires des informations ;
- aux sécurités ;
- à l'information et droit des personnes.

En revanche, la mise à disposition de télé services à l'attention des élèves ou de leurs responsables légaux doit faire l'objet de formalités préalables spécifiques auprès de la CNIL.

7.2. La nécessité de prendre en compte le contexte d'allègement des charges administratives des directeurs d'établissements scolaires

Le métier de directeur d'école a fait l'objet depuis 2013 d'avancées majeures. Leur régime de décharge d'enseignement a été rénové pour leur permettre de consacrer davantage de temps à leur fonction.

⁶ Arrêté du 18 janvier 2013, JO du 31 janvier 2013.

⁷ Source : délibération CNIL n°2012-184 du 7 juin 2012, Journal Officiel du 13 juillet 2012

7.2.1. Les décharges d'enseignement des directeurs d'école

Le volume de la décharge de rentrée scolaire des directeurs d'écoles de deux classes et trois classes est passé de deux jours à dix jours, soit une journée par mois. Une nouvelle décharge, d'un tiers de temps, a été créée pour les directeurs d'écoles de huit et neuf classes qui ne disposaient que d'un quart de décharge.

Pour mémoire, une grande partie des directeurs d'école n'est que partiellement déchargé de classe, circulaire du 3 septembre 2014 relative aux décharges de service des directeurs d'école

7.2.1.1. Les décharges d'enseignement

L'article 1er du décret n° 89-122 du 24 février 1989 relatif aux directeurs d'école dispose que « l'instituteur ou le professeur des écoles nommé dans l'emploi de directeur d'école peut être déchargé totalement ou partiellement d'enseignement dans les conditions fixées par le ministre chargé de l'éducation nationale », ce afin de disposer du temps nécessaire à l'exercice des responsabilités que comporte la fonction de directeur d'école en matière de pilotage pédagogique, de fonctionnement de l'école et de relations avec les parents et les partenaires de l'école.

Le tableau ci-après liste les décharges d'enseignement dont bénéficient les directeurs selon la taille de leur école et sa nature (maternelle, élémentaire ou comprenant à la fois des classes maternelles et élémentaires).

Tableau 17 : Décharges d'enseignement selon la taille et nature de l'école

École maternelle	École élémentaire ou école comprenant à la fois des classes maternelles et élémentaires	Décharges d'enseignement			
		Nombre de classes	Année scolaire 2014-2015	Année scolaire 2015-2016	À partir de l'année scolaire 2016-2017
		1 à 3			
		4	quart de décharge	quart de décharge	quart de décharge
		5 à 7			
		8		tiers de décharge	tiers de décharge
		9			
		9 à 12	10 à 13	demi-décharge	
		13 et au-delà	14 et au-delà	décharge totale	

Un quart de décharge libère un jour par semaine et une demi-journée à raison d'une semaine sur quatre. Un tiers de décharge libère un jour et demi par semaine. Une demi-décharge libère deux jours par semaine et une demi-journée à raison d'une semaine sur deux. Une décharge totale libère les neuf demi-journées hebdomadaires.

Particularités des écoles où des expérimentations relatives à l'organisation des rythmes scolaires sont autorisées

Lorsque, en application du décret n°2014-457 du 7 mai 2014, les enseignements hebdomadaires sont regroupés sur huit demi-journées :

- un quart de décharge libère un jour par semaine ;
- un tiers de décharge libère un jour par semaine et soit un jour à raison d'une semaine sur trois, soit une demi-journée deux semaines sur trois ;

Annexe VI

- une demi-décharge libère deux jours par semaine ;
- une décharge totale libère les huit demi-journées hebdomadaires.

La décharge d'enseignement ne s'impute jamais sur la neuvième demi-journée - où se concentrent les activités périscolaires.

Tableau 18 : Décharge d'enseignement des directeurs d'école annexe et d'école d'application

Nombre de classes d'application	Décharge d'enseignement
1 à 2	
3 à 4	demi-décharge
5 et au-delà	décharge totale

Décharge d'enseignement des directeurs d'école comptant au moins 3 classes d'inclusion scolaire

Les directeurs d'école comptant au moins 3 classes d'inclusion scolaire bénéficient du régime de décharge d'enseignement de droit commun lorsque leur école compte moins de 5 classes. Lorsqu'elle compte 5 classes ou plus, ils bénéficient d'une décharge totale d'enseignement.

Une décharge de rentrée et de fin d'année scolaire est attribuée aux directeurs d'école non déchargés d'enseignement, c'est-à-dire assurant la direction d'écoles de moins de 4 classes, dans les conditions suivantes :

Tableau 19 : Décharge d'enseignement de rentrée et fin d'année scolaire des directeurs d'école

Nombre de classes de l'école	Décharges de rentrée et de fin d'année scolaire		
	Année scolaire 2014-2015	Année scolaire 2015-2016	À partir de l'année scolaire 2016-2017
1	4 jours fractionnables : 2 à 3 jours mobilisables de la rentrée aux vacances de la Toussaint et 1 à 2 jours mobilisables en mai et juin	4 jours fractionnables : 2 à 3 jours mobilisables de la rentrée aux vacances de la Toussaint et 1 à 2 jours mobilisables en mai et juin	4 jours fractionnables : 2 à 3 jours mobilisables de la rentrée aux vacances de la Toussaint et 1 à 2 jours mobilisables en mai et juin
2			10 jours fractionnables (1 journée par mois)
3		10 jours fractionnables (1 journée par mois)	

Tableau 1 : Décharge d'enseignement des directeurs d'école sur le service de trente-six heures consacrées aux activités pédagogiques complémentaires

Nombre de classes de l'école	Décharge sur le service d'APC (36 h)
1 à 2	6 h
3 à 4	18 h
5 et au-delà	36 h

Le tableau de service adressé par le directeur de l'école à l'inspecteur de l'éducation nationale chargé de circonscription précise les modalités d'application de cette décharge.

7.2.2. L'allègement des charges administratives

7.2.2.1. Les 16 engagements

La formation de tous les directeurs a été renforcée de trois jours. Un tutorat des directeurs d'école nouvellement nommés par des directeurs expérimentés et volontaires a été mis en place. Sur le plan financier, le régime indemnitaire a été revu et augmenté. L'accès à la hors classe est accéléré et les directeurs d'école sont éligibles à la nouvelle classe exceptionnelle.

Le référentiel métier publié en décembre 2014 actualise la définition de leurs tâches et de leurs responsabilités. **Toutefois, de nombreuses tâches administratives, notamment la multiplication des enquêtes, viennent encore alourdir le travail des directeurs d'école et les détournent ainsi de leur mission première d'animation pédagogique et d'organisation de l'école.** Plus de 15 000 contrats aidés étaient déjà mobilisés pour apporter une aide administrative aux directeurs d'école. Pour alléger plus encore leurs tâches, en simplifiant et en supprimant un certain nombre d'entre elles, un travail associant les directeurs d'école a été entamé en 2014 et a abouti aujourd'hui à présenter les "16 engagements pour l'amélioration de l'exercice du métier de directeur d'école".

Concrètement, ces 16 engagements sont regroupés en six axes (**écoute des besoins des directeurs d'école et pilotage de la simplification de leurs tâches administratives**, qualité de vie au travail, **allègement et simplification des sollicitations**, pilotage de la circulation de l'information, outils numériques nationaux, formation et accompagnement). Ces engagements vont désormais être opérationnalisés dans les académies et des départements qui vont devoir simplifier les tâches des directeurs d'école. Ces engagements s'inscrivent dans le prolongement de la loi du 8 juillet 2013 pour la refondation de l'École, et plus particulièrement des dynamiques incarnées par la circulaire n° 2014-163 du 1^{er} décembre 2014 relative au référentiel métier des directeurs, la circulaire n° 2014-138 du 23 octobre 2014 relative aux protocoles de simplification des tâches et les protocoles académiques de simplification des tâches administratives construits dans ce cadre.

En ce qui concerne le premier axe (engagements relatifs à l'écoute des besoins des directrices et directeurs d'école et au pilotage de la simplification de leurs tâches administratives), plusieurs engagements ont été pris :

- ◆ Engagement 1 : les académies assurent la promotion, la diffusion et le suivi de la mise en œuvre des initiatives nationales et des protocoles académiques visant la simplification des tâches administratives des directrices et directeurs d'école, en lien étroit avec les DSDEN. Elles organisent un dispositif de mise à jour à minima annuel des protocoles et s'attachent à y intégrer les meilleures pratiques.
- ◆ Engagement 2 : les directions et services d'administration centrale favorisent des dispositifs de mutualisation de pratiques et d'expériences entre académies. Le « film annuel des directeurs d'école » et le « guide pratique pour la direction de l'école primaire », publiés sur Éduscol, sont actualisés régulièrement.

En ce qui concerne le deuxième axe (engagements relatifs à l'allègement des sollicitations des directrices et directeurs d'école), les engagements suivants ont été pris :

- ◆ **Engagement 5** : le portail ORQUESTRA 1^{er} degré, outil de pilotage des enquêtes et de restitution d'une synthèse des réponses entre les niveaux national, académique et départemental, est progressivement déployé à partir de début 2017.

Annexe VI

- ◆ **Engagement 6 :** les directions et services d'administration centrale s'engagent à prolonger leurs démarches d'allègement du nombre d'enquêtes nationales et à documenter leurs modalités de réponse, en particulier par l'usage des systèmes d'information existants.
- ◆ **Engagement 7 :** Les acteurs académiques, en rectorat, DSDEN et circonscriptions, chacun à leur niveau, attachent une vigilance particulière à la programmation annuelle des enquêtes, à la réduction de leur nombre notamment en évitant des doublons, à la définition de délais de réponse réalistes et à une restitution des résultats des enquêtes aux directrices et directeurs d'école.

7.2.2.2. *Le protocole de simplification des tâches*

Dans le cadre du programme de la refondation de l'École et des consultations nationales menées pour l'évolution des missions et des métiers des personnels de l'éducation nationale, une des conclusions du groupe métier « directeurs d'école » actait la nécessaire simplification des tâches des directeurs.

Afin de prendre en compte l'incidence de ces évolutions sur la fonction de directeur d'école, et alors que le protocole du 10 mai 2006 concernant les directeurs d'école n'avait pas connu d'évolution notable à ce jour, le groupe métier « directeur d'école » a proposé 5 engagements principaux :

- l'élaboration d'un référentiel-métier pour faire évoluer le recrutement et l'affectation ;
- la simplification des tâches : le développement de l'aide à la direction d'école, la mise en place de protocoles de simplification, et l'élaboration d'un guide juridique ;
- l'évolution de la formation ;
- l'amélioration des conditions d'exercice (redéfinition des décharges) ;
- l'amélioration des perspectives de carrière.

Ce protocole prévoit à compter de la rentrée 2014 l'amélioration des ressources juridiques et administratives mises à la disposition des directeurs ainsi que l'amélioration des outils de gestion et de communication de l'école.

7.2.2.2.1. *L'amélioration des ressources juridiques et administratives mises à la disposition des directeurs d'école*

Le ministère s'engage à diffuser un « guide pratique pour la direction d'école » traitant de l'ensemble des questions liées au positionnement de l'école primaire dans l'éducation nationale, à la vie de l'école, à la place des élèves et des parents, au fonctionnement de l'école et aux relations avec les collectivités territoriales et les partenaires de l'école.

Ce guide sera progressivement mis à disposition des directeurs à partir de la rentrée 2014, à l'aide d'un support en ligne et d'Éduscol. Il est conçu pour rassembler, à terme, tous les liens utiles à l'information complète de ses utilisateurs et sera régulièrement actualisé.

7.2.2.2.2. *L'amélioration des outils de gestion et de communication*

Le ministère s'engage à faire évoluer les applications nationales de gestion mises à la disposition des directeurs d'école dans le sens d'une simplification des usages.

Annexe VI

Une nouvelle version de BE1d a été mise à la disposition des écoles pour la rentrée 2014 (cf. la note SG/ Dgesco du 16 juin, destinée aux recteurs, sur les constats de rentrée 2014 des effectifs d'élèves des écoles publiques et privées du 1er degré).

Cette application BE1d fera l'objet d'une refonte ergonomique destinée à rendre son utilisation plus fluide. Son enrichissement par de nouvelles fonctionnalités au service du fonctionnement quotidien des écoles, telles que l'édition de documents-types ou la dématérialisation de procédures papier, sera étudié prioritairement. En outre, afin de limiter au maximum le recours aux enquêtes, une réflexion sera conduite sur l'optimisation de la fonction de pilotage offerte par cette base à tous les responsables de l'école primaire.

Les améliorations de BE1d doivent aussi porter sur la simplification de ses interfaces avec les outils de gestion utilisés par les communes, afin d'optimiser le potentiel de cette application et de limiter les sollicitations faites aux directeurs d'école. Plusieurs modalités de transmission, adaptées à la taille de la commune, devraient être proposées.

Toutes ces évolutions seront abordées par le comité des utilisateurs de BE1d, regroupant des représentants de directeurs d'école et de l'administration centrale et déconcentrée.

L'application Affelnet 6e sera également revue pour réduire le volume des saisies effectuées dans les écoles et, progressivement à partir de la rentrée 2015 et pour la rentrée 2016, rationaliser les échanges d'information avec les parents concernant les procédures d'affectation en collège, et en particulier l'expression des vœux des familles.

L'application Ececa (élection conseil d'école, conseil d'administration) est déployée au profit des directeurs d'école et des directions des services départementaux de l'éducation nationale (DSDEN) pour les élections des représentants de parents d'élèves. Elle permet d'en saisir directement les résultats pour computation automatique et transmission aux services des DSDEN. La dématérialisation des échanges d'informations sur les résultats des élections simplifie la tâche des directeurs d'école qui n'ont pas à transmettre d'autres informations que celles qu'ils transmettaient chaque année par des documents écrits (le nombre d'inscrits, le nombre de votants, le nombre de bulletins blancs ou nuls, le nombre de suffrages exprimés, le nombre de sièges à pourvoir, le nombre de suffrages obtenus par liste). L'application prévoit un contrôle automatique de la cohérence des données saisies (nombre d'inscrits, nombre de votants, nombre de voix par liste) et les directeurs d'école n'ont plus à effectuer le calcul du quotient électoral et de la répartition des sièges pour chaque liste de candidats.

Des expérimentations concernant le déploiement d'applications académiques, destinées à réduire la charge de la réponse aux enquêtes, et à dématérialiser les procédures d'échange entre les directeurs et les circonscriptions sont en cours dans les académies de Strasbourg et de Dijon. En parallèle, la direction du numérique pour l'éducation (et plus particulièrement le service des technologies et des systèmes d'information) conduira une étude technique et fonctionnelle visant à la sécurisation et à la convergence de ces applications pour les généraliser. L'objectif est d'expérimenter un pilote, reprenant une part substantielle des fonctionnalités des deux applications sur une académie après la rentrée 2015.

Le ministère incite les académies à développer les outils de communication mis à la disposition des directeurs d'école.

En effet, les académies ne disposent pas encore toutes d'intranets académiques premier degré. Or, les espaces de circonscription 1er degré présents dans les intranets académiques améliorent, lorsqu'ils existent, l'information régulière des directeurs, tout en limitant les envois de courriels.

Les académies devront veiller à s'assurer de la cohérence des espaces de circonscriptions avec les espaces collaboratifs qui seront parfois créés dans certains espaces numériques de travail (ENT) du premier degré (selon les territoires).

Annexe VI

Enfin, Canopé a reçu pour mission du ministère de mettre à la disposition de tous les enseignants un réseau social professionnel. Ce réseau social intitulé « via éduc » est actuellement en cours d'expérimentation et la direction du numérique pour l'éducation étudiera les possibilités de sa montée en puissance. Une démarche spécifique d'expérimentation ciblée sur des communautés de directeurs doit être lancée dans trois départements (la Vienne, la Côte-d'Or, et le Val-d'Oise). Ces expérimentations peuvent également représenter le contexte adapté pour proposer les meilleures modalités d'échanges de pratiques, et de conseils entre pairs pour enrichir l'ensemble de la communauté de leurs expériences et compétences. Le ministère, en relation étroite avec Canopé, suivra la mise en place et les résultats de ces expérimentations pendant l'année scolaire 2014-2015 et définira les meilleures conditions de leur généralisation.

7.2.2.3. Les démarches académiques et départementales pour la simplification des tâches administratives des directeurs d'école

Au niveau départemental : des groupes de travail, respectant la représentativité des comités techniques spéciaux départementaux (CTSD), seront mis en place entre novembre 2014 et mai 2015 pour élaborer des propositions d'évolution des différentes procédures administratives qui concernent les directeurs d'école.

Un protocole académique sera rédigé à l'issue de cette phase de concertation départementale, en reprenant de manière cohérente les principales propositions abordées préalablement au sein des différents départements de l'académie.

Il veillera notamment à respecter les principes de simplification suivants :

- la limitation des enquêtes académiques ou de circonscriptions aux informations qui ne sont pas disponibles dans les bases de gestion ;
- la mise en place de modalités de communication institutionnelles régulières de la part des services académiques vers les écoles et plus particulièrement les directeurs, permettant d'éviter les éventuels doublons (type bulletin hebdomadaire par exemple) ;
- la mise au point et la diffusion aux directeurs d'école d'une carte des expertises disponibles en cas de questionnements spécifiques. Certaines questions juridiques justifient en particulier que les directeurs d'école puissent recourir à une expertise au sein des services académiques. Le positionnement de cette expertise dans l'organisation académique peut varier d'une académie à l'autre mais elle mérite d'être connue de tous (directeurs et IEN). Vous vous attacherez dans ce cadre à mettre en place, selon les modalités les mieux adaptées, un dispositif permettant de répondre aux questions ponctuelles des directeurs d'école concernant l'exercice quotidien de leurs fonctions.

À titre d'exemple différentes pistes de réflexion peuvent être engagées au niveau départemental :

- le développement et l'enrichissement des espaces de circonscription 1er degré dans les intranets académiques (cf. supra, ces espaces pourraient prévoir un accès à la totalité des informations et outils utiles aux directeurs) ;
- les modes de communication entre la direction des services départementaux, les circonscriptions et les directeurs d'école ;
- le renforcement de la formation et de l'information des personnels des circonscriptions et des services académiques pour l'utilisation des données existantes dans BE1d et Décibel, sans demande ou enquête complémentaire auprès des écoles ;
- la simplification des sollicitations des directeurs s'agissant des procédures de sécurité et de prévention des risques (PPMS et DUERP) ;

Annexe VI

- le renforcement des modalités de conseil et d'échange entre pairs ;
- la relance des projets d'école, qui accompagnera la diffusion des nouveaux programmes de l'école primaire, devra pouvoir s'appuyer sur les informations disponibles et respecter ces principes de simplification.

Pendant la prochaine année scolaire, le secrétaire général présidera un comité de suivi des protocoles de simplification adoptés aux niveaux national et académique, chargé d'effectuer régulièrement l'état des lieux des actions de simplification réalisées.

7.3. La recommandation

Suite à l'échec de la tentative d'élargir aux directeurs d'établissements scolaires l'obligation d'informer la caisse en cas d'incident du à un tiers dans le PLFSS 2017, plusieurs options semblent possibles.

D'après l'analyse juridique de la MJCE, la transmission des données relatives aux accidents scolaires semble donc subordonnée à des modifications de nature législative. Au-delà de ce sujet juridique, si une transmission de tous les signalements d'accidents scolaires n'apparaît pas forcément nécessaire au vu de la sous déclaration massive des accidents auprès des assureurs (notamment au regard des contraintes que cela impliquerait pour les chefs d'établissements), l'option suivante pourrait être envisagée : une transmission d'informations limitée aux accidents les plus graves ; la notion de gravité devrait être précisée ainsi que l'autorité en charge de la transmission (établissement ou inspection d'académie) ; la mission propose que ce soit un séjour hospitalier (hors simple passage aux urgences).

PIÈCES JOINTES À L'ANNEXE VI

Dénombrement des séjours où la date "accident de droit commun" est renseigné (non vide et différent de 00000000), conjointement avec la mention nature d'assurance =AS

(nature d'assurance='10' ou '13') en dehors des séjours du groupe du Données PMSI 2015

Racine de GHM	Nb séjours	
28Z18	Radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité, en séances	1 706
28Z07	Chimiothérapie pour tumeur, en séances	621
28Z23	Techniques complexes d'irradiation externe avec repositionnement, en séances	420
20Z05	Ethylisme aigu	297
08C14	Résections osseuses localisées et/ou ablation de matériel de fixation interne au niveau d'une localisation autre que la hanche et le fémur	188
05M05	Syncopes et lipothymies	186
08M29	Autres pathologies rachidiennes relevant d'un traitement médical	175
01M21	Douleurs chroniques rebelles	165
23M20	Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23	164
28Z24	Techniques complexes d'irradiation externe sans repositionnement, en séances	160
01M25	Epilepsie, âge supérieur à 17 ans	132
17M06	Chimiothérapie pour autre tumeur	131
01M30	Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires	113
05M13	Douleurs thoraciques	92
01M34	Anomalies de la démarche d'origine neurologique	82
08M19	Autres pathologies de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	76
01C15	Libérations du médian au canal carpien	73
01M22	Migraines et céphalées	71
04M05	Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans	70
21M14	Autres traumatismes et effets nocifs autres que les intoxications	70
28Z19	Préparations à une irradiation externe par RCMI ou techniques spéciales	70
08M28	Autres rachialgies	69
20Z04	Ethylisme avec dépendance	67
05M08	Arythmies et troubles de la conduction cardiaque	65
06M12	Douleurs abdominales	63
05M09	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire	60
05K10	Actes diagnostiques par voie vasculaire	56
08C45	Ménisectomie sous arthroscopie	56
08C58	Arthroscopies de l'épaule	55
05K05	Endoprothèses vasculaires avec infarctus du myocarde	52
08M25	Fractures pathologiques et autres tumeurs malignes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	50
11M04	Infections des reins et des voies urinaires, âge supérieur à 17 ans	48
06K04	Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire	47
08C46	Autres interventions sur les tissus mous	47
09M05	Lésions, infections et inflammations de la peau et des tissus sous-cutanés, âge supérieur à 17 ans	46
06M03	Autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge supérieur à 17 ans	43
08M15	Tendinites, myosites et bursites	42
08M36	Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 08	38

04M13	Oedème pulmonaire et détresse respiratoire	37
28Z15	Oxygénothérapie hyperbare, en séances	37
01M16	Accidents ischémiques transitoires et occlusions des artères précérébrales, âge inférieur à 80 ans	36
08C49	Interventions sur la hanche et le fémur pour traumatismes récents, âge supérieur à 17 ans	36
01M11	Affections des nerfs crâniens et rachidiens	34
05K06	Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde	34
08C27	Autres interventions sur le rachis	34
08C35	Interventions sur le bras, coude et épaule	34
08M10	Maladies osseuses et arthropathies spécifiques	34
09C10	Autres interventions sur la peau, les tissus sous-cutanés ou les seins	34
08M27	Sciatiques et autres radiculopathies	33
28Z20	Préparations à une irradiation externe avec dosimétrie tridimensionnelle avec HDV	33
10M16	Troubles métaboliques, âge supérieur à 17 ans	32
28Z17	Chimiothérapie pour affection non tumorale, en séances	32
03M05	Troubles de l'équilibre	31
08C38	Autres arthroscopies du genou	30
08C43	Interventions non mineures sur la main	30
19M02	Troubles aigus de l'adaptation et du fonctionnement psychosocial	30
07M10	Pancréatites aiguës	29
05M17	Autres affections de l'appareil circulatoire	27
06C09	Appendicectomies non compliquées	27
05K14	Mise en place de certains accès vasculaires pour des affections de la CMD 05, séjours de moins de 2 jours	25
01M31	Autres accidents vasculaires cérébraux non transitoires	24
04M11	Signes et symptômes respiratoires	24
06M18	Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 06	24
11M02	Lithiases urinaires	24
04M12	Pneumothorax	23
08K02	Affections de l'appareil musculosquelettique sans acte opératoire de la CMD 08, avec anesthésie, en ambulatoire	23
11M12	Signes et symptômes concernant les reins et les voies urinaires, âge supérieur à 17 ans	23
16M11	Autres troubles de la lignée érythrocytaire, âge supérieur à 17 ans	23
04M20	Bronchopneumopathies chroniques surinfectées	22
06C12	Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans	21
23M10	Soins de contrôle chirurgicaux	21
01M35	Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 01	20
05M12	Troubles vasculaires périphériques	20
08C32	Interventions sur la jambe, âge supérieur à 17 ans	20
09M07	Autres affections dermatologiques	20
23K02	Explorations nocturnes et apparentées : séjours de moins de 2 jours	20
23Z02	Soins Palliatifs, avec ou sans acte	20
08C22	Interventions pour reprise de prothèses articulaires	19
14M03	Affections de l'ante partum sans intervention chirurgicale	19
04M03	Bronchites et asthme, âge supérieur à 17 ans	18
04M07	Infections et inflammations respiratoires, âge supérieur à 17 ans	18
06M06	Occlusions intestinales non dues à une hernie	18
06M09	Autres affections digestives, âge supérieur à 17 ans	18

08C52	Autres interventions majeures sur le rachis	18
08M31	Ostéomyélites aiguës (y compris vertébrales) et arthrites septiques	18
21M05	Réactions allergiques non classées ailleurs, âge supérieur à 17 ans	18
05M04	Infarctus aigu du myocarde	17
05M06	Angine de poitrine	17
08C24	Prothèses de genou	17
11M06	Insuffisance rénale, sans dialyse	17
01C04	Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans	16
01M26	Tumeurs malignes du système nerveux	16
05C15	Poses d'un stimulateur cardiaque permanent sans infarctus aigu du myocarde, ni insuffisance cardiaque congestive, ni état de choc	16
05M15	Hypertension artérielle	16
12M06	Prostatites aiguës et orchites	16
19M07	Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge inférieur à 80 ans	16
19M11	Névroses dépressives	16
26C02	Interventions pour traumatismes multiples graves	16
28Z11	Techniques spéciales d'irradiation externe, en séances	16
01C14	Libérations de nerfs superficiels à l'exception du médian au canal carpien	15
01K04	Injections de toxine botulique, en ambulatoire	15
01M13	Troubles de la conscience et comas d'origine non traumatique	15
04M10	Embolies pulmonaires	15
08C34	Interventions sur les ligaments croisés sous arthroscopie	15
10M02	Diabète, âge supérieur à 35 ans	15
19M06	Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge supérieur à 79 ans	15
06K02	Endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours	14
08C37	Interventions sur le pied, âge supérieur à 17 ans	14
08C40	Arthroscopies d'autres localisations	14
08C42	Interventions non mineures sur les tissus mous	14
08C44	Autres interventions sur la main	14
08C54	Interventions sur le genou pour des affections autres que traumatiques	14
09K02	Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins sans acte opératoire de la CMD 09, avec anesthésie, en ambulatoire	14
02C08	Autres interventions extraoculaires, âge supérieur à 17 ans	13
05M22	Autres affections de la CMD 05 avec décès : séjours de moins de 2 jours	13
08C60	Interventions sur le poignet autres que les téno-synovectomies	13
08C61	Interventions majeures pour infections ostéoarticulaires	13
08C62	Autres interventions pour infections ostéoarticulaires	13
11C11	Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour lithiases urinaires	13
18M07	Septicémies, âge supérieur à 17 ans	13
23M06	Autres facteurs influant sur l'état de santé	13
08C48	Prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents	12
10C13	Interventions digestives autres que les gastropplasties, pour obésité	12
01C05	Interventions sur le rachis et la moelle pour des affections neurologiques	11
01K07	Embolisations intracrâniennes et médullaires pour hémorragie	11
02C05	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	11

05M16	Athérosclérose coronarienne	11
06C04	Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon	11
07M02	Affections des voies biliaires	11
07M07	Cirrhoses alcooliques	11
07M14	Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 07	11
08M09	Arthropathies non spécifiques	11
01M24	Epilepsie, âge inférieur à 18 ans	10
03M06	Epistaxis	10
03M13	Infections aiguës sévères des voies aériennes supérieures, âge supérieur à 17 ans	10
04M17	Epanchements pleuraux	10
06C14	Interventions sur le rectum et l'anus autres que les résections rectales	10
10M08	Acidocétose et coma diabétique	10
16M13	Autres troubles de la coagulation	10
18C02	Interventions pour maladies infectieuses ou parasitaires	10
19M10	Névroses autres que les névroses dépressives	10
19M22	Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 19	10
28Z22	Autres préparations à une irradiation externe	10
01K05	Séjours pour douleurs chroniques rebelles comprenant un bloc ou une infiltration, en ambulatoire	9
01M12	Autres affections du système nerveux	9
04M22	Explorations et surveillance pour affections de l'appareil respiratoire	9
06C08	Appendicectomies compliquées	9
06C25	Interventions réparatrices pour hernies à l'exception des hernies inguinales, crurales, âge supérieur à 17 ans	9
06M04	Hémorragies digestives	9
07M06	Affections malignes du système hépato-biliaire ou du pancréas	9
08M14	Affections du tissu conjonctif	9
13M05	Infections de l'utérus et de ses annexes	9
14Z16	Faux travail et menaces d'accouchements prématurés	9
15M05	Nouveau-nés de 3300g et âge gestationnel de 40 SA et assimilés (groupe nouveau-nés 1)	9
18M04	Fièvres d'étiologie indéterminée, âge supérieur à 17 ans	9
01M32	Explorations et surveillance pour affections du système nerveux	8
04M08	Bronchopneumopathies chroniques	8
04M09	Tumeurs de l'appareil respiratoire	8
04M25	Grippes	8
05M23	Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 05	8
06M02	Autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge inférieur à 18 ans	8
07C13	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale pour affections aiguës	8
08C33	Interventions sur la cheville et l'arrière-pied à l'exception des fractures	8
09C03	Greffes de peau et/ou parages de plaie à l'exception des ulcères cutanés et cellulites	8
10M07	Autres troubles endocriniens	8
11C13	Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour des affections non lithiasiques	8
13M04	Autres affections de l'appareil génital féminin	8
19M16	Autres psychoses, âge inférieur à 80 ans	8
28Z14	Transfusions, en séances	8
02C02	Interventions sur la rétine	7

03M03	Otitites moyennes et autres infections des voies aériennes supérieures, âge inférieur à 18 ans	7
03M11	Affections de la bouche et des dents sans certaines extractions, réparations ou prothèses dentaires, âge supérieur à 17 ans	7
05C11	Autres interventions de chirurgie vasculaire	7
05M14	Arrêt cardiaque	7
08C13	Résections osseuses localisées et/ou ablation de matériel de fixation interne au niveau de la hanche et du fémur	7
08C21	Autres interventions portant sur l'appareil musculosquelettique et le tissu conjonctif	7
08C39	Interventions sur l'avant-bras	7
09C08	Interventions sur la région anale et périanale	7
10M18	Troubles nutritionnels divers, âge supérieur à 17 ans	7
11M16	Autres affections des reins et des voies urinaires, à l'exception de celles d'origine diabétique, âge supérieur à 17 ans	7
15M02	Transferts précoces de nouveau-nés vers un autre établissement MCO	7
01M08	Maladies dégénératives du système nerveux, âge inférieur à 80 ans	6
01M09	Affections et lésions du rachis et de la moelle	6
02M03	Infections oculaires aiguës sévères	6
02M04	Affections oculaires d'origine neurologique	6
02M08	Autres affections oculaires d'origine non diabétique, âge supérieur à 17 ans	6
03C07	Interventions sur les sinus et l'apophyse mastoïde, âge supérieur à 17 ans	6
03M15	Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 03	6
04M24	Affections de la CMD 04 avec décès : séjours de moins de 2 jours	6
04M27	Autres affections respiratoires concernant majoritairement la petite enfance	6
08M33	Ablation de matériel sans acte classant	6
09M04	Lésions, infections et inflammations de la peau et des tissus sous-cutanés, âge inférieur à 18 ans	6
13C08	Interventions sur la vulve, le vagin ou le col utérin	6
17M15	Lymphomes et autres affections malignes lymphoïdes	6
23K03	Motifs de recours de la CMD 23 sans acte opératoire, avec anesthésie, en ambulatoire	6
01C03	Craniotomies pour traumatisme, âge supérieur à 17 ans	5
01C10	Pose d'un stimulateur médullaire	5
02C11	Autres interventions intraoculaires en dehors des affections sévères	5
03M04	Otitites moyennes et autres infections des voies aériennes supérieures, âge supérieur à 17 ans	5
03M09	Autres diagnostics portant sur les oreilles, le nez, la gorge ou la bouche, âge supérieur à 17 ans	5
04C02	Interventions majeures sur le thorax	5
04C04	Interventions sous thoracoscopie	5
04M02	Bronchites et asthme, âge inférieur à 18 ans	5
04M15	Autres diagnostics portant sur le système respiratoire	5
05C18	Autres interventions sur le système circulatoire	5
05C19	Poses d'un défibrillateur cardiaque	5
05M07	Thrombophlébites veineuses profondes	5
06M07	Maladies inflammatoires de l'intestin	5
08M30	Rhumatismes et raideurs articulaires	5
09M06	Ulcères cutanés	5
10M20	Problèmes alimentaires du nouveau-né et du nourrisson	5
11C12	Injections de toxine botulique dans l'appareil urinaire	5

12C06	Interventions sur les testicules pour affections non malignes, âge inférieur à 18 ans	5
12C07	Interventions sur les testicules pour affections non malignes, âge supérieur à 17 ans	5
14Z04	Avortements sans aspiration, ni curetage, ni hystérotomie	5
14Z08	Interruptions volontaires de grossesse : séjours de moins de 3 jours	5
16M10	Troubles sévères de la lignée érythrocytaire, âge supérieur à 17 ans	5
20Z06	Troubles mentaux organiques induits par l'alcool ou d'autres substances	5
21M13	Maltraitance	5
23M16	Convalescences et autres motifs sociaux	5
01M04	Méningites virales	4
01M07	Maladies dégénératives du système nerveux, âge supérieur à 79 ans	4
02C03	Interventions sur l'orbite	4
03C09	Rhinoplasties	4
03C16	Autres interventions chirurgicales portant sur les oreilles, le nez, la gorge ou le cou	4
03K02	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires	4
05C14	Poses d'un stimulateur cardiaque permanent avec infarctus aigu du myocarde ou insuffisance cardiaque congestive ou état de choc	4
06C19	Hémorroïdectomies	4
06C24	Cures d'événtrations postopératoires, âge supérieur à 17 ans	4
06M05	Autres tumeurs malignes du tube digestif	4
06M13	Tumeurs malignes de l'oesophage et de l'estomac	4
07M04	Autres affections hépatiques	4
08C50	Interventions sur la hanche et le fémur sauf traumatismes récents, âge supérieur à 17 ans	4
08M32	Ostéomyélites chroniques	4
09C09	Interventions plastiques en dehors de la chirurgie esthétique	4
11M07	Tumeurs des reins et des voies urinaires	4
14C09	Grossesses ectopiques avec intervention chirurgicale	4
15M07	Nouveau-nés de 2200g et âge gestationnel de 37 SA et assimilés (groupe nouveau-nés 3)	4
17K04	Autres irradiations	4
19M18	Autres maladies et troubles mentaux de l'enfance	4
19M19	Troubles de l'humeur	4
20Z03	Abus de drogues non éthyliques sans dépendance	4
23C02	Interventions chirurgicales avec autres motifs de recours aux services de santé	4
23M09	Chimiothérapie pour affections non tumorales	4
25M02	Autres maladies dues au VIH	4
01C06	Interventions sur le système vasculaire précérébral	3
01C08	Interventions sur les nerfs crâniens ou périphériques et autres interventions sur le système nerveux	3
01M05	Infections du système nerveux à l'exception des méningites virales	3
01M10	Autres affections cérébrovasculaires	3
01M15	Accidents ischémiques transitoires et occlusions des artères précérébrales, âge supérieur à 79 ans	3
01M36	Accidents vasculaires cérébraux non transitoires avec décès : séjours de moins de 2 jours	3
02C09	Allogreffes de cornée	3

03C13	Interventions sur les amygdales et les végétations adénoïdes autres que les amygdalectomies et/ou les adénoïdectomies isolées, âge supérieur à 17 ans	3
03M07	Tumeurs malignes des oreilles, du nez, de la gorge ou de la bouche	3
03M12	Infections aiguës sévères des voies aériennes supérieures, âge inférieur à 18 ans	3
05C06	Autres interventions cardiothoraciques, âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, avec circulation extracorporelle	3
05C10	Chirurgie majeure de revascularisation	3
05C21	Créations et réfections de fistules artérioveineuses pour affections de la CMD 05	3
05K25	Actes thérapeutiques sur les artères par voie vasculaire, âge supérieur à 17 ans	3
05M18	Endocardites aiguës et subaiguës	3
06C07	Interventions mineures sur l'intestin grêle et le côlon	3
06M19	Affections sévères du tube digestif	3
08C12	Biopsies ostéoarticulaires	3
08C59	Ténosynovectomies du poignet	3
08M21	Entorses, luxations et dislocations du bras et de l'avant-bras, âge supérieur à 17 ans	3
09M08	Affections dermatologiques sévères	3
10M14	Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 10	3
11C02	Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection tumorale	3
11M19	Autres symptômes et recours aux soins de la CMD 11	3
12M05	Autres affections de l'appareil génital masculin	3
13C07	Interventions sur le système utéroannexiel pour des affections non malignes, autres que les interruptions tubaires	3
15M11	Nouveau-nés de 1500g et âge gestationnel de 33 SA et assimilés (groupe nouveau-nés 7)	3
28Z21	Préparations à une irradiation externe avec dosimétrie tridimensionnelle sans HDV	3
01K02	Autres embolisations intracrâniennes et médullaires	2
01K03	Autres actes thérapeutiques par voie vasculaire du système nerveux	2
01K06	Affections du système nerveux sans acte opératoire avec anesthésie, en ambulatoire	2
01M17	Sclérose en plaques et ataxie cérébelleuse	2
01M23	Convulsions hyperthermiques	2
02C07	Autres interventions extraoculaires, âge inférieur à 18 ans	2
02M05	Autres affections oculaires, âge inférieur à 18 ans	2
02M07	Autres affections oculaires d'origine diabétique, âge supérieur à 17 ans	2
03C17	Interventions sur la bouche	2
04M14	Maladies pulmonaires interstitielles	2
04M23	Autres symptômes et recours aux soins de la CMD 04	2
05C04	Pontages aortocoronariens avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie	2
05C12	Amputations du membre inférieur, sauf des orteils, pour troubles circulatoires	2
05C13	Amputations pour troubles circulatoires portant sur le membre supérieur ou les orteils	2
05C17	Ligatures de veines et éveinages	2
05K24	Dilatations coronaires et autres actes thérapeutiques sur le coeur par voie vasculaire, âge supérieur à 17 ans	2
05M20	Explorations et surveillance pour affections de l'appareil circulatoire	2

06C20	Interventions sur l'oesophage, l'estomac et le duodénum pour ulcères, âge supérieur à 17 ans	2
06C21	Autres interventions sur le tube digestif par laparotomie	2
06M08	Autres affections digestives, âge inférieur à 18 ans	2
07C14	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës	2
07M11	Autres affections non malignes du pancréas	2
08C25	Prothèses d'épaule	2
08C51	Interventions majeures sur le rachis pour fractures, cyphoses et scolioses	2
08M07	Fractures, entorses, luxations et dislocations de la jambe, âge supérieur à 17 ans	2
09M09	Affections non malignes des seins	2
10M03	Diabète, âge inférieur à 36 ans	2
13C05	Interventions sur le système utéroannexiel pour tumeurs malignes	2
13K02	Endoscopies génito-urinaires thérapeutiques et anesthésie : séjours de la CMD 13 et de moins de 2 jours	2
14C05	Avortements avec aspiration ou curetage ou hystérotomie	2
14C08	Césariennes pour grossesse unique	2
14M02	Affections médicales du post-partum ou du post-abortum	2
15C02	Interventions majeures sur l'appareil digestif, groupes nouveau-nés 1 à 7	2
16M15	Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 16	2
17M09	Leucémies aiguës, âge supérieur à 17 ans	2
18M02	Maladies virales et fièvres d'étiologie indéterminée, âge inférieur 18 ans	2
18M09	Paludisme	2
18M10	Maladies infectieuses sévères	2
21M04	Réactions allergiques non classées ailleurs, âge inférieur à 18 ans	2
23M21	Désensibilisations et tests allergologiques nécessitant une hospitalisation	2
01M27	Autres tumeurs du système nerveux	1
01M37	Autres affections de la CMD 01 avec décès : séjours de moins de 2 jours	1
02C06	Interventions primaires sur l'iris	1
02C10	Autres interventions intraoculaires pour affections sévères	1
02C12	Interventions sur le cristallin avec trabéculéctomie	1
02M09	Explorations et surveillance pour affections de l'oeil	1
03C10	Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge inférieur à 18 ans	1
03C20	Interventions de reconstruction de l'oreille moyenne	1
03C25	Interventions majeures sur la tête et le cou	1
03C27	Interventions sur les amygdales, en ambulatoire	1
03K03	Séjours comprenant une endoscopie oto-rhino-laryngologique, en ambulatoire	1
03K04	Séjours comprenant certains actes non opératoires de la CMD 03, en ambulatoire	1
03M08	Autres diagnostics portant sur les oreilles, le nez, la gorge ou la bouche, âge inférieur à 18 ans	1
03M10	Affections de la bouche et des dents sans certaines extractions, réparations ou prothèses dentaires, âge inférieur à 18 ans	1
04C03	Autres interventions chirurgicales sur le système respiratoire	1
04M04	Pneumonies et pleurésies banales, âge inférieur à 18 ans	1
04M06	Infections et inflammations respiratoires, âge inférieur à 18 ans	1
04M19	Tuberculoses	1

05C02	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle et avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie	1
05C03	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie	1
05C08	Autres interventions cardiothoraciques, âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, sans circulation extracorporelle	1
05C22	Remplacements de stimulateurs cardiaques permanents	1
05K20	Autres traitements de troubles du rythme par voie vasculaire	1
05K21	Poses de bioprothèses de valves cardiaques par voie vasculaire	1
05K22	Actes thérapeutiques par voie vasculaire sur les orifices du coeur, âge supérieur à 17 ans	1
05K23	Ablations, repositionnements et poses de sondes cardiaques supplémentaires par voie vasculaire, âge supérieur à 17 ans	1
05M11	Cardiopathies congénitales et valvulopathies, âge supérieur à 17 ans	1
05M21	Infarctus aigu du myocarde avec décès : séjours de moins de 2 jours	1
06C03	Résections rectales	1
06C10	Interventions réparatrices pour hernies et éventrations, âge inférieur à 18 ans	1
06C15	Autres interventions sur le tube digestif en dehors des laparotomies	1
06C22	Interventions sur l'oesophage, l'estomac et le duodénum pour affections autres que malignes ou ulcères, âge supérieur à 17 ans	1
06M11	Ulcères gastroduodénaux non compliqués	1
07C10	Interventions sur le foie, le pancréas et les veines porte ou cave pour affections non malignes	1
07C12	Autres interventions sur les voies biliaires sauf cholécystectomies isolées	1
08C04	Interventions sur la hanche et le fémur, âge inférieur à 18 ans	1
08C28	Interventions maxillofaciales	1
08C31	Interventions sur la jambe, âge inférieur à 18 ans	1
08C47	Prothèses de hanche pour traumatismes récents	1
08C53	Interventions sur le genou pour traumatismes	1
08C57	Libérations articulaires du membre inférieur à l'exception de la hanche et du pied	1
08M20	Fractures, entorses, luxations et dislocations du bras et de l'avant-bras, âge inférieur à 18 ans	1
08M34	Algoneurodystrophie	1
09C02	Greffes de peau et/ou parages de plaie pour ulcère cutané ou cellulite	1
09C07	Biopsies et excisions locales pour des affections non malignes du sein	1
09M11	Tumeurs de la peau	1
09M14	Symptômes et autres recours aux soins concernant les affections de la peau	1
10C12	Interventions sur la thyroïde pour affections non malignes	1
10M09	Obésité	1
10M13	Explorations et surveillance pour affections endocriniennes et métaboliques	1
11K02	Insuffisance rénale, avec dialyse	1
11K04	Séjours de la CMD 11 comprenant une endoscopie génito-urinaire thérapeutique sans anesthésie : séjours de moins de 2 jours	1
11M03	Infections des reins et des voies urinaires, âge inférieur à 18 ans	1
11M11	Signes et symptômes concernant les reins et les voies urinaires, âge inférieur à 18 ans	1
11M17	Surveillances de greffes de rein	1
12C03	Interventions sur le pénis	1

12C05	Interventions sur les testicules pour tumeurs malignes	1
12C08	Circoncision	1
12M03	Tumeurs malignes de l'appareil génital masculin	1
12M04	Hypertrophie prostatique bénigne	1
12M07	Autres infections et inflammations de l'appareil génital masculin	1
13C03	Hystérectomies	1
13C09	Laparoscopies ou coelioscopies diagnostiques	1
13C12	Dilatations et curetages, conisations pour affections non malignes	1
13M07	Autres tumeurs de l'appareil génital féminin	1
13M10	Autres symptômes et recours aux soins de la CMD 13	1
14Z09	Accouchements hors de l'établissement	1
14Z13	Accouchements uniques par voie basse chez une primipare	1
15C04	Autres interventions chirurgicales, groupes nouveau-nés 1 à 7	1
15C05	Interventions chirurgicales, groupes nouveau-nés 8 à 9	1
15M09	Nouveau-nés de 1800g et âge gestationnel de 36 SA et assimilés (groupe nouveau-nés 5)	1
16C02	Interventions sur la rate	1
16M06	Affections de la rate	1
16M09	Autres affections du système réticuloendothélial ou immunitaire	1
16M12	Purpuras	1
17M05	Chimiothérapie pour leucémie aigüe	1
17M16	Hémopathies myéloïdes chroniques	1
18M03	Maladies virales, âge supérieur à 17 ans	1
18M06	Septicémies, âge inférieur à 18 ans	1
19C02	Interventions chirurgicales avec un diagnostic principal de maladie mentale	1
19M12	Anorexie mentale et boulimie	1
19M13	Autres troubles de la personnalité et du comportement avec réactions impulsives	1
19M14	Troubles bipolaires et syndromes dépressifs sévères	1
19M15	Autres psychoses, âge supérieur à 79 ans	1
19M20	Autres troubles mentaux	1
20Z02	Toxicomanies non éthyliques avec dépendance	1
21C05	Autres interventions pour blessures ou complications d'acte	1
23M02	Rééducation	1
23M14	Traitements prophylactiques	1
23M15	Actes non effectués en raison d'une contre-indication	1
23M19	Explorations et surveillance pour autres motifs de recours aux soins	1
23Z03	Interventions de confort et autres interventions non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire	1
26M02	Traumatismes multiples graves	1

	N° groupe chap XIX											Aucun gpe chap XX												
	Nb total de séjours			Nb séjours			Montant Base de remboursement					DIMS		Nb séjours avec mode de sortie transfert SSR		Nb séjours avec date accident droit commun		Nb séjours valorisés			Montants remboursés AM			
							TOTAL	P25	P50	P75							TOTAL	P25	P50	P75				
(S00-S19)	8 415	5 988	6 092 311,6	686,1	686,1	955,5	1,1	955,5	1,1	8	8	97	5 803	5 803	5 006 047,2	547,0	686,1	932,0						
(S20-S29)	259	130	176 462,8	697,0	955,5	1 641,9	2,0	1 641,9	2,0	2	2	4	125	125	142 558,5	555,7	955,5	1 641,9						
(S30-S39)	1 360	859	1 589 770,1	885,0	955,5	1 641,9	2,5	1 641,9	2,5	4	4	27	828	828	1 305 893,7	705,5	955,5	1 641,9						
(S40-S69)	16 361	13 829	17 218 831,5	756,4	1 029,6	1 805,8	0,9	1 805,8	0,9	7	7	210	13 378	13 378	15 584 538,6	735,8	1 029,6	1 805,8						
(S70-S99)	2 622	2 072	4 403 356,3	775,2	1 203,9	2 783,5	2,4	2 783,5	2,4	14	14	37	1 965	1 965	3 796 526,6	718,5	1 158,0	2 783,5						
(T00-T07)	4	4	4 169,7	925,6	958,0	1 159,2	2,0	1 159,2	2,0	0	0	0	4	4	3 324,1	737,9	958,0	1 159,2						
(T08-T14)	2	2	6 211,5	589,7	3 105,7	5 621,8	2,0	5 621,8	2,0	0	0	0	2	2	6 153,7	551,6	3 105,7	5 621,8						
(T15-T19)	854	821	659 878,5	512,0	647,3	871,4	0,6	871,4	0,6	0	0	6	798	798	562 157,6	436,7	645,2	871,4						
(T20-T35)	627	265	761 906,5	949,6	956,1	3 032,1	2,7	3 032,1	2,7	2	2	0	227	227	620 103,1	757,0	956,1	3 032,1						
(T36-T50)	309	152	180 058,9	544,6	582,7	1 876,9	2,2	1 876,9	2,2	0	0	0	149	149	150 443,7	434,1	582,7	1 876,9						
(T51-T65)	510	334	269 382,6	628,7	628,7	633,0	0,7	633,0	0,7	0	0	2	320	320	215 453,7	501,2	628,7	633,0						
(T80-T88)	835	746	2 069 223,0	405,6	706,8	2 398,1	2,4	2 398,1	2,4	10	10	0	727	727	1 813 695,1	387,6	679,1	2 398,1						
	32 158	25 202	33 431 562,9	686,1	955,5	1 350,4	1,2	1 350,4	1,2	47	47	383	24 326	24 326	29 206 895,6	547,0	955,5	1 348,7						
			TOTAL																					

Requête 6 ans ≤ âge < 11ans
Données PMSI 2015

Accidents de transport V01_Y99													
N° groupe chap XIX	Nb séjours	Montant Base de remboursement			DMS	Nb séjours avec mode de sortie transfert SSR	Nb séjours avec date accident droit commun avec nature d'assurance 10 ou 13	Nb séjours valorisés	Montants remboursés AM				
		TOTAL	P25	P50					P75	TOTAL	P25	P50	P75
(S00-S19)	773	1 559 350,1	686,1	701,8	1 142,1	2,1	3	29	738	1 329 068,7	547,0	697,0	1 142,1
(S20-S29)	62	142 352,9	782,6	955,5	1 641,9	2,3	0	7	58	121 478,8	623,8	955,5	1 641,9
(S30-S39)	273	959 322,8	955,5	955,5	3 767,5	4,3	3	8	260	826 852,4	761,7	955,5	3 870,9
(S40-S69)	377	666 960,0	1 029,6	1 036,6	2 581,6	1,6	0	10	367	609 505,5	820,8	1 036,6	2 581,6
(S70-S99)	202	608 156,9	955,5	1 621,3	4 063,3	3,5	0	6	187	495 455,2	761,7	1 621,3	3 613,6
(T00-T07)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
(T08-T14)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
(T15-T19)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
(T20-T35)	5	187 016,1	4 801,0	4 801,0	6 616,0	34,2	1	2	5	182 386,3	3 827,4	4 801,0	6 616,0
(T36-T50)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
(T51-T65)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
(T80-T88)	1	937,6	937,6	937,6	937,6	1,0	0	0	1	747,5	747,5	937,6	937,6
TOTAL	1 693	4 124 096,4	686,1	980,4	2 014,1	2,6	7	62	1 616	3 565 494,3	550,7	990,4	1 888,9

Requête 6 ans ≤ âge < 11 ans
Données PMSI 2015

	N° groupe chap XIX	Chutes W00_W19												
		Montant Base de remboursement					DMS	Nb séjours avec mode de sortie transfert SSR	Nb séjours avec nature d'assurance '10 ou '13	Nb séjours valorisés		Montants remboursés AM		
		TOTAL	P25	P50	P75	P25				P50	P75			
(S00-S19)	Lésions traumatiques de la tête et du cou	1 275	1 454 723,9	686,1	686,1	955,5	1,2	0	14	1 246	1 180 590,9	547,0	686,1	955,5
(S20-S29)	Lésions traumatiques du thorax	46	74 921,2	955,5	1 205,4	1 641,9	2,0	0	0	43	58 180,6	761,7	1 098,0	1 641,9
(S30-S39)	Lésions traumatiques de l'abdomen, des lombes, du rachis lombaire et du bassin	158	424 496,1	891,0	970,4	3 365,1	3,5	1	2	151	350 181,6	737,9	970,4	3 365,1
(S40-S69)	Lésions traumatiques du membre supérieur	1 567	2 298 306,9	1 029,6	1 029,6	1 805,8	1,3	2	20	1 461	1 978 842,0	898,2	1 029,6	1 805,8
(S70-S99)	Lésions traumatiques du membre inférieur	230	604 392,6	955,5	2 090,4	4 715,4	2,6	3	4	207	479 786,0	761,7	1 805,8	3 638,3
(T00-T07)	Lésions traumatiques de plusieurs parties du corps													
(T08-T14)	Lésions traumatiques de siège non précisé du tronc, membre ou autre région du corps													
(T15-T19)	Effets dus à un corps étranger ayant pénétré dans un orifice naturel													
(T20-T35)	Brûlures et corrosions (T20-T32) ; gelures (T33-T35)													
(T36-T50)	Intoxications par des médicaments et des substances biologiques													
(T51-T65)	Effets toxiques de substances d'origine essentiellement non médicinale													
(T80-T88)	Complications de soins chirurgicaux et médicaux, non classées ailleurs	1	37,2	37,2	37,2	37,2	0,0	0	0					
	TOTAL	3 277	4 856 877,8	690,8	1 029,6	1 805,8	1,4	6	40	3 108	4 047 581,1	550,7	1 029,6	1 647,5

Requête 6 ans ≤ âge < 11 ans
Données PMSI 2015

	N° groupe chap XIX	W20_X49_X58_X59												
		Montant Base de remboursement					DMS	Nb séjours avec mode de sortie transfert SSR	Nb séjours avec date accident droit commun avec nature d'assurance 10 ou 13	Nb séjours valorisés	Montants remboursés AM			
		TOTAL	P25	P50	P75	TOTAL					P25	P50	P75	
Nb séjours	TOTAL	P25	P50	P75	DMS	Nb séjours avec mode de sortie transfert SSR	Nb séjours avec date accident droit commun avec nature d'assurance 10 ou 13	Nb séjours valorisés	TOTAL	P25	P50	P75		
(S00-S19)	Lésions traumatiques de la tête et du cou	370	534 939,5	686,1	955,5	1 215,1	1,7	0	4	366	445 766,2	547,0	955,5	1 215,1
(S20-S29)	Lésions traumatiques du thorax	20	44 530,9	869,0	994,1	2 009,2	2,5	0	0	20	40 085,1	692,8	994,1	2 009,2
(S30-S39)	Lésions traumatiques de l'abdomen, des lombes, du rachis lombaire et du bassin	75	228 959,7	925,6	955,5	3 767,5	4,4	3	1	75	200 656,9	743,0	955,5	3 767,5
(S40-S69)	Lésions traumatiques du membre supérieur	584	630 647,7	672,0	955,5	1 341,2	0,9	0	2	576	579 910,2	556,7	955,5	1 341,2
(S70-S99)	Lésions traumatiques du membre inférieur	113	248 213,8	955,5	957,3	1 881,0	3,1	0	2	109	210 829,8	761,7	957,3	1 881,0
(T00-T07)	Lésions traumatiques de plusieurs parties du corps	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
(T08-T14)	Lésions traumatiques de siège non précisé du tronc, membre ou autre région du corps	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
(T15-T19)	Effets dus à un corps étranger ayant pénétré dans un orifice naturel	29	43 305,9	634,2	782,8	1 037,7	1,3	0	0	28	39 622,5	516,7	827,1	1 274,7
(T20-T35)	Brûlures et corrosions (T20-T32), gelures (T33-T35)	349	2 740 504,0	949,6	2 977,4	6 571,0	7,3	15	23	288	2 214 178,8	885,3	2 997,7	6 571,0
(T36-T50)	Intoxications par des médicaments et des substances biologiques	144	176 416,1	544,6	548,3	1 813,0	1,6	0	0	140	146 457,4	434,1	548,3	1 813,0
(T51-T65)	Effets toxiques de substances d'origine essentiellement non médicinale	175	130 156,6	628,7	628,7	633,0	0,8	0	0	166	103 458,3	501,2	628,7	633,0
(T80-T88)	Complications de soins chirurgicaux et médicaux, non classés ailleurs	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	TOTAL	1 859	4 775 674,1	672,0	955,5	1 621,3	2,6	18	32	1 768	3 980 965,1	540,0	955,5	1 637,2

Requète 6 ans ≤ âge < 11ans
Données PMSI 2015

		Agressions X85_Y09														
		N° groupe chap XIX			Montant Base de remboursement			DMS	Nb séjours avec mode de sortie transfert SSR		Nb séjours avec date accident droit commun avec nature d'assurance		Nb séjours valorisés			Montants remboursés AM
			TOTAL	P25	P50	P75							TOTAL	P25	P50	P75
(S00-S19)	Lésions traumatiques de la tête et du cou	22	24 568,0	686,1	943,7	1 014,6	1,6	0	0	1	21	19 264,9	547,0	932,0	962,0	
(S20-S29)	Lésions traumatiques du thorax	1	672,0	672,0	672,0	672,0	0,0	0	0	0	1	535,7	535,7	672,0	672,0	
(S30-S39)	Lésions traumatiques de l'abdomen, des lombes, du rachis lombaire et du bassin	6	28 224,3	925,6	955,5	3 071,1	2,0	0	0	1	5	5 245,4	737,9	955,5	955,5	
(S40-S69)	Lésions traumatiques du membre supérieur	6	6 612,7	955,5	988,9	1 022,4	1,2	0	0	0	4	3 303,3	761,7	988,9	1 022,4	
(S70-S99)	Lésions traumatiques du membre inférieur	1	672,0	672,0	672,0	672,0	1,0	0	0	0	1	535,7	535,7	672,0	672,0	
(T00-T07)	Lésions traumatiques de plusieurs parties du corps	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
(T08-T14)	Lésions traumatiques de siège non précisé du tronc, membre ou autre région du corps	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
(T15-T19)	Effets dus à un corps étranger ayant pénétré dans un orifice naturel	1	644,5	644,5	644,5	644,5	1,0	0	0	0	.	.	.	.	.
(T20-T35)	Brûlures et corrosions (T20-T32) ; gelures (T33-T35)	9	104 269,0	949,6	1 244,0	3 900,3	9,9	0	0	0	6	12 667,5	757,0	949,6	3 900,3	
(T36-T50)	Intoxications par des médicaments et des substances biologiques	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
(T51-T65)	Effets toxiques de substances d'origine essentiellement non médicinale	1	628,7	628,7	628,7	628,7	1,0	0	0	0	1	501,2	501,2	628,7	628,7	
(T80-T88)	Complications de soins chirurgicaux et médicaux, non classées ailleurs	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	TOTAL	47	166 291,2	690,8	955,5	1 244,0	3,1	0	0	2	39	42 053,6	547,0	949,6	1 014,6	

Requête 6 ans ≤ âge < 11 ans
Données PMSI 2015

Complications de soins médicaux et chirurgicaux Y40_Y84													
N° groupe chap XIX	Montant Base de remboursement				DMS	Nb séjours avec mode de sortie transfert SSR	Nb séjours avec date accident droit commun avec nature d'assurance 10 ou 13	Nb séjours valorisés	Montants remboursés AM				
	TOTAL	P25	P50	P75					TOTAL	P25	P50	P75	
(S00-S19)	Lésions traumatiques de la tête et du cou	102 235,4	513,2	615,4	2 437,8	4,2	0	28	96 191,6	455,6	615,4	2 437,8	
(S20-S29)	Lésions traumatiques du thorax	36 477,0	3 142,5	4 376,1	9 161,9	7,6	0	5	35 057,1	2 505,2	4 376,1	9 161,9	
(S30-S39)	Lésions traumatiques de l'abdomen, des lombes, du rachis lombaire et du bassin	76 486,9	841,3	955,5	16 331,3	8,3	0	11	69 992,3	691,6	955,5	16 331,3	
(S40-S69)	Lésions traumatiques du membre supérieur	89 018,2	1 029,6	2 581,6	5 621,8	4,1	0	26	78 596,8	972,0	2 581,6	5 621,8	
(S70-S99)	Lésions traumatiques du membre inférieur	127 998,9	955,5	3 050,3	7 587,2	5,1	0	19	122 503,9	898,2	3 050,3	7 587,2	
(T00-T07)	Lésions traumatiques de plusieurs parties du corps	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
(T08-T14)	Lésions traumatiques de siège non précisé du tronc, membre ou autre région du corps	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
(T15-T19)	Effets dus à un corps étranger ayant pénétré dans un orifice naturel	18 260,5	997,3	1 511,8	15 751,4	13,0	0	3	19 798,5	979,3	1 511,8	15 751,4	
(T20-T35)	Brûlures et corrosions (T20-T32) ; gelures (T33-T35)	25 324,5	4 028,5	12 662,2	21 295,9	14,5	1	2	24 767,8	4 014,4	12 662,2	21 295,9	
(T36-T50)	Intoxications par des médicaments et des substances biologiques	18 532,6	544,6	548,3	1 749,1	1,9	0	17	15 595,8	434,1	548,3	1 749,1	
(T51-T65)	Effets toxiques de substances d'origine essentiellement non médicinale	1	628,7	628,7	628,7	2,0	0	1	501,2	501,2	628,7	628,7	
(T80-T88)	Complications de soins chirurgicaux et médicaux, non classées ailleurs	460 315,6	556,7	1 622,2	5 621,8	5,8	1	86	441 836,6	531,1	1 444,2	5 621,8	
200	TOTAL	955 278,4	561,1	1 664,5	5 450,5	5,3	2	198	904 841,6	531,1	1 621,8	5 621,8	

N° groupe chap XIX	Aucun gpe chap XX															
	Nb total de séjours			Montant Base de remboursement			DMS		Nb séjours avec mode de sortie transfert SSR		Nb séjours avec date accident droit commun		Nb séjours valorisés			
	Nb séjours	TOTAL	P25	P50	P75	TOTAL	P25	P50	P75	TOTAL	P25	P50	P75	TOTAL	P25	P50	P75
(S00-S19)	26 089	18 486 490,8	686,1	898,8	1,0	18 486 490,8	686,1	898,8	1,0	30	189	18 182	15 089 959,1	547,0	686,1	898,8
(S20-S29)	171	308 127,5	837,3	962,0	2,9	308 127,5	837,3	962,0	2,9	1	1	99	276 666,2	667,5	962,0	2 400,4
(S30-S39)	811	941 188,2	835,6	955,5	2,2	941 188,2	835,6	955,5	2,2	1	9	513	740 114,5	669,6	955,5	1 026,2
(S40-S69)	11 269	11 656 979,3	756,4	1 029,6	0,9	11 656 979,3	756,4	1 029,6	0,9	3	124	9 203	10 494 992,4	735,8	1 029,6	1 341,2
(S70-S89)	2 644	4 914 375,7	875,3	1 142,2	3,8	4 914 375,7	875,3	1 142,2	3,8	14	32	1 982	4 226 279,6	702,5	1 030,4	3 291,1
(T00-T07)	10	11 224,1	925,6	958,0	1,3	11 224,1	925,6	958,0	1,3	0	0	10	9 087,3	737,9	958,0	997,2
(T08-T14)	10	11 714,4	889,7	925,6	0,8	11 714,4	889,7	925,6	0,8	0	0	8	9 338,7	709,2	925,6	2 398,1
(T15-T19)	2 762	2 510 808,4	634,2	678,6	0,9	2 510 808,4	634,2	678,6	0,9	4	14	2 549	2 141 187,9	505,6	678,6	871,4
(T20-T35)	4 154	4 210 013,6	845,3	956,1	3,0	4 210 013,6	845,3	956,1	3,0	11	0	1 253	3 151 671,3	673,9	949,6	3 185,8
(T36-T50)	2 472	803 693,7	544,6	548,3	1,0	803 693,7	544,6	548,3	1,0	0	1	901	653 047,8	434,1	548,3	582,7
(T51-T65)	1 313	505 148,6	628,7	629,6	0,7	505 148,6	628,7	629,6	0,7	0	1	614	371 397,2	501,2	629,6	673,7
(T80-T88)	1 160	3 148 294,1	533,0	889,7	3,1	3 148 294,1	533,0	889,7	3,1	8	0	967	2 872 258,1	427,8	889,7	2 414,5
TOTAL	52 865	47 508 058,5	686,1	739,1	1,3	47 508 058,5	686,1	739,1	1,3	72	371	36 281	40 036 000,4	547,0	734,1	1 029,6

Requête âge < 6ans
Données PMSI 2015

Accidents de transport V01_Y99													
N° groupe chap XIX	Nb séjours	Montant Base de remboursement				DMS	Nb séjours avec mode de sortie transfert SSR	Nb séjours avec droit commun avec nature d'assurance 10 ou T3	Nb séjours valorisés	Montants remboursés AM			
		TOTAL	P25	P50	P75					TOTAL	P25	P50	P75
(S00-S19)	748	1 561 955,7	686,1	690,8	1 088,5	2,2	11	37	717	1 275 014,6	547,0	690,8	1 078,6
(S20-S29)	30	107 610,8	837,3	1 031,8	3 523,5	3,5	1	3	26	91 793,7	737,9	1 031,8	3 946,1
(S30-S39)	105	358 698,4	676,6	955,5	3 544,5	4,4	1	5	101	309 351,9	535,7	955,5	3 544,5
(S40-S69)	120	193 315,3	1 029,6	1 029,6	2 581,6	1,5	0	7	118	176 241,0	820,8	1 029,6	2 581,6
(S70-S99)	106	330 189,7	925,6	1 621,3	3 478,3	4,5	1	3	100	294 259,6	761,7	1 621,3	3 478,3
(T00-T07)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
(T08-T14)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
(T15-T19)	1	1 142,1	1 142,1	1 142,1	1 142,1	0,0	0	0	1	910,4	910,4	1 142,1	1 142,1
(T20-T35)	3	7 857,6	641,1	645,5	6 571,0	1,3	0	0	3	7 593,4	514,6	645,5	6 571,0
(T36-T50)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
(T51-T65)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
(T80-T89)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
TOTAL	1 113	2 560 769,5	686,1	955,5	1 341,2	2,6	14	55	1 066	2 155 164,8	547,0	955,5	1 322,9

Requête âge < 6ans
Données PMSI 2015

	N° groupe chap. XIX	Chutes W00_W19												
		Montant Base de remboursement				DMS	Nb séjours avec mode de sortie transfert SSR	Nb séjours avec date accident droit commun avec nature d'assurance 10 ou 13	Nb séjours valorisés		Montants remboursés AM			
		TOTAL	P25	P50	P75				P25	P50	P75	P25	P50	P75
(S00-S19)	Lésions traumatiques de la tête et du cou	5 874	5 581 837,1	686,1	739,1	1,0	5	46	5 711	4 560 832,2	547,0	686,1	739,1	
(S20-S29)	Lésions traumatiques du thorax	24	137 475,7	940,6	7 259,1	5,5	2	0	22	116 007,5	737,9	1 513,0	7 218,9	
(S30-S39)	Lésions traumatiques de l'abdomen, des lombes, du rachis lombaire et du bassin	92	228 086,2	885,0	955,5	2,6	0	3	90	192 813,4	710,3	955,5	2 739,7	
(S40-S69)	Lésions traumatiques du membre supérieur	864	1 220 766,0	1 029,6	1 805,8	1,1	0	4	816	1 068 541,0	820,8	1 029,6	1 805,8	
(S70-S99)	Lésions traumatiques du membre inférieur	338	1 073 372,6	875,3	4 070,8	5,5	1	2	315	900 440,1	697,8	2 547,0	4 070,8	
(T00-T07)	Lésions traumatiques de plusieurs parties du corps	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
(T08-T14)	Lésions traumatiques de siège non précisé du tronc, membre ou autre région du corps	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
(T15-T19)	Effets dus à un corps étranger ayant pénétré dans un orifice naturel	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
(T20-T35)	Brûlures et corrosions (T20-T32) ; gelures (T33-T35)	11	43 255,9	645,5	2 977,4	5,8	1	0	10	37 561,9	514,6	2 441,6	5 137,1	
(T36-T50)	Intoxications par des médicaments et des substances biologiques	4	3 951,1	544,6	563,6	1,0	0	0	4	3 532,1	434,1	563,6	1 431,0	
(T51-T65)	Effets toxiques de substances d'origine essentiellement non médicinale	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
(T80-T88)	Complications de soins chirurgicaux et médicaux, non classées ailleurs	2	3 893,0	556,7	1 946,5	2,0	0	0	2	3 214,5	554,7	1 946,5	3 336,4	
	TOTAL	7 209	8 292 637,7	686,1	1 008,0	1,3	9	55	6 970	6 882 942,5	547,0	686,1	990,4	

Requête âge < 6ans
Données PMSI 2015

W20_X49_X58_X59														
N° groupe chap XIX	Montant Base de remboursement					DIMS	Nb séjours avec mode de sortie transfert SSR	Nb séjours avec date accident droit commun avec nature d'assurance 10 ou 13	Nb séjours valorisés	Montants remboursés AM				
	TOTAL	P25	P50	P75	TOTAL					P25	P50	P75		
(S00-S19)	Lésions traumatiques de la tête et du cou	743	1 156 555,3	686,1	955,5	1 215,1	2,0	6	9	724	947 988,8	550,7	955,5	1 215,1
(S20-S29)	Lésions traumatiques du thorax	11	20 809,3	837,3	1 185,0	2 398,1	6,0	0	2	10	17 860,5	815,0	1 194,5	2 398,1
(S30-S39)	Lésions traumatiques de l'abdomen, des lombes, du rachis lombaire et du bassin	53	264 398,4	955,5	975,9	4 701,9	5,0	0	1	53	241 827,1	761,7	975,9	4 701,9
(S40-S69)	Lésions traumatiques du membre supérieur	747	858 446,3	750,1	955,5	1 029,6	0,9	0	6	731	781 109,4	677,9	955,5	1 029,6
(S70-S99)	Lésions traumatiques du membre inférieur	122	334 624,5	955,5	1 231,6	3 075,8	4,6	1	119	303 115,5	761,7	1 203,9	3 075,8	
(T00-T07)	Lésions traumatiques de plusieurs parties du corps	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
(T08-T14)	Lésions traumatiques de siège non précisé du tronc, membre ou autre région du corps	2	12 290,4	0,0	6 145,2	12 290,4	4,0	0	0	1	12 085,3	12 085,3	12 290,4	12 290,4
(T15-T19)	Effets dus à un corps étranger ayant pénétré dans un orifice naturel	121	171 687,1	669,8	871,4	1 215,1	1,7	0	0	116	154 517,9	542,7	871,4	1 222,1
(T20-T35)	Brûlures et corrosions (T20-T32) ; gelures (T33-T35)	2 685	17 752 352,3	949,6	2 977,4	5 172,3	5,5	62	111	2 477	15 199 264,9	757,0	2 977,4	5 172,3
(T36-T50)	Intoxications par des médicaments et des substances biologiques	1 507	1 302 128,2	544,6	544,6	582,7	1,0	5	2	1 464	1 037 241,4	434,1	544,6	582,7
(T51-T65)	Effets toxiques de substances d'origine essentiellement non médicamenteuse	651	573 013,2	629,6	629,6	672,7	1,0	0	1	624	434 426,2	501,9	629,6	672,7
(T80-T88)	Complications de soins chirurgicaux et médicaux, non classées ailleurs	4	16 976,4	533,0	850,4	7 955,3	3,0	0	0	4	16 434,6	424,9	850,4	7 955,3
	TOTAL	6 646	22 463 281,4	629,6	949,6	2 332,5	3,0	74	133	6 323	19 145 871,7	504,6	949,6	2 176,1

Requête âge < 6ans
Données PMSI 2015

	N° groupe chap XIX	Agressions X85_Y09													
		Montant Base de remboursement					DMS	Nb séjours avec mode de sortie transfert SSR	Nb séjours avec date accident droit commun avec nature d'assurance	Nb séjours valorisés	Montants remboursés AM				
		TOTAL	P25	P50	P75	TOTAL					P25	P50	P75		
(S00-S19)	Lésions traumatiques de la tête et du cou	47	185 033,9	955,5	2 062,1	4 691,4	6,4	0	1	46	157 115,1	761,7	2 172,2	4 691,4	
(S20-S29)	Lésions traumatiques du thorax	2	5 971,2	1 700,6	2 985,6	4 270,7	4,5	0	0	2	5 611,4	1 355,7	2 985,6	4 270,7	
(S30-S39)	Lésions traumatiques de l'abdomen, des lombes, du rachis lombaire et du bassin	7	30 169,5	962,0	1 331,9	10 469,2	11,6	0	0	7	26 265,5	766,9	1 331,9	10 469,2	
(S40-S69)	Lésions traumatiques du membre supérieur	7	28 985,1	1 348,7	3 129,3	3 584,3	14,4	0	0	7	26 508,9	1 075,2	3 129,3	3 584,3	
(S70-S99)	Lésions traumatiques du membre inférieur	4	15 876,7	955,5	3 661,7	6 982,8	10,5	0	0	4	13 757,1	761,7	3 661,7	6 982,8	
(T00-T07)	Lésions traumatiques de plusieurs parties du corps	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
(T08-T14)	Lésions traumatiques de siège non précisé du tronc, membre ou autre région du corps	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
(T15-T19)	Effets dus à un corps étranger ayant pénétré dans un orifice naturel	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
(T20-T35)	Brûlures et corrosions (T20-T32) ; gelures (T33-T35)	29	221 194,0	1 244,0	1 244,0	3 900,3	7,3	0	1	11	61 510,1	511,1	3 900,3	4 833,9	
(T36-T50)	Intoxications par des médicaments et des substances biologiques	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
(T51-T65)	Effets toxiques de substances d'origine essentiellement non médicinale	1	4 740,3	4 740,3	4 740,3	4 740,3	4,0	0	0	1	4 633,7	4 633,7	4 740,3	4 740,3	
(T80-T88)	Complications de soins chirurgicaux et médicaux, non classées ailleurs	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
TOTAL		97	491 970,6	1 038,8	1 768,4	4 691,4	7,8	0	2	78	295 401,8	761,7	2 674,0	4 801,0	

Requête âge < 6ans
Données PMSI 2015

Complications de soins médicaux et chirurgicaux Y40_Y84																
N° groupe chap. XIX	Montant Base de remboursement						DMS	Nb séjours avec mode de sortie transféré SSR	Nb séjours avec date accident droit commun avec nature d'assurance -10 ou 13	Nb séjours valorisés	Montants remboursés AM					
	TOTAL	P25	P50	P75	P25	P50					P75	TOTAL	P25	P50	P75	
(S00-S19)	Lésions traumatiques de la tête et du cou	228 947,0	686,1	1 258,9	7 897,6	7,1	0	0	32	206 836,7	617,2	1 524,2	9 755,1	617,2	1 524,2	9 755,1
(S20-S29)	Lésions traumatiques du thorax	75 371,9	2 849,5	4 641,3	67 881,1	31,7	0	0	2	72 227,5	4 584,0	36 261,2	67 881,1	4 584,0	36 261,2	67 881,1
(S30-S39)	Lésions traumatiques de l'abdomen, des lombes, du rachis lombaire et du bassin	103 897,2	464,2	812,6	2 798,9	3,9	0	0	19	101 290,7	371,4	812,6	2 798,9	371,4	812,6	2 798,9
(S40-S69)	Lésions traumatiques du membre supérieur	39 852,4	1 341,2	2 297,7	3 286,1	2,1	0	0	14	36 892,8	1 246,5	2 297,7	3 286,1	1 246,5	2 297,7	3 286,1
(S70-S99)	Lésions traumatiques du membre inférieur	60 506,2	4 347,7	6 888,3	7 590,9	5,1	0	0	9	52 727,7	3 531,8	7 587,2	7 590,9	3 531,8	7 587,2	7 590,9
(T00-T07)	Lésions traumatiques de plusieurs parties du corps	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
(T08-T14)	Lésions traumatiques de siège non précisé du tronc, membre ou autre région du corps	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
(T15-T19)	Effets dus à un corps étranger ayant pénétré dans un orifice naturel	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
(T20-T35)	Brûlures et corrosions (T20-T32) ; gelures (T33-T35)	752 803,4	949,6	949,6	6 571,0	10,7	4	0	36	739 066,4	757,0	949,6	6 571,0	757,0	949,6	6 571,0
(T36-T50)	Intoxications par des médicaments et des substances biologiques	88 374,2	544,6	582,7	1 876,9	2,2	1	0	43	72 578,1	434,1	582,7	1 876,9	434,1	582,7	1 876,9
(T51-T65)	Effets toxiques de substances d'origine essentiellement non médicinale	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
(T80-T88)	Complications de soins chirurgicaux et médicaux, non classées ailleurs	729 848,0	556,7	1 622,2	2 597,0	5,0	0	0	155	698 842,5	554,7	1 622,2	2 597,0	554,7	1 622,2	2 597,0
322	TOTAL	2 079 400,4	582,7	1 622,2	3 336,4	5,5	5	0	310	1 980 462,4	527,9	1 622,2	3 534,2	527,9	1 622,2	3 534,2

	N° groupe chap XIX	Aucun gpe chap XX																	
		Nb séjours			Montant Base de remboursement			DMS		Nb séjours avec mode de sortie transfert SSR		Nb séjours avec date accident droit commun		Nb séjours valorisés			Montants remboursés AM		
		TOTAL	P25	P50	P75	TOTAL	P25	P50	P75	TOTAL	P25	P50	P75	TOTAL	P25	P50	P75		
(S00-S19)	Lésions traumatiques de la tête et du cou	6 916	4 943	5 002 623,1	686,1	686,1	925,6	1,1	10	119	4 800	4 188 072,1	547,0	686,1	925,6				
(S20-S29)	Lésions traumatiques du thorax	442	237	476 209,1	782,6	1 026,2	1 653,1	2,6	1	9	228	399 920,6	623,8	1 026,2	1 653,1				
(S30-S39)	Lésions traumatiques de l'abdomen, des lombes, du rachis lombaire et du bassin	1 452	837	1 852 152,9	885,0	970,4	2 547,0	3,1	11	27	824	1 573 604,2	737,9	970,4	2 547,0				
(S40-S69)	Lésions traumatiques du membre supérieur	15 607	13 301	15 542 476,0	756,4	1 029,6	1 429,2	0,9	10	191	12 954	14 072 851,9	628,7	1 029,6	1 423,7				
(S70-S99)	Lésions traumatiques du membre inférieur	5 189	4 264	9 318 057,0	917,3	1 632,4	2 783,5	2,3	35	73	4 137	8 520 848,6	761,7	1 632,4	2 783,5				
(T00-T07)	Lésions traumatiques de siège non précisé du tronc, membre ou autre région du corps	11	5	21 809,5	932,0	1 336,7	3 163,0	4,2	0	0	4	17 841,1	817,8	1 334,3	8 391,3				
(T08-T14)		9	8	8 590,0	925,6	958,0	1 216,7	2,3	0	0	6	5 289,8	737,9	958,0	1 212,5				
(T15-T19)	Effets dus à un corps étranger ayant pénétré dans un orifice naturel	326	316	328 601,4	634,2	678,4	877,4	1,2	1	4	308	286 278,1	505,6	678,4	877,4				
(T20-T35)	Brûlures et corrosions (T20-T32), gelures (T33-T35)	365	166	563 469,1	839,8	1 244,0	2 977,4	2,6	0	0	149	487 160,3	669,5	949,6	2 997,7				
(T36-T50)	Intoxications par des médicaments et des substances biologiques	3 225	3 032	5 707 014,4	582,7	1 876,9	2 008,3	4,0	9	2	3 001	4 591 620,3	506,6	1 876,9	2 008,3				
(T51-T65)	Effets toxiques de substances d'origine essentiellement non médicamenteuse	446	312	310 846,3	628,7	633,0	1 315,6	1,8	3	4	301	249 205,4	501,2	633,0	1 315,6				
(T60-T88)	Complications de soins chirurgicaux et médicaux, non classées ailleurs	618	542	2 342 781,8	744,2	1 251,4	4 220,5	3,4	11	0	533	2 215 879,8	724,1	1 148,2	4 063,5				
	TOTAL	34 606	27 983	41 474 630,8	686,1	1 022,4	1 805,8	1,7	91	429	27 245	36 608 572,1	547,0	1 022,4	1 805,8				

Requête 11 ans ≤ âge < 15ans
Données PMSI 2015

Accidents de transport V01_Y99															
N° groupe chap XIX	Nb séjours	Montant Base de remboursement					DMS	Nb séjours avec mode de sortie transfert SSR	Nb séjours avec date accident droit commun avec nature d'assurance 10 ou 13	Nb séjours valorisés	Montants remboursés AM				
		TOTAL	P25	P50	P75	P75					TOTAL	P25	P50	P75	
(S00-S19)	853	2 158 886,0	686,1	686,6	1 124,5	2,5	15	32	822	1 909 781,2	547,0	686,4	1 124,5		
(S20-S29)	100	279 596,6	782,6	994,1	2 367,8	3,4	2	7	98	251 116,5	674,2	1 105,6	2 367,8		
(S30-S39)	363	1 605 682,9	955,5	1 641,9	3 977,5	5,4	4	12	353	1 415 673,7	761,7	1 641,9	3 875,1		
(S40-S69)	529	818 470,0	1 029,6	1 029,6	1 805,8	1,6	1	17	516	734 681,5	820,8	1 029,6	1 805,8		
(S70-S99)	347	1 109 731,3	955,5	1 881,0	4 715,4	3,8	9	14	334	1 019 595,1	761,7	1 981,6	4 715,4		
(T00-T07)	3	8 363,9	932,0	1 166,3	6 265,7	1,3	0	0	2	7 083,5	929,7	3 716,0	6 265,7		
(T08-T14)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
(T15-T19)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
(T20-T35)	5	40 613,7	641,1	6 137,2	6 571,0	5,4	0	0	5	39 697,5	511,1	6 137,2	6 571,0		
(T36-T50)	1	586,7	586,7	586,7	586,7	1,0	0	0	1	467,7	467,7	586,7	586,7		
(T51-T65)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
(T80-T88)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
TOTAL	2 201	6 021 931,2	690,8	1 029,6	2 095,4	3,0	31	82	2 131	5 378 096,7	577,5	1 029,6	2 076,2		

Requête 11 ans ≤ âge < 15ans
Données PMSI 2015

N° groupe chap XIX	Chutes W00_W19												
	Montant Base de remboursement					DMS	Nb séjours avec mode de sortie transfert SSR	Nb séjours avec nature d'assurance '10 ou 13	Nb séjours valorisés	Montants remboursés AM			
	TOTAL	P25	P50	P75	P25					P50	P75		
Nb séjours	TOTAL	P25	P50	P75	DMS	Nb séjours avec mode de sortie transfert SSR	Nb séjours avec nature d'assurance '10 ou 13	Nb séjours valorisés	P25	P50	P75		
(S00-S19) Lésions traumatiques de la tête et du cou	767	1 088 586,4	686,1	686,1	955,5	1,7	3	11	733	875 277,5	547,0	686,1	955,5
(S20-S29) Lésions traumatiques du thorax	74	158 726,1	955,5	1 604,4	1 841,0	2,9	1	2	69	123 082,7	761,7	1 641,9	1 756,8
(S30-S39) Lésions traumatiques de l'abdomen, des lombes, du rachis lombaire et du bassin	174	493 910,3	955,5	1 641,9	3 575,1	3,9	2	2	165	400 735,7	761,7	1 641,9	3 365,1
(S40-S69) Lésions traumatiques du membre supérieur	1 229	1 756 853,2	1 029,6	1 029,6	1 805,8	1,2	3	14	1 169	1 554 589,0	820,8	1 029,6	1 805,8
(S70-S99) Lésions traumatiques du membre inférieur	423	1 100 501,7	955,5	2 783,5	3 338,0	2,7	2	8	395	932 318,8	763,2	2 398,1	2 978,4
(T00-T07) Lésions traumatiques de plusieurs parties du corps	2	12 815,0	925,6	6 407,5	11 889,4	5,5	1	0	2	12 394,1	737,9	6 407,5	11 889,4
(T08-T14) Lésions traumatiques de siège non précisé du tronc, membre ou autre région du corps	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
(T15-T19) Effets dus à un corps étranger ayant pénétré dans un orifice naturel	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
(T20-T35) Brûlures et corrosions (T20-T32) ; gelures (T33-T35)	1	3 299,3	3 299,3	3 299,3	3 299,3	2,0	0	0	1	2 630,2	2 630,2	3 299,3	3 299,3
(T36-T50) Intoxications par des médicaments et des substances biologiques	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
(T51-T65) Effets toxiques de substances d'origine essentiellement non médicinale	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
(T80-T88) Complications de soins chirurgicaux et médicaux, non classées ailleurs	4	23 827,5	3 269,5	6 754,7	8 644,3	5,8	0	0	4	23 268,5	3 098,5	6 754,7	8 644,3
TOTAL	2 674	4 638 519,5	734,1	1 029,6	1 805,8	1,8	12	37	2 538	3 924 296,5	633,5	1 029,6	1 805,8

Requête 11 ans ≤ âge < 15ans
Données PMSI 2015

	N° groupe chap XIX	W20_X49_X58_X59															
		Montant Base de remboursement					DMS	Nb séjours avec mode de sortie transfert SSR	Nb séjours avec date accident droit commun avec nature d'assurance 10 ou 13	Nb séjours valorisés	Montants remboursés AM						
		TOTAL	P25	P50	P75	TOTAL					P25	P50	P75				
Nb séjours																	
(S00-S19)	Lésions traumatiques de la tête et du cou	288	546 931,5	686,1	693,9	1 176,1	2,4	2	3	280	476 784,5	547,0	693,9	1 142,1			
(S20-S29)	Lésions traumatiques du thorax	19	62 961,8	782,6	955,5	2 410,0	3,4	0	0	19	58 950,5	623,8	955,5	2 410,0			
(S30-S39)	Lésions traumatiques de l'abdomen, des lombes, du rachis lombaire et du bassin	73	288 239,6	955,5	1 747,7	4 289,6	5,6	1	0	70	252 201,3	761,7	1 747,7	4 751,9			
(S40-S69)	Lésions traumatiques du membre supérieur	530	622 717,7	672,0	955,5	1 341,2	1,0	0	3	525	576 922,1	586,4	955,5	1 341,2			
(S70-S99)	Lésions traumatiques du membre inférieur	137	375 216,1	955,5	1 881,0	2 783,5	3,2	3	1	135	347 639,2	815,0	1 881,0	2 783,5			
(T00-T07)	Lésions traumatiques de siège non précisé du tronc, membre ou autre région du corps	1	551,1	551,1	551,1	551,1	1,0	0	0	1	439,4	439,4	551,1	551,1			
(T08-T14)	Lésions traumatiques de siège non précisé du tronc, membre ou autre région du corps	1	3 564,1	3 564,1	3 564,1	3 564,1	3,0	0	0	1	3 461,6	3 461,6	3 564,1	3 564,1			
(T15-T19)	Effets dus à un corps étranger ayant pénétré dans un orifice naturel	10	31 678,6	669,8	775,0	1 121,9	2,1	0	0	10	29 854,9	540,8	775,0	1 121,9			
(T20-T35)	Brûlures et corrosions (T20-T32), gelures (T33-T35)	189	2 284 826,3	1 244,0	2 997,7	7 079,1	8,6	8	11	167	1 803 824,4	1 221,6	3 215,5	7 079,1			
(T36-T50)	Intoxications par des médicaments et des substances biologiques	155	262 432,7	544,6	1 876,9	1 876,9	3,4	0	0	151	215 926,6	464,5	1 876,9	1 876,9			
(T51-T65)	Effets toxiques de substances d'origine essentiellement non médicinale	130	91 883,3	628,7	628,7	633,0	0,7	0	0	122	69 872,6	501,2	628,7	633,0			
(T80-T88)	Complications de soins chirurgicaux et médicaux, non classés ailleurs	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	TOTAL	1 533	4 571 002,8	677,3	955,5	1 876,9	2,9	14	18	1 481	3 835 877,2	547,0	955,5	1 876,9			

Requête 11 ans ≤ âge < 15ans
Données PMSI 2015

		Agressions X85_Y09														
		N° groupe chap XIX			Montant Base de remboursement			DMS	Nb séjours avec mode de sortie transfert SSR		Nb séjours avec date accident droit commun avec nature d'assurance		Nb séjours valorisés			Montants remboursés AM
		TOTAL	P25	P50	P75							TOTAL	P25	P50	P75	
(S00-S19)	Lésions traumatiques de la tête et du cou	85	97 358,5	686,1	734,1	1 054,6	1,6	0	0	0	85	81 740,9	547,0	734,1	1 054,6	
(S20-S29)	Lésions traumatiques du thorax	13	54 172,1	955,5	1 022,4	2 938,9	4,0	0	0	0	13	50 363,8	761,7	1 022,4	2 938,9	
(S30-S39)	Lésions traumatiques de l'abdomen, des lombes, du rachis lombaire et du bassin	17	57 738,6	676,6	962,0	3 050,3	4,7	0	0	0	17	52 689,5	669,6	962,0	3 050,3	
(S40-S69)	Lésions traumatiques du membre supérieur	24	30 793,1	955,5	1 341,2	1 415,5	2,0	0	0	0	22	24 231,7	761,7	1 272,6	1 350,4	
(S70-S99)	Lésions traumatiques du membre inférieur	13	32 330,5	886,3	1 022,4	2 599,0	5,2	0	0	0	12	27 937,5	697,7	1 137,0	2 824,6	
(T00-T07)	Lésions traumatiques de plusieurs parties du corps	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
(T08-T14)	Lésions traumatiques de siège non précisé du tronc, membre ou autre région du corps	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
(T15-T19)	Effets dus à un corps étranger ayant pénétré dans un orifice naturel	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
(T20-T35)	Brûlures et corrosions (T20-T32) ; gelures (T33-T35)	7	99 458,1	641,1	949,6	42 962,7	14,3	1	0	0	5	54 361,0	620,9	949,6	6 571,0	
(T36-T50)	Intoxications par des médicaments et des substances biologiques	8	22 903,6	1 231,8	1 942,6	2 084,1	11,6	0	0	0	8	18 258,8	982,0	1 942,6	2 084,1	
(T51-T65)	Effets toxiques de substances d'origine essentiellement non médicinale	3	4 385,3	628,7	823,6	2 933,0	5,0	0	0	0	3	3 495,9	501,2	823,6	2 933,0	
(T80-T88)	Complications de soins chirurgicaux et médicaux, non classées ailleurs	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	TOTAL	170	399 139,7	686,1	955,5	1 769,5	3,5	1	0	0	165	313 079,2	550,7	955,5	1 617,6	

Requête 11 ans ≤ âge < 15ans
Données PMSI 2015

Complications de soins médicaux et chirurgicaux Y40_Y84															
N° groupe chap XIX	Montant Base de remboursement				DMS	Nb séjours avec mode de sortie transfert SSR	Nb séjours avec date accident droit commun avec nature d'assurance 10 ou 13	Nb séjours valorisés				Montants remboursés AM			
	TOTAL	P25	P50	P75				TOTAL	P25	P50	P75	TOTAL	P25	P50	P75
(S00-S19)	Lésions traumatiques de la tête et du cou	20	215 768,6	581,0	1 133,3	12 658,3	9,7	1	0	20	209 869,2	507,8	1 133,3	12 658,3	
(S20-S29)	Lésions traumatiques du thorax	7	28 930,8	2 007,6	3 467,2	4 872,7	5,6	0	0	6	15 852,6	2 000,6	3 294,1	3 510,2	
(S30-S39)	Lésions traumatiques de l'abdomen, des lombes, du rachis lombaire et du bassin	18	165 253,0	1 654,6	5 250,5	10 906,2	7,4	1	0	18	157 178,5	1 630,8	5 250,5	10 906,2	
(S40-S69)	Lésions traumatiques du membre supérieur	26	111 242,1	1 045,8	1 805,8	3 492,0	4,8	0	0	26	106 964,1	1 026,0	1 805,8	3 492,0	
(S70-S99)	Lésions traumatiques du membre inférieur	24	138 323,7	2 853,5	5 728,3	7 587,2	7,4	0	1	24	131 506,7	2 704,6	5 728,3	7 587,2	
(T00-T07)	Lésions traumatiques de plusieurs parties du corps	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
(T08-T14)	Lésions traumatiques de siège non précisé du tronc, membre ou autre région du corps	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
(T15-T19)	Effets dus à un corps étranger ayant pénétré dans un orifice naturel	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
(T20-T35)	Brûlures et corrosions (T20-T32) ; gelures (T33-T35)	3	233 038,8	21 295,9	77 052,7	134 690,2	32,7	0	0	2	97 216,1	20 987,4	49 174,3	77 052,7	
(T36-T50)	Intoxications par des médicaments et des substances biologiques	35	65 192,3	548,3	1 876,9	2 279,4	3,5	0	0	34	53 785,6	437,1	1 876,9	2 279,4	
(T51-T65)	Effets toxiques de substances d'origine essentiellement non médicinale	1	1 383,6	1 383,6	1 383,6	1 383,6	2,0	0	0	1	1 103,0	1 103,0	1 383,6	1 383,6	
(T80-T88)	Complications de soins chirurgicaux et médicaux, non classées ailleurs	73	698 496,6	783,3	1 913,6	7 647,6	7,6	2	0	73	684 871,6	690,2	1 913,6	7 647,6	
207	TOTAL	207	1 657 629,5	912,0	2 084,1	6 015,3	7,0	4	1	204	1 458 347,4	788,6	2 045,8	5 903,0	

	N° groupe chap XIX	Aucun gpe chap XX													
		Nb séjours			Montant Base de remboursement			DMS	Nb séjours avec mode de sortie transfert SSR	Nb séjours avec date accident droit commun	Nb séjours valorisés	Montants remboursés AM			
		TOTAL	P25	P50	P75	TOTAL	P25					P50	P75		
(S00-S19)	Lésions traumatiques de la tête et du cou	6 598	4 757	6 847 373,1	525,1	686,1	962,0	1,4	29	82	4 622	5 953 990,3	493,5	686,1	961,8
(S20-S29)	Lésions traumatiques du thorax	688	364	1 278 902,4	782,6	1 641,9	2 770,2	4,1	9	16	351	1 159 813,1	669,6	1 641,9	2 822,6
(S30-S39)	Lésions traumatiques de l'abdomen, des lombes, du rachis lombaire et du bassin	1 612	987	2 951 072,7	885,0	1 641,9	3 240,4	4,2	27	27	935	2 543 342,9	737,9	1 574,1	3 172,7
(S40-S69)	Lésions traumatiques du membre supérieur	13 205	11 378	13 313 552,3	573,0	986,5	1 405,7	0,9	8	108	11 107	12 220 107,4	545,6	982,0	1 350,4
(S70-S99)	Lésions traumatiques du membre inférieur	6 499	5 301	13 381 097,4	1 240,2	2 140,2	2 852,2	2,6	100	62	5 177	12 449 764,0	1 182,1	2 140,2	2 852,2
(T00-T07)	Lésions traumatiques de siège non précisé du tronc, membre ou autre région du corps	18	16	165 247,4	1 328,1	1 867,4	21 724,7	7,8	0	0	14	128 807,7	1 058,7	1 867,4	18 049,6
(T08-T14)	Lésions traumatiques de siège non précisé du tronc, membre ou autre région du corps	5	4	3 409,0	714,1	958,0	990,4	1,3	0	0	4	2 962,9	620,2	958,0	990,4
(T15-T19)	Effets dus à un corps étranger ayant pénétré dans un orifice naturel	269	262	281 650,3	634,2	707,9	1 404,8	1,4	0	0	249	241 185,0	505,6	691,4	1 404,8
(T20-T35)	Brûlures et corrosions (T20-T32), gelures (T33-T35)	274	112	286 080,0	645,5	949,6	2 977,4	2,3	0	1	105	252 679,4	523,8	949,6	2 977,4
(T36-T50)	Intoxications par des médicaments et des substances biologiques	5 660	5 438	7 985 719,2	544,6	866,5	1 876,9	2,9	30	2	5 367	6 502 775,8	434,1	866,5	1 876,9
(T51-T65)	Effets toxiques de substances d'origine essentiellement non médicamenteuse	527	414	395 184,1	628,7	633,0	977,1	1,4	2	0	395	315 538,5	501,2	633,0	1 013,3
(T60-T88)	Complications de soins chirurgicaux et médicaux, non classées ailleurs	585	481	2 342 293,7	833,6	1 900,6	4 940,2	4,7	15	0	486	2 130 242,3	770,7	1 859,7	4 715,4
	TOTAL	35 940	29 494	49 232 581,4	604,4	993,9	1 876,9	1,9	220	298	28 792	43 901 209,5	535,7	990,9	1 876,9

Requête 15 ans ≤ âge < 18ans
Données PMSI 2015

Accidents de transport V01_Y99													
N° groupe chap XIX	Nb séjours	Montant Base de remboursement			DMS	Nb séjours avec mode de sortie transfert SSR	Nb séjours avec date accident droit commun avec nature d'assurance 10 ou 13	Nb séjours valorisés			Montants remboursés AM		
		TOTAL	P25	P50				P75	P25	P50	P75		
(S00-S19)	994	2 954 610,6	686,1	690,8	1 215,1	3,0	20	51	968	2 670 684,6	547,0	690,8	1 215,1
(S20-S29)	185	764 033,5	782,6	1 653,1	3 333,6	4,9	2	3	180	691 988,0	623,8	1 647,5	3 323,8
(S30-S39)	397	1 771 812,8	955,5	1 747,7	4 824,8	5,7	13	20	387	1 582 142,0	761,7	1 747,7	4 914,3
(S40-S69)	599	1 173 373,0	1 029,6	1 341,2	1 805,8	2,2	5	26	592	1 084 467,3	820,8	1 341,2	1 805,8
(S70-S99)	698	2 946 026,3	955,5	2 783,5	4 857,4	5,4	26	46	679	2 735 213,1	763,2	2 783,5	4 787,7
(T00-T07)	1	1 336,7	1 336,7	1 336,7	1 336,7	0,0	0	0	1	1 065,6	1 065,6	1 336,7	1 336,7
(T08-T14)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
(T15-T19)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
(T20-T35)	10	46 584,0	949,6	4 801,0	6 571,0	5,4	1	1	10	41 460,7	757,0	4 801,0	6 571,0
(T36-T50)	1	1 876,9	1 876,9	1 876,9	1 876,9	6,0	0	0	1	1 496,3	1 496,3	1 876,9	1 876,9
(T51-T65)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
(T80-T88)	1	8 324,6	8 324,6	8 324,6	8 324,6	9,0	0	0	1	6 636,3	6 636,3	8 324,6	8 324,6
TOTAL	2 886	9 667 978,5	690,8	1 124,5	2 783,5	3,9	67	147	2 819	8 815 154,0	577,5	1 124,5	2 783,5

Requète 15 ans ≤ âge < 18ans
Données PMSI 2015

N° groupe chap XIX	Chutes W00_W19											
	Montant Base de remboursement					DMS	Nb séjours avec mode de sortie transfert SSR	Nb séjours avec nature d'assurance '10 ou '13	Nb séjours valorisés		Montants remboursés AM	
	TOTAL	P25	P50	P75	P25				P50	P75		
(S00-S19)	405	609 883,6	686,1	1 008,0	1,7	3	10	396	478 502,6	547,0	686,1	1 008,0
(S20-S29)	67	194 641,9	955,5	1 653,1	3,9	0	2	64	170 391,0	749,8	1 653,1	2 948,1
(S30-S39)	143	488 218,1	747,7	1 348,8	6,6	2	2	128	270 067,7	597,9	1 054,7	2 413,7
(S40-S69)	485	787 255,8	1 029,6	1 341,2	1,5	3	11	469	714 386,9	852,7	1 341,2	1 805,8
(S70-S99)	304	876 331,6	1 278,2	2 783,5	3,5	2	4	286	743 156,4	1 180,2	2 783,5	3 038,9
(T00-T07)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
(T08-T14)	1	925,6	925,6	925,6	1,0	0	0	1	737,9	737,9	925,6	925,6
(T15-T19)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
(T20-T35)	1	641,1	641,1	641,1	1,0	0	0	1	584,9	584,9	641,1	641,1
(T36-T50)	3	2 966,0	544,6	1 876,9	3,3	0	0	3	2 437,1	434,1	544,6	1 876,9
(T51-T65)	2	2 421,5	544,6	1 210,7	1,5	0	0	2	2 038,9	542,6	1 210,7	1 876,9
(T80-T88)	1	16 685,6	16 685,6	16 685,6	10,0	0	0	1	16 411,2	16 411,2	16 685,6	16 685,6
TOTAL	1 412	2 979 970,8	697,0	1 127,3	2,278,0	2,6	29	1 351	2 398 714,5	577,5	1 101,7	2 262,2

Requête 15 ans ≤ âge < 18ans
Données PMSI 2015

W20_X49_X58_X59

	N° groupe chap XIX	Montant Base de remboursement						DMS	Nb séjours avec mode de sortie transfert SSR	Nb séjours avec date accident droit commun avec nature d'assurance 10 ou 13	Nb séjours valorisés	Montants remboursés AM			
		TOTAL		P25	P50	P75	TOTAL					P25	P50	P75	
		TOTAL	P25	P50	P75	TOTAL	P25					P50	P75		
(S00-S19)	Lésions traumatiques de la tête et du cou	216	498 175,5	686,1	859,6	1 584,4	2,3	4	2	209	443 508,0	547,0	925,6	1 641,9	
(S20-S29)	Lésions traumatiques du thorax	27	54 676,2	846,7	1 641,9	2 845,5	3,0	0	0	26	42 542,6	776,2	1 641,9	2 484,9	
(S30-S39)	Lésions traumatiques de l'abdomen, des lombes, du rachis lombaire et du bassin	58	338 931,9	955,5	1 747,7	6 363,1	6,1	3	2	56	298 817,7	767,6	1 747,7	6 314,0	
(S40-S69)	Lésions traumatiques du membre supérieur	701	824 036,6	526,7	884,8	1 341,2	0,8	1	9	694	780 542,5	508,7	877,3	1 341,2	
(S70-S99)	Lésions traumatiques du membre inférieur	150	399 886,2	962,0	1 881,0	2 978,4	3,2	2	3	147	373 329,1	898,2	1 881,0	2 978,4	
(T00-T07)	Lésions traumatiques de siège non précisé du tronc, membre ou autre région du corps	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
(T08-T14)	Lésions traumatiques de plusieurs parties du corps	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
(T15-T19)	Effets dus à un corps étranger ayant pénétré dans un orifice naturel	7	6 643,1	678,6	871,4	1 072,2	1,1	0	0	7	6 008,0	618,0	871,4	1 072,2	
(T20-T35)	Brûlures et corrosions (T20-T32) ; gelures (T33-T35)	152	1 388 523,7	1 096,2	2 997,7	6 891,8	6,6	8	10	133	1 262 094,0	840,7	3 751,5	6 924,0	
(T36-T50)	Intoxications par des médicaments et des substances biologiques	143	200 997,6	544,6	548,3	1 876,9	2,4	0	0	142	162 990,0	434,1	565,5	1 876,9	
(T51-T65)	Effets toxiques de substances d'origine essentiellement non médicinale	109	85 518,6	628,7	633,0	672,7	0,8	1	0	105	68 274,5	501,2	633,0	672,7	
(T80-T88)	Complications de soins chirurgicaux et médicaux, non classés ailleurs	3	37 995,3	5 392,6	12 337,3	20 265,4	17,7	1	0	3	36 840,9	4 941,8	12 337,3	20 265,4	
1 566	TOTAL	3 835 384,7	628,7	955,5	1 876,9	2,2	20	26	1 522	3 474 947,5	517,5	955,5	1 876,9		

Requête 15 ans ≤ âge < 18ans
Données PMSI 2015

Agressions X85_Y09														
N° groupe chap XIX	Montant Base de remboursement					DMS	Nb séjours avec mode de sortie transfert SSR	Nb séjours avec date accident droit commun avec nature d'assurance	Nb séjours valorisés	Montants remboursés AM				
	TOTAL	P25	P50	P75	TOTAL					P25	P50	P75		
(S00-S19)	Lésions traumatiques de la tête et du cou	243	369 858,2	686,1	734,1	1 142,1	1,7	0	5	231	279 290,7	547,0	734,1	1 142,1
(S20-S29)	Lésions traumatiques du thorax	48	133 016,2	958,8	2 319,6	3 121,1	3,7	0	1	44	106 477,2	771,6	2 319,6	3 121,1
(S30-S39)	Lésions traumatiques de l'abdomen, des lombes, du rachis lombaire et du bassin	34	108 731,9	932,0	1 824,7	4 330,9	4,1	0	0	33	96 990,7	761,7	1 901,7	4 330,9
(S40-S69)	Lésions traumatiques du membre supérieur	54	82 947,2	955,5	1 341,2	1 350,4	1,7	0	1	47	66 522,8	761,7	1 341,2	1 350,4
(S70-S99)	Lésions traumatiques du membre inférieur	19	36 562,7	955,5	1 621,3	2 783,5	3,2	0	1	18	31 424,0	761,7	1 751,2	2 783,5
(T00-T07)	Lésions traumatiques de plusieurs parties du corps	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
(T08-T14)	Lésions traumatiques de siège non précisé du tronc, membre ou autre région du corps	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
(T15-T19)	Effets dus à un corps étranger ayant pénétré dans un orifice naturel	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
(T20-T35)	Brûlures et corrosions (T20-T32) ; gelures (T33-T35)	2	4 020,9	1 043,5	2 010,5	2 977,4	1,5	0	0	2	3 359,4	985,9	2 010,5	2 977,4
(T36-T50)	Intoxications par des médicaments et des substances biologiques	23	48 282,8	544,6	1 749,1	3 534,2	4,0	0	0	23	38 563,6	434,1	1 749,1	3 534,2
(T51-T65)	Effets toxiques de substances d'origine essentiellement non médicinale	2	4 638,9	677,3	2 319,4	3 961,6	15,0	0	0	2	3 929,7	540,0	2 319,4	3 961,6
(T80-T88)	Complications de soins chirurgicaux et médicaux, non classées ailleurs	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	TOTAL	425	788 058,7	686,1	961,8	1 841,0	2,4	0	8	400	626 557,9	547,0	961,8	1 817,0

Requête 15 ans ≤ âge < 18ans
Données PMSI 2015

	N° groupe chap XIX	Complications de soins médicaux et chirurgicaux Y40_Y84												
		Montant Base de remboursement				DMS	Nb séjours avec mode de sortie transfert SSR	Nb séjours avec date accident droit commun avec nature d'assurance 10 ou 13	Nb séjours valorisés	Montants remboursés AM				
		TOTAL	P25	P50	P75					TOTAL	P25	P50	P75	
(S00-S19)	Lésions traumatiques de la tête et du cou	26	431 869,3	549,3	2 881,6	19 840,1	17,3	3	26	411 990,4	484,0	2 881,6	19 840,1	
(S20-S29)	Lésions traumatiques du thorax	8	87 509,4	4 337,1	8 720,2	18 155,2	13,3	1	8	80 666,9	3 457,5	8 720,2	18 155,2	
(S30-S39)	Lésions traumatiques de l'abdomen, des lombes, du rachis lombaire et du bassin	32	178 146,3	847,7	1 647,5	6 445,2	8,0	4	30	157 990,9	761,7	1 647,5	4 592,4	
(S40-S69)	Lésions traumatiques du membre supérieur	27	118 354,9	1 140,5	3 014,4	4 910,3	6,1	0	26	111 331,5	1 075,2	2 798,0	4 910,3	
(S70-S99)	Lésions traumatiques du membre inférieur	65	404 036,0	1 142,2	4 196,2	8 738,0	9,3	11	65	389 164,3	1 058,2	4 196,2	8 738,0	
(T00-T07)	Lésions traumatiques de plusieurs parties du corps	1	38 191,1	38 191,1	38 191,1	38 191,1	24,0	0	1	37 607,4	37 607,4	38 191,1	38 191,1	
(T08-T14)	Lésions traumatiques de siège non précisé du tronc, membre ou autre région du corps	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
(T15-T19)	Effets dus à un corps étranger ayant pénétré dans un orifice naturel	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
(T20-T35)	Brûlures et corrosions (T20-T32) ; gelures (T33-T35)	4	43 223,9	2 244,6	3 512,2	19 367,4	7,3	0	4	41 745,9	1 789,4	3 512,2	19 367,4	
(T36-T50)	Intoxications par des médicaments et des substances biologiques	55	101 682,3	544,6	582,7	3 450,9	2,8	0	54	82 282,3	434,1	582,7	3 450,9	
(T51-T65)	Effets toxiques de substances d'origine essentiellement non médicinale	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
(T80-T88)	Complications de soins chirurgicaux et médicaux, non classées ailleurs	100	450 356,9	579,8	1 574,1	5 370,9	5,3	4	100	430 792,9	561,8	1 574,1	5 370,9	
	TOTAL	318	1 853 370,0	582,7	1 991,3	6 039,9	7,3	23	314	1 743 572,4	561,8	1 991,3	6 039,9	

N° groupe chap XIX	Aucun gpe chap XX													
	Nb total de séjours	Nb séjours	Montant Base de remboursement			DMS	Nb séjours avec mode de sortie transfert SSR	Nb séjours avec date accident droit commun	Nb séjours valorisés	Montants remboursés AM			TOTAL	
			TOTAL	P25	P50					P75	P25	P50		P75
(S00-S19)	144 605	95 222	240 572 189,1	686,1	734,1	2 227,3	3,6	3 419	1 172	91 165	213 441 548,1	547,0	734,1	2 227,3
(S20-S29)	38 609	22 746	84 067 646,0	782,6	2 007,6	3 973,1	6,1	1 637	324	21 673	74 112 789,1	682,5	2 007,6	3 973,1
(S30-S39)	57 512	35 780	144 244 410,3	1 071,4	2 628,6	5 207,6	7,3	4 961	346	34 307	127 838 718,7	986,6	2 681,0	5 207,6
(S40-S69)	288 196	241 327	361 942 894,1	637,0	988,5	1 805,8	1,6	7 257	1 696	232 724	333 334 456,0	586,4	988,5	1 805,8
(S70-S99)	238 476	182 134	773 205 994,4	1 768,4	3 396,6	6 423,3	6,4	31 152	1 530	176 673	723 513 200,5	1 698,4	3 396,6	6 423,3
(T00-T07)	208	177	2 139 660,7	1 064,8	4 051,6	19 422,7	10,2	28	1	150	1 722 092,6	1 043,1	3 975,6	18 590,0
(T08-T14)	133	109	335 069,6	691,3	708,0	2 398,1	4,0	9	0	102	313 425,8	617,3	893,4	2 398,1
(T15-T19)	7 694	7 359	10 679 046,9	634,5	753,5	1 532,6	1,8	41	18	6 919	9 445 758,4	511,4	724,8	1 483,0
(T20-T35)	6 894	2 994	22 521 602,3	845,3	1 252,5	6 536,6	6,1	137	24	2 756	20 612 327,6	757,0	1 258,6	6 571,0
(T36-T50)	79 712	73 642	88 152 210,4	558,9	558,9	942,5	1,8	716	56	72 104	77 710 441,7	445,6	558,9	961,4
(T51-T65)	8 401	6 211	9 139 317,1	628,7	629,6	677,3	1,9	74	19	5 869	7 892 847,9	501,2	629,6	677,3
(T60-T88)	89 250	70 020	330 283 138,7	1 065,9	2 641,9	6 727,5	5,8	8 035	50	68 859	314 162 678,8	1 011,9	2 663,8	6 737,4
TOTAL	959 690	737 661	2 067 283 179,6	676,2	1 346,7	3 396,6	3,9	57 466	5 236	713 301	1 904 100 285,3	583,7	1 341,2	3 404,4

Requête 18 ans ≤ âge
Données PMSI 2015

Accidents de transport V01_Y99															
N° groupe chap XIX	Nb séjours	Montant Base de remboursement					DMS	Nb séjours avec mode de sortie transfert SSR	Nb séjours avec date accident droit commun avec nature d'assurance 10 ou 13	Nb séjours valorisés	Montants remboursés AM				
		TOTAL	P25	P50	P75	P75					TOTAL	P25	P50	P75	
(S00-S19)	9 280	35 446 224,3	686,1	697,0	2 063,0	4,4	364	496	8 756	30 849 612,5	547,0	697,0	1 997,6		
(S20-S29)	5 251	22 229 628,1	782,6	1 653,1	3 946,1	5,6	262	283	4 960	19 394 855,0	623,8	1 654,1	3 946,1		
(S30-S39)	4 325	25 122 134,6	1 026,2	2 739,7	7 540,8	7,9	447	230	4 061	22 153 132,3	818,1	2 739,7	7 540,8		
(S40-S69)	5 609	14 347 406,0	798,3	1 796,4	2 518,0	3,5	175	224	5 270	12 836 754,9	640,8	1 757,0	2 533,5		
(S70-S99)	5 896	31 594 792,9	1 450,2	3 396,6	5 814,8	7,7	670	305	5 520	28 563 999,5	1 245,5	3 396,6	5 822,9		
(T00-T07)	15	132 239,7	655,6	826,1	7 514,8	8,1	1	0	13	120 602,8	522,6	826,1	4 646,3		
(T08-T14)	2	23 372,0	334,1	11 686,0	23 037,9	13,5	0	0	1	252,8	252,8	334,1	334,1		
(T15-T19)	4	6 980,2	815,1	1 432,1	2 675,0	1,5	0	0	4	5 859,7	649,8	1 432,1	2 675,0		
(T20-T35)	120	1 731 841,5	949,6	4 141,2	11 599,6	8,2	2	4	113	1 283 628,3	757,0	4 001,2	6 571,0		
(T36-T50)	101	109 371,0	558,9	558,9	1 038,3	1,9	0	5	101	95 739,1	445,6	558,9	1 038,3		
(T51-T65)	7	4 454,4	558,9	558,9	628,7	0,7	0	1	7	3 813,2	501,2	558,9	628,7		
(T80-T88)	19	146 344,6	1 622,2	7 700,2	10 690,9	13,5	6	0	19	142 125,2	1 562,5	7 700,2	10 690,9		
TOTAL	30 629	130 894 789,4	686,1	1 641,9	4 070,8	5,6	1 927	1 548	28 825	115 450 375,4	555,7	1 641,9	4 054,9		

Requête 18 ans ≤ âge
Données PMSI 2015

N° groupe chap XIX	Chutes W00_W19												
	Montant Base de remboursement					DMS	Nb séjours avec mode de sortie transfert SSR	Nb séjours avec nature d'assurance 10 ou 13	Nb séjours valorisés		Montants remboursés AM		
	TOTAL	P25	P50	P75	P25				P50	P75			
(S00-S19)	31 763	80 952 485,7	686,1	690,8	2 895,8	4,6	1 519	295	31 094	72 818 817,3	547,0	690,8	2 895,8
(S20-S29)	7 881	29 687 076,0	850,3	2 628,6	3 973,1	7,3	737	92	7 602	26 053 986,1	811,4	2 661,6	4 033,1
(S30-S39)	11 939	44 896 304,7	1 574,1	3 240,4	5 207,6	8,0	2 167	162	11 524	39 224 911,4	1 308,9	3 240,4	5 207,6
(S40-S69)	24 234	59 308 625,9	912,0	1 805,8	3 263,5	4,3	2 497	289	23 454	54 067 327,4	858,0	1 805,8	3 263,5
(S70-S99)	41 657	223 110 973,1	3 174,4	5 412,4	7 113,9	8,8	10 326	469	40 669	209 604 123,9	3 037,3	5 412,4	7 189,1
(T00-T07)	6	5 439,6	655,6	1 410,6	2,7	0	0	0	6	4 721,9	522,6	655,6	1 410,6
(T08-T14)	14	32 995,6	660,1	1 533,5	2 915,6	5,6	2	0	12	28 396,2	854,4	1 533,5	3 090,5
(T15-T19)	18	45 992,3	1 203,2	2 107,3	3 803,2	4,1	0	0	18	43 329,3	1 163,0	2 107,3	3 803,2
(T20-T35)	64	897 097,8	2 977,4	6 536,6	13 945,8	14,5	12	3	63	867 426,5	2 912,9	6 536,6	13 993,4
(T36-T50)	558	1 537 693,8	558,9	1 133,9	3 724,6	5,9	28	3	549	1 406 549,4	521,0	1 362,8	3 724,6
(T51-T65)	34	63 174,7	558,9	628,7	673,7	3,3	2	0	32	57 740,9	501,2	628,7	973,1
(T80-T88)	1 091	6 516 868,0	1 594,0	4 550,2	8 324,6	10,5	266	9	1 077	6 189 859,0	1 498,4	4 566,1	8 324,6
TOTAL	119 259	447 054 727,3	833,7	2 735,5	5 412,4	6,6	17 556	1 322	116 100	410 367 189,4	713,5	2 822,7	5 412,4

Requête 18 ans ≤ âge
Données PMSI 2015

W20_X49_X58_X59

	N° groupe chap XIX	Montant Base de remboursement						DMS	Nb séjours avec mode de sortie transfert SSR	Nb séjours avec date accident droit commun avec nature d'assurance 10 ou 13	Nb séjours valorisés	Montants remboursés AM		
		TOTAL	P25	P50	P75	TOTAL	P25					P50	P75	
(S00-S19)	Lésions traumatiques de la tête et du cou	2 199	9 966 590,6	686,1	1 088,5	2 464,5	5,1	56	51	2 107	8 808 251,4	547,0	1 088,5	2 456,7
(S20-S29)	Lésions traumatiques du thorax	697	5 027 417,7	856,2	2 770,2	8 241,5	8,1	47	10	654	4 352 680,7	818,1	2 628,6	7 603,9
(S30-S39)	Lésions traumatiques de l'abdomen, des lombes, du rachis lombaire et du bassin	826	5 371 041,7	970,4	3 240,4	7 951,8	8,6	69	21	777	4 809 888,0	895,0	3 240,4	7 951,8
(S40-S69)	Lésions traumatiques du membre supérieur	14 813	17 283 366,7	526,7	850,3	1 341,2	0,8	64	157	14 435	15 999 986,4	508,7	850,3	1 341,2
(S70-S99)	Lésions traumatiques du membre inférieur	2 711	9 713 514,0	891,4	1 893,9	3 724,4	5,5	144	66	2 595	8 784 009,1	829,4	1 893,9	3 645,3
(T00-T07)	Lésions traumatiques de plusieurs parties du corps	1	24 163,8	24 163,8	24 163,8	24 163,8	55,0	0	0	1	23 071,2	23 071,2	24 163,8	24 163,8
(T08-T14)	Lésions traumatiques de siège non précisé du tronc, membre ou autre région du corps	3	6 765,1	2 176,1	2 191,0	2 398,1	1,0	0	1	3	6 155,5	1 911,7	2 191,0	2 398,1
(T15-T19)	Effets dus à un corps étranger ayant pénétré dans un orifice naturel	149	386 275,2	669,8	1 060,0	2 687,6	3,0	1	0	142	358 292,7	621,2	1 156,1	3 181,9
(T20-T35)	Brûlures et corrosions (T20-T32), gelures (T33-T35)	3 656	56 325 643,4	1 112,2	5 605,6	14 480,6	11,2	404	152	3 416	51 234 499,5	991,7	6 216,3	14 823,3
(T36-T50)	Intoxications par des médicaments et des substances biologiques	2 813	5 707 265,3	558,9	598,0	2 905,9	4,0	82	1	2 751	5 114 445,2	476,8	598,0	2 945,2
(T51-T65)	Effets toxiques de substances d'origine essentiellement non médicinale	2 097	2 178 559,1	628,7	628,7	672,7	1,4	24	16	1 974	1 816 689,0	501,2	628,7	672,7
(T80-T88)	Complications de soins chirurgicaux et médicaux, non classés ailleurs	44	305 195,1	3 197,7	5 191,7	9 033,5	11,6	9	0	44	289 598,5	2 606,1	5 191,7	9 033,5
	TOTAL	30 009	112 275 797,8	604,4	957,3	2 365,6	3,6	900	475	28 899	101 597 547,3	521,0	945,1	2 337,4

Requête 18 ans ≤ âge
Données PMSI 2015

	Agressions X85_Y09													
	N° groupe chap XIX	Montant Base de remboursement				DMS	Nb séjours avec mode de sortie transfert SSR	Nb séjours avec date accident droit commun avec nature d'assurance	Nb séjours valorisés	Montants remboursés AM				
		TOTAL	P25	P50	P75					TOTAL	P25	P50	P75	
(S00-S19)	Lésions traumatiques de la tête et du cou	4 054	6 657 855,9	655,6	886,1	1 203,3	1,9	35	50	3 728	5 415 894,2	523,0	886,1	1 203,3
(S20-S29)	Lésions traumatiques du thorax	731	2 714 157,5	782,6	1 969,8	3 946,1	4,3	7	15	639	2 120 704,8	623,8	1 841,0	3 932,6
(S30-S39)	Lésions traumatiques de l'abdomen, des lombes, du rachis lombaire et du bassin	589	3 634 777,8	850,3	2 239,4	7 575,2	6,6	12	10	525	3 255 442,9	677,9	2 367,8	7 935,1
(S40-S69)	Lésions traumatiques du membre supérieur	1 050	1 858 826,8	756,4	1 341,2	1 901,7	2,1	22	15	946	1 575 819,3	636,4	1 341,2	1 818,1
(S70-S99)	Lésions traumatiques du membre inférieur	522	2 076 970,5	850,3	2 628,6	5 412,4	6,1	47	11	471	1 813 699,9	677,9	2 639,3	5 412,4
(T00-T07)	Lésions traumatiques de plusieurs parties du corps	5	44 820,8	655,6	1 661,1	2 895,8	11,8	0	0	4	42 614,2	799,9	2 278,4	21 094,0
(T08-T14)	Lésions traumatiques de siège non précisé du tronc, membre ou autre région du corps	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
(T15-T19)	Effets dus à un corps étranger ayant pénétré dans un orifice naturel	4	18 443,6	950,2	3 565,4	8 271,6	4,5	0	0	4	16 956,8	928,9	3 565,4	8 271,6
(T20-T35)	Brûlures et corrosions (T20-T32) ; gelures (T33-T35)	189	2 755 352,3	949,6	2 977,4	7 030,9	10,5	11	0	166	2 483 077,5	757,0	2 895,9	7 030,9
(T36-T50)	Intoxications par des médicaments et des substances biologiques	110	118 958,5	558,9	558,9	961,4	1,8	0	0	109	104 093,9	445,6	558,9	961,4
(T51-T65)	Effets toxiques de substances d'origine essentiellement non médicinale	29	39 073,7	628,7	629,6	633,0	1,0	0	0	28	35 703,6	501,2	629,2	633,0
(T80-T88)	Complications de soins chirurgicaux et médicaux, non classées ailleurs	1	838,1	838,1	838,1	838,1	1,0	0	0	1	668,1	668,1	838,1	838,1
	TOTAL	7 284	19 920 075,6	656,0	898,8	2 227,3	3,1	134	101	6 621	16 864 675,3	547,0	858,8	2 227,3

Requête 18 ans ≤ âge
Données PMSI 2015

Complications de soins médicaux et chirurgicaux Y40_Y84													
N° groupe chap XIX	Montant Base de remboursement				DMS	Nb séjours avec mode de sortie transfert SSR	Nb séjours avec date accident droit commun avec nature d'assurance 10 ou 13	Nb séjours valorisés	Montants remboursés AM				
	TOTAL	P25	P50	P75					TOTAL	P25	P50	P75	
(S00-S19)	Lésions traumatiques de la tête et du cou	4 190	25 478 999,1	1 086,8	3 484,1	6 010,2	10,8	408	4 147	23 917 539,7	940,8	3 484,1	5 996,9
(S20-S29)	Lésions traumatiques du thorax	2 013	11 789 103,4	1 976,6	3 946,1	5 583,5	10,6	210	1 971	10 921 991,8	1 834,5	3 946,1	5 620,4
(S30-S39)	Lésions traumatiques de l'abdomen, des lombes, du rachis lombaire et du bassin	5 149	27 384 869,3	1 838,0	4 033,1	5 392,6	10,3	666	5 074	25 104 911,5	1 619,0	4 033,1	5 392,6
(S40-S69)	Lésions traumatiques du membre supérieur	2 260	9 108 799,7	1 777,3	3 263,5	5 313,7	8,6	327	2 220	8 437 613,9	1 615,8	3 263,5	5 389,6
(S70-S99)	Lésions traumatiques du membre inférieur	8 136	50 034 246,5	2 628,6	5 129,7	8 122,1	12,7	1 962	8 042	46 883 257,1	2 475,4	5 129,7	8 122,2
(T00-T07)	Lésions traumatiques de plusieurs parties du corps	5	82 135,4	10 353,4	22 959,8	24 002,8	15,4	0	5	80 442,4	10 088,4	22 959,8	24 002,8
(T08-T14)	Lésions traumatiques de siège non précisé du tronc, membre ou autre région du corps	7	45 317,9	1 083,9	2 915,6	11 080,4	10,6	2	5	17 741,9	1 029,9	2 895,8	2 915,6
(T15-T19)	Effets dus à un corps étranger ayant pénétré dans un orifice naturel	166	607 423,6	669,8	1 532,6	3 803,2	5,1	4	166	582 500,1	628,1	1 532,6	3 803,2
(T20-T35)	Brûlures et corrosions (T20-T32) ; gelures (T33-T35)	103	4 751 350,3	6 536,6	26 623,4	63 985,7	34,1	21	100	4 390 123,7	6 369,7	25 132,1	62 608,4
(T36-T50)	Intoxications par des médicaments et des substances biologiques	2 859	8 989 402,2	558,9	2 337,4	3 724,6	6,1	105	2 825	8 302 695,1	521,0	2 337,4	3 724,6
(T51-T65)	Effets toxiques de substances d'origine essentiellement non médicinale	53	536 032,3	1 765,8	4 373,0	13 216,1	13,4	5	52	469 100,8	1 237,8	4 373,0	11 988,7
(T80-T88)	Complications de soins chirurgicaux et médicaux, non classées ailleurs	18 512	95 648 639,5	1 101,6	3 336,4	7 229,4	6,9	2 920	18 280	91 274 646,1	1 065,9	3 336,4	7 250,0
	TOTAL	43 453	234 456 319,1	1 447,2	3 724,6	6 778,9	9,1	6 620	42 887	220 382 564,0	1 293,2	3 724,6	6 783,5

Requête globale tous âges confondus
Données PMSI 2015

N° groupe chap XIX	Aucun gpe chap XX																
	Nb total de séjours			Montant Base de remboursement			DMS	Nb séjours avec mode de sortie transfert SSR		Nb séjours avec date accident droit commun		Nb séjours valorisés			Montants remboursés AM		
	Nb séjours	TOTAL	P25	P50	P75	TOTAL		P25	P50	P75	TOTAL	P25	P50	P75	TOTAL	P25	P50	P75
(S00-S19)	192 623	277 000 987,7	686,1	690,8	1 454,7	2,9	3 496	1 659	124 572	243 679 616,9	547,0	690,8	1 442,3				
(S20-S29)	40 169	86 307 347,9	782,6	2 007,6	3 946,1	6,0	1 650	354	22 476	76 091 747,4	682,5	2 007,6	3 973,1				
(S30-S39)	62 747	151 578 594,3	1 004,9	2 547,0	5 207,6	6,9	5 004	436	37 407	134 001 674,1	863,9	2 547,0	5 207,6				
(S40-S69)	344 638	419 674 733,1	639,1	981,1	1 805,8	1,5	7 285	2 329	279 366	385 706 946,3	597,0	975,9	1 805,8				
(S70-S99)	255 430	805 222 880,8	1 750,4	3 191,4	5 881,1	6,1	31 315	1 734	189 934	752 506 619,3	1 619,7	3 196,1	6 035,6				
(T00-T07)	251	2 342 111,4	1 058,0	2 895,8	17 955,1	9,3	28	1	182	1 881 152,9	848,9	2 775,6	17 270,3				
(T08-T14)	159	364 994,5	701,5	893,4	2 398,1	3,6	9	0	122	337 171,0	635,3	898,3	2 398,1				
(T15-T19)	11 905	14 459 985,5	634,2	716,6	1 121,9	1,5	46	42	10 823	12 676 567,1	509,0	704,2	1 044,2				
(T20-T35)	12 314	28 343 071,5	845,3	1 244,0	4 801,0	4,8	150	25	4 490	25 123 941,8	673,9	1 052,4	4 801,0				
(T36-T50)	91 378	102 828 696,5	558,9	559,9	1 056,1	2,0	755	61	81 522	89 608 329,3	445,6	558,9	1 056,1				
(T51-T65)	11 197	10 620 878,7	628,7	629,6	677,3	1,7	79	26	7 499	9 044 442,7	501,2	629,6	677,3				
(T80-T88)	92 448	340 185 731,3	1 020,7	2 564,3	6 601,5	5,7	8 079	50	71 552	323 194 754,1	1 002,7	2 565,9	6 611,5				
TOTAL	1 115 259	2 238 930 013,2	686,1	1 266,3	3 174,4	3,6	57 896	6 717	829 945	2 053 852 982,9	557,0	1 268,6	3 174,4				

Requête globale tous âges confondus
Données PMSI 2015

N° groupe chap XIX		Accidents de transport V01_V99											
		Montant Base de remboursement			DMS	Nb séjours avec mode de sortie transfert SSR	Nb séjours avec date accident droit commun avec nature d'assurance 10 ou 13	Nb séjours valorisés	Montants remboursés AM				
		TOTAL	P25	P50					P75	TOTAL	P25	P50	P75
(S00-S19)	Lésions traumatiques de la tête et du cou	43 681 026,7	686,1	687,0	1 615,2	3,9	413	645	12 001	38 034 161,6	547,0	690,8	1 584,9
(S20-S29)	Lésions traumatiques du thorax	23 523 222,0	782,6	1 641,9	3 946,1	5,4	267	303	5 322	20 551 232,0	623,8	1 641,9	3 946,1
(S30-S39)	Lésions traumatiques de l'abdomen, des lombes, du rachis lombaire et du bassin	29 817 651,5	955,5	2 547,0	6 817,3	7,3	468	275	5 162	26 287 152,2	761,7	2 547,0	6 805,4
(S40-S69)	Lésions traumatiques du membre supérieur	17 199 524,4	828,1	1 418,4	2 443,8	3,1	181	284	6 863	15 441 650,2	677,9	1 405,7	2 478,3
(S70-S99)	Lésions traumatiques du membre inférieur	36 588 897,1	1 142,2	3 174,4	5 560,8	7,1	706	374	6 820	33 108 522,6	1 002,0	3 174,4	5 604,5
(T00-T07)	Lésions traumatiques de plusieurs parties du corps	141 940,3	660,1	1 058,0	6 265,7	6,6	1	0	16	128 751,9	524,4	1 112,2	5 456,0
(T08-T14)	Lésions traumatiques de siège non précisé du tronc, membre ou autre région du corps	23 372,0	334,1	1 168,0	23 037,9	13,5	0	0	1	252,8	252,8	334,1	334,1
(T15-T19)	Effets dus à un corps étranger ayant pénétré dans un orifice naturel	8 122,3	1 142,1	1 203,2	1 661,0	1,2	0	0	5	6 770,1	910,4	1 203,2	1 661,0
(T20-T35)	Brûlures et corrosions (T20-T32) ; gelures (T33-T35)	2 013 913,0	949,6	4 801,0	7 079,1	8,6	4	7	136	1 554 766,2	757,0	4 001,2	6 571,0
(T36-T50)	Intoxications par des médicaments et des substances biologiques	111 834,6	558,9	558,9	1 056,1	2,0	0	5	103	97 703,1	445,6	558,9	1 056,1
(T51-T65)	Effets toxiques de substances d'origine essentiellement non médicinale	4 454,4	558,9	558,9	628,7	0,7	0	1	7	3 813,2	501,2	558,9	628,7
(T80-T88)	Complications de soins chirurgicaux et médicaux, non classées ailleurs	155 606,8	1 622,2	7 700,2	9 873,1	12,7	6	0	21	149 509,0	1 562,5	7 700,2	9 873,1
	TOTAL	153 269 565,0	686,1	1 341,2	3 613,6	5,1	2 046	1 894	36 457	135 364 285,2	555,7	1 341,2	3 613,6

Requête globale tous âges confondus
Données PMSI 2015

		Chutes W00_W19															
		N° groupe chap XIX						Nb séjours avec mode de sortie transfert SSR			Nb séjours avec date accident droit commun avec nature d'assurance 10 ou 13			Montants remboursés AM			
		Nb séjours		Montant Base de remboursement				DMS	Nb séjours avec mode de sortie transfert SSR		Nb séjours avec date accident droit commun avec nature d'assurance 10 ou 13		Montants remboursés AM				
		TOTAL	P25	P50	P75				TOTAL	P25	P50	P75		TOTAL	P25	P50	P75
(S00-S19)	Lésions traumatiques de la tête et du cou	40 084	89 687 516,6	686,1	690,8	2 387,1	3,9	1 530	376	39 180	79 914 020,5	547,0	690,8	2 384,0			
(S20-S29)	Lésions traumatiques du thorax	8 092	30 252 840,9	850,3	2 628,6	3 973,1	7,2	740	96	7 800	26 521 647,8	801,9	2 628,6	3 973,1			
(S30-S39)	Lésions traumatiques de l'abdomen, des lombes, du rachis lombaire et du bassin	12 506	46 531 015,3	1 318,3	3 240,4	5 207,6	7,9	2 172	171	12 058	40 438 709,8	1 219,0	3 240,4	5 207,6			
(S40-S69)	Lésions traumatiques du membre supérieur	28 379	65 371 807,8	930,0	1 805,8	2 628,6	3,9	2 505	338	27 369	59 383 686,2	858,0	1 805,8	2 628,6			
(S70-S99)	Lésions traumatiques du membre inférieur	42 952	226 765 571,6	3 174,4	5 412,4	6 969,8	8,6	10 334	487	41 872	212 659 825,2	2 928,5	5 412,4	7 073,6			
(T00-T07)	Lésions traumatiques de plusieurs parties du corps	8	18 254,6	655,6	790,6	1 578,4	3,4	1	0	8	17 116,0	570,0	790,6	1 578,4			
(T08-T14)	Lésions traumatiques de siège non précisé du tronc, membre ou autre région du corps	15	33 921,2	660,1	1 410,6	2 915,6	5,3	2	0	13	29 134,1	737,9	1 410,6	2 915,6			
(T15-T19)	Effets dus à un corps étranger ayant pénétré dans un orifice naturel	18	45 992,3	1 203,2	2 107,3	3 803,2	4,1	0	0	18	43 329,3	1 163,0	2 107,3	3 803,2			
(T20-T35)	Brûlures et corrosions (T20-T32) ; gelures (T33-T35)	77	944 294,1	956,1	6 536,6	11 693,0	12,9	13	3	75	908 203,5	762,2	6 536,6	12 511,5			
(T36-T50)	Intoxications par des médicaments et des substances biologiques	565	1 544 611,0	558,9	1 130,0	3 724,6	5,9	28	3	556	1 412 518,6	521,0	1 250,3	3 724,6			
(T51-T65)	Effets toxiques de substances d'origine essentiellement non médicinale	36	65 596,2	558,9	628,7	973,1	3,2	2	0	34	59 779,9	501,2	628,7	1 272,6			
(T80-T88)	Complications de soins chirurgicaux et médicaux, non classées ailleurs	1 099	6 561 311,4	1 594,0	4 550,2	8 324,6	10,4	266	9	1 084	6 232 753,2	1 498,4	4 566,1	8 324,6			
	TOTAL	133 831	467 822 733,1	741,0	2 487,5	5 207,6	6,0	17 593	1 483	130 067	427 620 724,1	677,9	2 500,8	5 207,6			

Requête globale tous âges confondus
Données PMSI 2015

W20_X49_X58_X59

	N° groupe chap XIX	Montant Base de remboursement						DMS	Nb séjours avec mode de sortie transfert SSR	Nb séjours avec date accident droit commun avec nature d'assurance 10 ou 13	Nb séjours valorisés	Montants remboursés AM			
		TOTAL	P25	P50	P75	TOTAL	P25					P50	P75		
(S00-S19)	Lésions traumatiques de la tête et du cou	3 816	12 703 192,4	686,1	961,8	1 859,6	3,8	68	69	3 686	11 122 298,9	547,0	961,8	1 859,4	
(S20-S29)	Lésions traumatiques du thorax	774	5 210 395,9	850,3	2 487,5	6 835,5	7,7	47	12	729	4 512 119,4	779,8	2 423,4	6 353,8	
(S30-S39)	Lésions traumatiques de l'abdomen, des lombes, du rachis lombaire et du bassin	1 085	6 489 571,3	955,5	2 699,0	6 931,3	7,8	76	25	1 031	5 803 391,1	773,6	2 628,6	6 931,3	
(S40-S69)	Lésions traumatiques du membre supérieur	17 375	20 199 214,8	526,7	850,3	1 341,2	0,8	65	177	16 961	18 718 450,6	508,7	850,3	1 341,2	
(S70-S99)	Lésions traumatiques de membre inférieur	3 233	11 071 454,5	955,5	1 881,0	3 613,6	5,2	150	73	3 105	10 018 922,7	811,4	1 881,0	3 613,6	
(T00-T07)	Lésions traumatiques de plusieurs parties du corps	2	24 714,9	551,1	12 357,5	24 163,8	28,0	0	0	2	23 510,6	439,4	12 357,5	24 163,8	
(T08-T14)	Lésions traumatiques de siège non précisé du tronc, membre ou autre région du corps	6	22 619,5	2 176,1	2 294,5	3 564,1	2,3	0	1	5	21 702,4	2 114,5	2 398,1	3 564,1	
(T15-T19)	Effets dus à un corps étranger ayant pénétré dans un orifice naturel	316	639 590,0	669,8	871,4	1 581,8	2,3	1	0	303	588 296,0	582,9	871,4	1 581,8	
(T20-T35)	Brûlures et corrosions (T20-T32) ; gelures (T33-T35)	7 031	80 491 849,8	949,6	3 596,4	7 030,9	8,6	497	307	6 481	71 713 861,5	782,9	3 751,5	7 030,9	
(T36-T50)	Intoxications par des médicaments et des substances biologiques	4 762	7 649 239,8	548,3	562,7	1 876,9	2,9	87	3	4 648	6 677 060,8	445,6	562,7	1 876,9	
(T51-T65)	Effets toxiques de substances d'origine essentiellement non médicamenteuse	3 162	3 059 130,8	628,7	629,6	672,7	1,2	25	17	2 991	2 492 720,7	501,2	629,6	633,9	
(T80-T88)	Complications de soins chirurgicaux et médicaux, non classées ailleurs	51	360 166,8	1 749,4	5 384,2	9 437,0	11,3	10	0	51	342 874,0	1 605,4	5 384,2	9 437,0	
	TOTAL	41 613	147 921 140,7	628,7	949,6	2 262,2	3,4	1 026	684	39 993	132 035 208,7	517,5	949,6	2 208,2	

Requête globale tous âges confondus
Données PMSI 2015

Agressions X85_Y09

	N° groupe chap XIX	Montant Base de remboursement					DMS	Nb séjours avec mode de sortie transfert SSR	Nb séjours avec date accident nature d'assurance	Nb séjours valorisés	Montants remboursés AM			
		TOTAL	P25	P50	P75	TOTAL					P25	P50	P75	
(S00-S19)	Lésions traumatiques de la tête et du cou	4 451	7 334 674,4	656,0	686,1	1 203,3	1,9	35	57	4 111	5 953 305,7	523,0	686,1	1 203,3
(S20-S29)	Lésions traumatiques du thorax	795	2 907 989,1	782,6	1 989,8	3 946,1	4,2	7	16	689	2 283 692,9	623,8	1 841,0	3 926,0
(S30-S39)	Lésions traumatiques de l'abdomen, des lombes, du rachis lombaire et du bassin	653	3 859 642,0	850,3	1 921,7	7 133,5	6,5	12	11	587	3 436 634,0	677,9	2 194,2	7 642,8
(S40-S69)	Lésions traumatiques du membre supérieur	1 141	2 008 164,9	787,3	1 341,2	1 818,1	2,2	22	16	1 026	1 696 386,0	636,4	1 341,2	1 818,1
(S70-S99)	Lésions traumatiques du membre inférieur	559	2 162 412,4	850,3	2 581,9	5 228,0	6,0	47	12	506	1 887 354,2	677,9	2 628,6	5 410,8
(T00-T07)	Lésions traumatiques de plusieurs parties du corps	5	44 820,8	655,6	1 661,1	2 895,8	11,8	0	0	4	42 614,2	799,9	2 278,4	21 094,0
(T08-T14)	Lésions traumatiques de siège non précisé du tronc, membre ou autre région du corps	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
(T15-T19)	Effets dus à un corps étranger ayant pénétré dans un orifice naturel	5	19 088,1	644,5	1 258,9	5 871,9	3,8	0	0	4	16 956,8	928,9	3 565,4	8 271,6
(T20-T35)	Brûlures et corrosions (T20-T32) ; gelures (T33-T35)	236	3 184 294,3	949,6	1 426,0	6 571,0	10,1	12	1	190	2 614 975,5	757,0	2 895,9	6 571,0
(T36-T50)	Intoxications par des médicaments et des substances biologiques	141	190 144,9	558,9	558,9	1 180,0	2,7	0	0	140	160 916,2	445,6	558,9	1 258,5
(T51-T65)	Effets toxiques de substances d'origine essentiellement non médicinale	36	53 466,8	628,7	631,3	750,5	2,2	0	0	35	48 264,1	501,2	629,6	823,6
(T80-T88)	Complications de soins chirurgicaux et médicaux, non classées ailleurs	1	838,1	838,1	838,1	838,1	1,0	0	0	1	688,1	688,1	838,1	838,1
	TOTAL	8 023	21 765 535,8	681,6	939,1	2 227,3	3,1	135	113	7 303	18 141 767,9	547,0	909,9	2 225,0

Requête globale tous âges confondus
Données PMSI 2015

		Complications de soins médicaux et chirurgicaux Y40_Y84													
		N° groupe chap XIX							Nb séjours avec date accident droit commun avec nature d'assurance 10 ou 13						
		Montant Base de remboursement			DMS				Nb séjours avec mode de sortie transfert SSR			Nb séjours valorisés			
Nb séjours	TOTAL		P25	P50	P75					TOTAL			P25	P50	P75
	(S00-S19)	Lésions traumatiques de la tête et du cou													
(S20-S29)	Lésions traumatiques du thorax														
(S30-S39)	Lésions traumatiques de l'abdomen, des lombes, du rachis lombaire et du bassin														
(S40-S69)	Lésions traumatiques du membre supérieur														
(S70-S99)	Lésions traumatiques du membre inférieur														
(T00-T07)	Lésions traumatiques de plusieurs parties du corps														
(T08-T14)	Lésions traumatiques de siège non précisé du tronc, membre ou autre région du corps														
(T15-T19)	Effets dus à un corps étranger ayant pénétré dans un orifice naturel														
(T20-T35)	Brûlures et corrosions (T20-T32) ; gelures (T33-T35)														
(T36-T50)	Intoxications par des médicaments et des substances biologiques														
(T51-T65)	Effets toxiques de substances d'origine essentiellement non médicinale														
(T80-T88)	Complications de soins chirurgicaux et médicaux, non classées ailleurs														
44 500		241 001 997,4	1 404,8	3 689,1	6 752,7	9,0	6 654	164	43 913	226 469 787,9	1 270,8	3 720,6	6 759,0		
TOTAL															

ANNEXE VI BIS

Enquête terrain sur les accidents scolaires

SOMMAIRE

1. SITUATION DU PROBLÈME	1
2. QUELLE CONNAISSANCE DU NOMBRE DES ACCIDENTS SCOLAIRES ET DE LA PART ATTRIBUABLE À DES TIERS RESPONSABLES DANS LES DIRECTIONS D'ADMINISTRATION CENTRALE ET À L'OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA SÉCURITÉ ET DE L'ACCESSIBILITÉ DES ACCIDENTS SCOLAIRES ?	2
2.1. Les directions d'administration centrale	2
2.2. L'observatoire national de la sécurité des établissements scolaires.....	3
3. LES ACADÉMIES NE SUIVENT PAS LE NOMBRE DES ACCIDENTS SCOLAIRES ET LA PART QUI EN EST IMPUTABLE AUX TIERS DE FAÇON ORGANISÉE	5
4. LES DIRECTIONS DES SERVICES DÉPARTEMENTAUX DE L'ÉDUCATION NATIONALE -DSDEN- SUIVENT LES ACCIDENTS SCOLAIRES AVEC UNE ATTENTION VARIABLE	5
4.1. Le premier degré.....	5
4.1.1. <i>Le Calvados</i>	6
4.1.2. <i>L'Eure – et – Loir</i>	6
4.1.3. <i>L'Isère</i>	7
4.1.4. <i>Paris</i>	7
4.1.5. <i>La Seine – et – Marne</i>	7
4.1.6. <i>La Seine – Saint – Denis</i>	7
4.1.7. <i>Le Val – de – Marne</i>	8
4.2. Le second degré	8
4.2.1. <i>Le Calvados</i>	8
4.2.2. <i>L'Eure – et – Loir</i>	8
4.2.3. <i>L'Isère</i>	8
4.2.4. <i>Paris</i>	8
4.2.5. <i>La Seine – et – Marne</i>	8
4.2.6. <i>La Seine – Saint – Denis</i>	9
4.2.7. <i>Le Val – de – Marne</i>	9
5. UNE ÉCOLE, UN COLLÈGE ET UN LYCÉE DU DÉPARTEMENT D'EURE – ET – LOIR DANS L'ACADÉMIE D'ORLÉANS - TOURS	9
6. CONSERVATION DES DÉCLARATIONS D'ACCIDENTS SCOLAIRES.....	9

Cette annexe est le résultat d'une enquête par un membre de l'IGAENR dans les services sur le suivi du nombre d'accidents scolaires et des cas où la responsabilité des tiers est engagée.

1. Situation du problème

Les accidents scolaires sont les accidents survenus durant le temps scolaire, qui correspond à l'emploi du temps des élèves, mais aussi pendant les activités éducatives organisées en dehors du temps scolaire et en accord avec l'autorité hiérarchique, qu'elles aient lieu dans ou à l'extérieur de l'école.

Les observations tendent à montrer que, dans l'enseignement primaire, les accidents ont plutôt lieu pendant la récréation (chutes de toboggan, blessures suite à un jeu de ballon, doigts coincés, etc.) alors que, dans l'enseignement secondaire, les accidents concernent davantage l'éducation physique et sportive.

La circulaire ministérielle du 27 octobre 2009, parue au BOEN du 18 novembre 2009, relative à l'information des parents lors des accidents scolaires, prévoit l'obligation du directeur d'école ou du chef d'établissement de déclarer l'accident en remplissant un imprimé spécifique qui précise les circonstances exactes de l'accident, la nature et la gravité des blessures, le ou les responsable - s de l'accident (éventuellement un autre élève ou un tiers) avec le cas échéant le recueil des témoignages.

La déclaration doit être établie en double exemplaire – l'un est transmis sous 48 h à la direction des services départementaux de l'éducation nationale, l'autre est conservé dans l'établissement durant dix ans (durée de prescription des dommages corporels) et, dans tous les cas, jusqu'à la majorité de la victime. Ceci concerne les accidents corporels à l'exclusion des accidents matériels. Chaque école et chaque établissement du second degré doit établir un état statistique annuel des accidents scolaires.

Les accidents ayant entraîné au minimum une consultation médicale ou hospitalière doivent être signalés au moyen d'un imprimé spécifique destiné à l'observatoire national de la sécurité des établissements scolaires¹.

La revue des dépenses publiques, prévue par la loi quinquennale sur les finances publiques du 29 décembre 2014, est à l'origine de la mission des inspections générales. Elle porte sur les recettes tirées par les organismes de protection sociale des recours contre tiers responsables pour récupérer des dépenses exposées en matière d'assurance maladie. Cette récupération n'intervient que très rarement à ce jour en cas d'accident scolaire². Une des raisons en est que ceux – ci ne sont pas déclarés par les écoles primaires et les établissements du second degré aux organismes de sécurité sociale.

Saisie à ce sujet par la direction de la sécurité sociale (DSS) du ministère en charge des affaires sociales, la mission juridique du Conseil d'état a indiqué que le secret professionnel des fonctionnaires s'opposait à ce que les informations relatives à l'identité du tiers responsable d'un accident scolaire et de son assureur soient communiquées à des tiers – au cas précis les organismes de sécurité sociale.

L'opportunité de procéder à une modification législative pour autoriser la transmission des déclarations d'accident scolaire aux organismes de sécurité sociale dépend en partie du nombre de ces accidents ; de la part, parmi ces accidents, imputable aux tiers et du coût supporté par la sécurité sociale.

¹ L'observatoire national de la sécurité des établissements scolaires, créé par décret du 6 mai 1995, étudie l'état des bâtiments et des équipements, évalue les conditions de sécurité, d'hygiène, d'accessibilité et de mise en sûreté en cas de risque majeur des établissements d'enseignement.

² 9 097 dossiers « accidents scolaires » ont été recensés dans les bases de données de l'outil de gestion propre aux services « recours contre tiers » des caisses de sécurité sociale. C'est un chiffre très faible y compris rapporté à ceux de l'observatoire national de la sécurité des établissements scolaires eux-mêmes sous évalués (voir infra II – B).

Annexe VI bis

Dans le cadre de cette mission, l'objectif a été de rassembler des éléments permettant d'approcher le nombre des accidents scolaires et celui des cas où un tiers est responsable. Ceci a été fait par :

- des contacts avec les directions d'administration centrale et l'observatoire national de la sécurité,
- un travail auprès des services déconcentrés. Il a été conduit avec des contraintes de temps extrêmement fortes : la saisine de l'IGAENR date du 17 mars 2017, la désignation par le chef du service d'un IGAENR est intervenue une semaine plus tard et la première réunion à laquelle il a participé a eu lieu le 24 mars. Il a fallu tenir compte des vacances pascales qui, selon les trois zones entre lesquelles sont réparties les académies, ont commencé le vendredi 31 mars et se sont terminées le mardi 2 mai ainsi que des nombreux jours fériés. Ces contraintes excluaient une enquête auprès de l'ensemble des académies. Il a fallu composer un échantillon en fonction de la possibilité de contacter rapidement les interlocuteurs. En conséquence, cinq académies ont été retenues et, à l'intérieur de chacune d'entre elles, de un à trois départements ainsi que, pour l'une des académies, une école, un collège et un lycée :
 - l'académie de Caen et le département du Calvados,
 - l'académie de Créteil et ses trois départements (Seine-et-Marne, Seine-Saint-Denis et Val-de-Marne),
 - l'académie de Grenoble et le département de l'Isère,
 - l'académie d'Orléans – Tours, le département d'Eure-et-Loir ainsi que l'école Coubertin de Mainvilliers, le collège Boucher à Chartres et le lycée Marceau situé dans la même ville,
 - l'académie de Paris qui est aussi un département.

Les renseignements recueillis aux différents niveaux – national, académique, départemental et en école ou établissement – sont présentés. Un point complémentaire est consacré à la conservation des déclarations d'accident scolaire.

2. Quelle connaissance du nombre des accidents scolaires et de la part attribuable à des tiers responsables dans les directions d'administration centrale et à l'observatoire national de la sécurité et de l'accessibilité des accidents scolaires ?

2.1. Les directions d'administration centrale

Edité par la direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (DEPP), *Repères et références statistiques (RERS)* présente chaque année en 400 pages les principales données recueillies et traitées par les systèmes d'information du MENESR. Les accidents scolaires n'y sont pas traités. Le climat scolaire et la violence ainsi que les incidents graves dans les collèges et les lycées font l'objet d'enquêtes. Mais les accidents scolaires ne sont jamais mentionnés.

La direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO), qui, dans de nombreux cas, sollicite les services académiques pour obtenir des remontées d'informations sur des sujets variés et sans que celles – ci ne fassent nécessairement l'objet d'un traitement statistique par la DEPP, ne le fait pas pour les accidents scolaires. Le dialogue de gestion entre les académies

Annexe VI bis

et l'administration centrale n'est pas davantage utilisé pour obtenir des informations systématiques à ce sujet.

La direction du numérique pour l'éducation (DNE) a indiqué :

- que dans l'application ANAGRAM, qui gère les accidents du travail et les rentes des personnels, subsistait une gestion résiduelle des rentes des élèves accidentés avant 1985, période où l'Etat était son propre assureur,
- qu'aucune application n'a remplacé ANAGRAM au plan national,
- que la DNE assure une veille des applications locales lorsque les académies les déclarent,
- que, dans ce cadre, une application de l'académie de Caen (ACCSO) avait été déclarée. Mais le contact pris par la mission avec l'académie de Caen fait apparaître que cette application n'est pas active,
- que la DNE a lancé début avril, suite au contact avec la mission, une enquête rapide auprès de l'ensemble des directions des systèmes d'information (DSI) académiques pour savoir si d'autres applications locales étaient actives,
- que seules quatre des 30 académies ont répondu (Bordeaux, Grenoble, Guyane, Strasbourg). Dans les quatre cas, aucune application locale ne fonctionne pour les accidents scolaires.

2.2. L'observatoire national de la sécurité des établissements scolaires

Comme il a été indiqué au I, les écoles et établissements du second degré doivent utiliser un imprimé spécial pour informer l'observatoire des accidents ayant entraîné au moins une consultation médicale ou hospitalière. Ceci permet d'alimenter la base BAOBAC. Les déclarations se font sur la base du volontariat. Elles font l'objet d'une information en début d'année par le secrétariat général de l'observatoire et ne sont pas contrôlées a posteriori.

En 1996, près de 156 000 accidents avaient été déclarés. Les questions ont ensuite évolué. Les séries statistiques ne sont pas disponibles de 1996 à 2003. Elles le sont ensuite mais pas toujours de façon exhaustive. Les chiffres actuels sont de l'ordre de 30 000 par an.

Nombre d'accidents déclarés dans BAOBAC	2014 - 2015	2015 - 2016
Primaire	18 297	13 439
Secondaire	16 922	11 649
Etablissements agricoles (dans le second degré)	1 147	516
Total	36 366	25 604

Les effectifs scolarisés étant de 6,805 M dans le primaire et 5,681 M dans le secondaire en incluant les 145 000 élèves de l'enseignement agricole, il apparait que la part des deux niveaux d'enseignement dans les accidents déclarés est conforme à celle qu'ils représentent dans la population totale (chiffres 2015 - 2016, qui sont très proches de ceux de 2014 - 2015).

Part des élèves dans l'enseignement primaire	54,5 %
Part des accidents intervenus dans l'enseignement primaire	52,49 %
Part des élèves dans l'enseignement secondaire	45,5 %

Annexe VI bis

Part des accidents intervenus dans l'enseignement secondaire	47,51 %
--	---------

L'observatoire n'a présenté de données par département qu'en 2005 - 2006 où 12 557 accidents avaient été recensés dans le premier degré et 23 512 dans le second degré. Le département est renseigné pour la quasi-totalité des accidents dans le premier degré et pour un quart d'entre eux dans le second degré. Une analyse rapide montre que les inégalités entre départements dépassaient de beaucoup celles qui pourraient être attribuables à des taux d'accident différents. Les deux tableaux qui suivent concernent l'enseignement primaire puis l'enseignement secondaire. Ils comparent le nombre d'accidents par élève pour deux départements qui déclarent beaucoup d'accidents et deux autres qui en déclarent peu.

Dans le primaire, la différence entre l'Indre - et - Loire et l'Eure d'une part, les Bouches - du - Rhône d'autre part, est supérieure à un facteur 1 000.

Chiffres de 2006 - 2007 pour les élèves arrondis à la centaine	Nombre d'accidents scolaires	Nombre d'élèves	Accidents/100 élèves
Indre - et - Loire	383	56 658	0,676
Eure	412	63 590	0,648
Val - de - Marne	19	139 469	0,0136
Bouches - du - Rhône	1	199 064	0,000502

Dans le secondaire, les écarts vont de un à 200 entre les quatre départements.

Chiffres de 2006 - 2007 pour les élèves arrondis à la centaine	Nombre d'accidents	Nombre d'élèves	Accidents/100 élèves
Puy - de - Dôme	166	47 000	0,353
Oise	193	72 100	0,268
Hérault	17	82 600	0,0205
Bouches - du - Rhône	3	170 700	0,00175

Il est intéressant de mesurer la part des établissements qui procèdent à des déclarations. Là aussi, l'observatoire ne dispose de ces données que pour 2005 - 2006 et de façon « parcellaire » (échange de mail le 28 mars 2017 avec le secrétaire général de l'observatoire).

Déclarations d'accidents dans l'enseignement primaire	12 557
Dont avec indication de l'école	« presque toujours repérées par leur code UAI »
Déclarations d'accidents dans l'enseignement secondaire	23 515
Dont avec indication de l'établissement	6 209 renseignées, soit 26,4 %, par 1 879 établissements

Annexe VI bis

Selon le *RERS* 2016, il existait 56 158 écoles en 2005 d'une taille moyenne de 118 élèves. 7 937, soit 14,13 %, ont saisi une déclaration d'accident dans BAOBAC.

Selon la même source, il y avait 12 251³ collèges et lycées en 2005 pour un effectif moyen de 460 élèves. 26,4 % des déclarations dans BAOBAC indiquaient le nom de l'établissement. Il a été possible d'identifier 15,34 % des établissements (1 879 rapporté à 12251). Le nombre des établissements concernés est très probablement beaucoup plus élevé.

La question de l'intervention d'un tiers lors de l'accident n'est plus traitée depuis 2006 – 2007, dernière année pour laquelle le champ d'information dans la rubrique circonstances humaines relatif à l'intervention d'un tiers était renseigné. Il ressort de ces données que 35% des accidents dans le primaire sont causés par un tiers et 20,7% dans le secondaire.

3. Les académies ne suivent pas le nombre des accidents scolaires et la part qui en est imputable aux tiers de façon organisée

Il a été indiqué au 2.1. qu'aucune application locale n'avait été relevée par l'administration centrale. Dans les investigations de terrain, à l'exception du cas particulier de Paris, qui est académie et département, les académies n'ont pas été en mesure de fournir des données sur le nombre des accidents scolaires et renvoient sur les services départementaux.

Toutefois, lorsque l'assureur des parents de l'enfant victime met en cause la responsabilité de l'Etat (défaut de surveillance, fait dommageable d'un enseignant, etc.) et lorsque l'académie a compétence pour traiter les recours juridiques et contentieux dans ce domaine, le courrier de l'assureur et la déclaration d'accident scolaire sont transmis au service juridique et contentieux du rectorat.

4. Les directions des services départementaux de l'éducation nationale - DSDEN- suivent les accidents scolaires avec une attention variable

Une double précaution méthodologique doit être prise :

- il n'est pas pertinent de rapprocher les chiffres des services académiques de ceux de l'observatoire. Celui – ci vise des accidents ayant entraîné au moins une consultation médicale ou hospitalière. Les services départementaux n'ont pas, sauf politique spécifique qui n'a pas été indiquée à la mission, cette exigence ;
- dans la pratique, les attitudes des services départementaux sont variables. Elles dépendent notamment de la charge de travail et des priorités établies par les services académique ou la direction de l'école ou des établissements.

4.1. Le premier degré

Trois des cinq DSDEN qui ont répondu donnent des chiffres proches d'un accident pour 100 élèves (Calvados, Eure et Loir, Seine et Marne). Deux de ces DSDEN donnent une estimation du nombre de cas où la responsabilité d'un tiers est engagée. Mais le type d'information n'est pas le même : dans un cas ne sont visés que les cas où l'assurance de la victime demande à la DSDEN communication des coordonnées du tiers responsable.

³ En incluant les 828 établissements de l'enseignement agricole qui scolarisent 152 000 élèves avec une taille moyenne de 183 élèves, soit très inférieure à celle des établissements de l'éducation nationale (485).

Annexe VI bis

Pour les deux autres (Isère et Seine Saint Denis), les chiffres sont sensiblement plus bas et apparaissent sous évalués à la mission.

4.1.1. Le Calvados

2013 - 2014			2014 - 2015			2015 - 2016		
Elèves	Déclarations d'accidents	En %	Elèves	Déclarations d'accidents	En %	Elèves	Déclarations d'accidents	En %
68 228	423	0,62 %	67 786	508	0,75 %	67 391	482	0,72 %

L'ordre de grandeur est d'un peu moins de 1 accident pour 100 élèves. Les accidents déclarés sont proportionnellement très peu nombreux dans l'enseignement privé, qui représente 13,5 % du total des élèves (plus de 10 fois moins que dans le public).

Pour la seule année 2016 - 2017 - qui n'est pas complète mais arrêtée au 12 avril, raison pour laquelle elle n'est pas reprise dans le précédent tableau, il a été possible de distinguer les cas où un tiers était impliqué dans l'accident et, à l'intérieur de ces cas, ceux où il a été identifié.

Tiers identifié	Tiers non identifié	Sans tiers	Total
108 et 33,33 %	17 et 5,25 %	199 et 61,42 %	324

De l'ordre de 40 % des accidents engageraient la responsabilité d'un tiers.

4.1.2. L'Eure - et - Loir

2014 - 2015

Elèves	Accidents	En %	Demandes des coordonnées du tiers responsable par l'assurance de la victime auprès de la direction de services départementaux de l'éducation nationale	Tiers identifié	Domages corporels	Autres
47 336	533	1,13 %	12	9	7	5

Annexe VI bis

2015 - 2016

Elèves	Accidents	En %	Demandes des coordonnées du tiers responsable par l'assurance de la victime auprès de la direction de services départementaux de l'éducation nationale	Tiers identifié	Dommages corporels	Autres
47 215	570	1,21 %	12	11	8	4

Sur deux années, 2014 - 2015 et 2015 - 2016, il y a eu 533 puis 570 accidents scolaires pour 47 336 puis 47 215 élèves. La proportion est de 1,13 puis 1,21 %. Sur ces accidents, seuls 12 ont fait, chaque année, l'objet d'une demande auprès de la DSDEN par l'assureur de la victime afin d'obtenir les coordonnées du tiers responsable.

Le nombre de tiers responsable n'est pas comparable à celui du département du Calvados car ne sont visés que les démarches de l'assurance de la victime.

4.1.3. L'Isère

La DSDEN ne dénombre que 18 accidents pour 2015 - 2016 dont cinq avec tiers responsable pour 134 195 élèves du premier degré soit, en %, 0,013 accident par élève. Ce chiffre est très certainement fortement sousestimé.

4.1.4. Paris

Non obtenu.

4.1.5. La Seine - et - Marne

Sur 2014 - 2016, le département a relevé 2 318 puis 2 426 accidents scolaires. Pour 163 865 puis 165 073 élèves, le pourcentage est de 1,41 puis 1,47 %.

Aucune information n'est donnée sur le nombre de cas où la responsabilité d'un tiers est engagée.

4.1.6. La Seine - Saint - Denis

Ce département, où la pression est forte sur les agents de l'éducation nationale, est illustratif des inégalités de recensement des accidents scolaires - aussi bien entre départements que selon les années pour un même département :

- en 2014 - 2015, 224 accidents avaient été recensés pour 194 524 élèves - soit un pourcentage de 0,12 %,
- en 2015 - 2016, seuls neuf accidents ont été recensés pour un 197 839 élèves, soit un pourcentage de un pour 20 000 élèves dépourvu de signification statistique. La chute brutale du nombre de cas déclarés est due, selon la DSDEN, au fait que « les établissements nous envoient les états de façon très irrégulière ».

Annexe VI bis

Aucune information n'est donnée sur les cas où la responsabilité d'un tiers est engagée.

4.1.7. Le Val - de - Marne

Non communiqué.

4.2. Le second degré

Sur les cinq réponses, deux des DSDEN contactées ne suivent pas le nombre d'accidents scolaires. Lorsqu'elles le font, dans deux cas sur trois, les chiffres paraissent extrêmement faibles. Aucune information n'est donnée sur les cas où la responsabilité d'un tiers est engagée.

4.2.1. Le Calvados

2013 - 2014			2014 - 2015			2015 - 2016		
Elèves	Déclarations d'accidents	En %	Elèves	Déclarations d'accidents	En %	Elèves	Déclarations d'accidents	En %
60	588	0,97	57	549	0,96	57	511	0,89
719		%	388		%	569		%

Pour ce département, les chiffres du second degré ne sont pas éloignés de ceux du premier degré mais un peu plus élevés.

4.2.2. L'Eure - et - Loir

La DSDEN de l'Eure - et - Loir ne dispose pas de chiffres globaux sur les accidents scolaires dans le second degré.

4.2.3. L'Isère

En 2015 - 2016, la DSDEN de l'Isère a relevé huit accidents scolaires dans le second degré. Ce chiffre est manifestement sous évalué pour 107 842 élèves et sans signification statistique.

4.2.4. Paris

Données non communiquées.

4.2.5. La Seine - et - Marne

La DSDEN n'assure pas un suivi quantitatif du nombre d'accidents scolaires dans le second degré.

4.2.6. La Seine – Saint – Denis

Les chiffres d'accidents sont très faibles – de l'ordre d'un pour 1 000.

2014 - 2015			2015 - 2016		
Elèves	Déclarations d'accidents	En %	Elèves	Déclarations d'accidents	En %
134 002	180	0,013 %	137 555	133	0,097 %

4.2.7. Le Val – de – Marne

Non communiqué.

5. Une école, un collège et un lycée du département d'Eure – et – Loir dans l'académie d'Orléans - Tours

Le choix s'est fait sur le conseil de la DSDEN. La direction de chacune des trois entités est attentive au suivi quantitatif des accidents scolaires, ce qui n'est pas le cas de tous leurs homologues :

- à l'école Coubertin de Mainvilliers, de la rentrée 2012 au 5 avril 2017, l'école a enregistré 83 accidents pour un effectif moyen de 383 élèves. 31 impliquaient un tiers, soit 37,35 %. Les accidents corporels n'ont pas été distingués des accidents matériels. Cela représente 17 accidents par an, soit un pour 22,5 élèves. C'est beaucoup plus que les chiffres par département qui dépassent rarement un accident par an pour 100 élèves – voir supra IV - A. Le suivi très attentif de la direction d'école, dans un établissement classé en REP mais pas dans une situation particulièrement difficile, peut expliquer ces chiffres élevés ;
- au collège Hélène Boucher de Chartres, qui compte 742 élèves en 2016 – 2017, 66 accidents ont été relevés de la rentrée 2013 à avril 2017. Pour 58 aucun tiers n'était responsable et pour huit le tiers était responsable mais non identifié. Une quinzaine d'accidents par an équivaut à deux accidents pour 100 élèves. Ici encore, le suivi attentif de la direction peut expliquer des chiffres élevés par rapport à la moyenne des départements qui ont remonté des chiffres.
- au lycée Marceau de Chartres, qui compte 1 541 élèves en 2016 - 2017, 149 accidents ont été recensés de la rentrée 2014 à avril 2017 – année scolaire en cours, soit de l'ordre de 50 par an. C'est supérieur à 3 accidents par an pour 100 élèves soit beaucoup plus que la moyenne des trois départements pour lesquels des chiffres ont été obtenus pour le second degré – voir supra IV-B. La mobilisation de la direction pourrait l'expliquer. Par ailleurs, seul un accident est imputé à un tiers, ce qui apparaît très faible.

6. Conservation des déclarations d'accidents scolaires

Selon la circulaire susvisée du 27 octobre 2009, la déclaration doit être établie en double exemplaire – l'un est transmis sous 48 h à la direction des services départementaux de l'éducation nationale, l'autre est conservé dans l'établissement durant 10 ans (durée de prescription des dommages corporels) et, dans tous les cas, jusqu'à la majorité de la victime.

Annexe VI bis

Ceci concerne les accidents corporels à l'exclusion des accidents matériels. La situation est la suivante dans les départements contactés.

	Calvados	Eure - et - Loir	Isère	Paris	Seine - et - Marne	Seine - Saint - Denis	Val - de - Marne
Premier degré	Conservation à la DSDEN jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire de l'élève accidenté	30 ans à la DSDEN D'après l'école Coubertin de Mainvilliers, conservation cinq ans à l'école et copie à l'IEN	Conservation à l'école avec copie à l'IEN	Non obtenu	Non obtenu	Conservation dans la circonscription avec application des règles de la circulaire ⁴	Non obtenu
Second degré	Idem	30 ans à la DSDEN. Au collège Hélène Boucher de Chartres, conservation depuis 2013 - 2014. Pas de réponse du lycée Marceau à Chartres.	Conservation dans l'établissement	Non obtenu	Non obtenu	Conservation dans l'établissement avec application des règles de la circulaire	Non obtenu

⁴La DSDEN de Seine - Saint - Denis indique appliquer la circulaire. Le fait que ses homologues ne l'écrivent pas ne signifie pas qu'elles ne l'appliquent pas.

ANNEXE VII

Les accidents médicaux

SOMMAIRE

1. LE RÉGIME DE RESPONSABILITÉ CIVILE MÉDICALE.....	1
1.1. Les textes juridiques.....	1
1.1.1. <i>Le principe de la responsabilité du fait de l'acte médical.....</i>	<i>1</i>
1.1.2. <i>L'implication de la solidarité nationale dans certains cas.....</i>	<i>1</i>
1.1.3. <i>Les recours collectifs et la RCM.....</i>	<i>2</i>
1.2. Une assurance obligatoire pour les acteurs de santé.....	3
1.3. Les acteurs.....	4
1.3.1. <i>En cas d'accident fautif.....</i>	<i>4</i>
1.3.2. <i>En cas d'accident non fautif.....</i>	<i>5</i>
1.3.3. <i>Le fonctionnement d'une indemnisation via l'ONIAM.....</i>	<i>7</i>
2. LE MARCHÉ DE LA RESPONSABILITÉ CIVILE MÉDICALE.....	10
2.1. Les caractéristiques de l'assurance de responsabilité civile médicale.....	10
2.1.1. <i>Une évaluation difficile de la charge des sinistres.....</i>	<i>11</i>
2.1.2. <i>La spécificité du régime en base réclamation.....</i>	<i>11</i>
2.2. La structure du marché.....	12
2.2.1. <i>23 sociétés dont le CA RC médicale est supérieur à 1 M€ opèrent sur ce marché.....</i>	<i>12</i>
2.2.2. <i>Dix sociétés exercent en libre prestation de service ou liberté d'établissement en France.....</i>	<i>13</i>
2.2.3. <i>Les conséquences du BREXIT.....</i>	<i>13</i>
2.3. Un marché estimé à près de 550 M€ en primes et 496 M€ en charges de sinistres en 2015.....	14
2.3.1. <i>Les sinistres graves.....</i>	<i>14</i>
2.3.2. <i>Les sinistres non graves.....</i>	<i>14</i>
2.3.3. <i>Les paiements en 2015.....</i>	<i>14</i>
3. L'IDENTIFICATION DES SOURCES RELATIVES AUX ACCIDENTS MÉDICAUX.....	15
3.1. Source ONIAM : la base de données de l'ORM.....	15
3.1.1. <i>Analyse par effectifs.....</i>	<i>16</i>
3.1.2. <i>Analyse financière.....</i>	<i>17</i>
3.2. Source DREES : l'enquête ENEIS.....	19
4. LE RCT DES OGROSS.....	20
4.1. La détection des accidents.....	20
4.2. L'intervention d'un fonds d'indemnisation.....	21
4.3. La discussion sur la responsabilité.....	21

1. Le régime de responsabilité civile médicale

1.1. Les textes juridiques

1.1.1. Le principe de la responsabilité du fait de l'acte médical

Le principe de la responsabilité civile se trouve à l'article 1382 (maintenant 1240) du code civil : « Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer ». On en tire les 3 éléments nécessairement présents pour mettre en jeu la responsabilité civile : une faute, un dommage et un lien de causalité.

Depuis 1805, ce cadre général a été amendé plusieurs fois notamment suite par exemple à l'arrêt Perruche ou à la loi Kouchner du 4 mars 2002 sur les droits des patients et la responsabilité en cas d'accident médical (avec la création de l'ONIAM). S'agissant des accidents médicaux, une présomption d'imputabilité et le principe d'une indemnisation par la solidarité nationale ont été posés à l'article L. 1142-1 du code de la santé publique.

1.1.2. L'implication de la solidarité nationale dans certains cas

L'ONIAM (Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux) a été mis en place par la loi Kouchner du 4 mars 2002 (article L. 1141-22 du Code de la santé publique).

Cet Établissement Public Administratif (EPA) financé par la solidarité nationale, a été créé pour organiser le dispositif de règlement amiable des litiges liés à des dommages imputables à une action de prévention, de diagnostic ou de soins **au-dessus de seuils de gravité prévus par décret¹** et d'indemniser les victimes le cas échéant. Le dispositif de règlement amiable des litiges ne se substitue ni à l'action du juge ni à la possibilité de règlement amiable conduite par les assureurs. Il représente, pour les victimes, une possibilité nouvelle et supplémentaire d'obtenir une indemnisation.

De plus, l'ONIAM se substitue à l'assureur ou au praticien dans trois cas de figure :

- ◆ silence ou refus explicite de la part de l'assureur de faire une offre,
- ◆ absence d'assurance du praticien,
- ◆ épuisement de la couverture d'assurance (fins de subséquentes et indemnisations supérieures aux plafonds de garantie)².

¹ 24% de taux d'incapacité permanente, durée d'incapacité temporaire de travail au moins à 6 mois consécutifs ou 6 mois sur une période de 12 mois, inaptitude de la victime à exercer son activité et la date de réalisation de l'acte médical ayant entraîné l'accident médical doit être postérieur au 4 septembre 2001. Dans le cas contraire, la CRCI ne peut tenter que de parvenir à une conciliation entre les parties, mais sans possibilité de recours.

² À la suite de la substitution, l'ONIAM peut exercer une action récursoire contre l'assureur ou le praticien (cf. deux premiers points ci-dessus), sauf lorsque l'épuisement de la couverture est dû à la fin de la subséquent de dix ans liée au décès ou à la cessation d'activité de l'assuré.

Annexe VII

Par ailleurs, l'ONIAM a aussi pour autre mission d'indemniser les victimes d'aléa thérapeutique entrant dans le champ de la loi et notamment, depuis la loi du 30 décembre 2002, les victimes d'infections nosocomiales ayant entraîné une incapacité permanente partielle supérieure à 25 % ou un décès. Dans ce cadre, l'ONIAM ne peut se retourner contre le professionnel ou l'établissement de santé concerné qu'en cas de faute établie de l'assuré à l'origine du dommage, et notamment de manquement caractérisé aux obligations posées par la réglementation en matière de lutte contre les infections nosocomiales.

Les différents cas de responsabilité civile des auteurs du dommage corporel responsabilité médicale sont les suivants : article 1142-1-1 à 2 du CSP, jurisprudence et directive du 25 juillet 1985, L 1111-2 et L 1121-10 du CSP, la responsabilité du fait des produits défectueux. **La responsabilité médicale résulte de l'article L 1142-1 du CSP en cas de faute.**

Au final, il existe quatre catégories d'accidents médicaux : les accidents médicaux fautifs, non fautifs (aléa thérapeutique), les infections nosocomiales et les accidents médicaux en lien avec un produit de santé.

Tableau 1 : Règles en matière d'engagement de la responsabilité médicale et d'indemnisation

Type d'accident	Nature de la responsabilité	Tiers responsable	Débiteur de l'indemnisation
Accident fautif grave	Pour faute (erreur technique, retard ou erreur de diagnostic, défaut de surveillance...)	Professionnel de santé ou ES	Assureur du professionnel ou de l'ES ONIAM en cas de substitution à l'assureur
Aléa thérapeutique	Sans faute		ONIAM
Infection nosocomiale (IN) ³	Pour faute (défaut d'hygiène et d'asepsie...)	Professionnel de santé	Assurance du professionnel de santé
	Sans faute	ES	Assureur de l'ES ONIAM si l'IN a eu pour conséquence une AIPP ⁴ >25 % ou décès
Accident en lien avec un produit de santé	Sans faute (benfluorex, sonde cardiaque Medtronic, distilbène, PIP...)	Fabricant du produit de santé	Assureur du médicament

Source : MNC

1.1.3. Les recours collectifs et la RCM

La Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a élargi la mise en place des recours collectifs à « *la réparation des préjudices individuels subis par des usagers du système de santé placés dans une situation similaire ou identique et ayant pour cause commune un manquement d'un producteur ou d'un fournisseur [...] ou d'un prestataire utilisant l'un de ces produits à leurs obligations légales ou contractuelles* ». Cette action est prévue à l'article L. 1143-1 du code de la santé publique.

³ A l'article L. 1142-1 I du CSP, il est établi une présomption de responsabilité civile pour les infections nosocomiales (il suffit de rapporter l'existence de l'infection pour en imputer civilement la responsabilité au professionnel ou établissement de santé, qui peut toutefois s'en dégager via la cause étrangère) et au II, il est créé un nouveau régime de droit à indemnisation. Les exceptions à ce régime sont : les infections nosocomiales contractées dans un établissement de santé (article L 1142 1 al 2 du CSP, responsabilité sans faute) ou une clinique (L 1142 1 CSP), dans le cabinet médical d'un médecin libéral (jurisprudence, responsabilité pour faute), les dommages liés aux produits de santé défectueux et à la recherche biomédicale (L 1121-10 du CSP).

⁴ Atteinte permanente à l'intégrité physique et/ou psychique.

Annexe VII

Il pourra notamment s'agir de dommages en relation avec des médicaments, des produits contraceptifs et contragestifs, des dispositifs médicaux (prothèses etc.), des produits sanguins labiles, des organes, tissus, cellules et produits d'origine humaine ou animale, des produits cosmétiques et des produits de tatouage... Sont visés par la possibilité de recours en cas de faute aussi bien les laboratoires pharmaceutiques que les établissements ou les professionnels de santé.

Une fois la responsabilité prononcée par le juge, le jugement est publié pour permettre aux usagers susceptibles d'être concernés de se faire connaître pour adhérer au groupe ayant mené l'action et ainsi obtenir la réparation de leurs préjudices.

Le texte ne prévoit aucune limite de temps à l'exercice de l'action de groupe. En conséquence, les usagers pourront agir contre les fabricants, producteurs et utilisateurs de produits de santé pour des faits antérieurs à l'entrée en vigueur de la loi si toutefois l'action en justice n'est pas prescrite.

La nouvelle possibilité de l'action de groupe renvoie aux nombreux scandales du fait de produits de santé ayant eu lieu récemment, les prothèses PIP©, le médiateur©, les prothèses de hanche CERAVÉR©, la DÉPAKINE©, le DISTILBÈNE©, les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération...

L'intention, derrière la mise en place des recours, de remboursement des victimes à la hauteur de leur préjudice semble néanmoins difficilement s'articuler avec les montants des garanties des contrats d'assurance et particulièrement ceux des producteurs de produits médicaux. En effet, le plafond de garantie proposé par l'assureur, en général le minimum légal, peut sembler faible si l'assuré devient insolvable. Dans le cas de l'indemnisation des victimes des prothèses PIP par Allianz IARD, ces dernières se sont seulement vu rembourser en moyenne 654 €. Cette rémunération s'est faite dans les limites légales : Allianz garantissait le producteur à hauteur de 3 M€ (montant plancher prévu par la loi au moment de la réclamation).

1.2. Une assurance obligatoire pour les acteurs de santé

D'après les dispositions des articles L. 251-1 du Code des assurances et L. 1142-2 du Code de la santé publique, les établissements de santé, les professionnels de santé et les exploitants/producteurs/distributeurs de produits médicaux⁵ sont tenus de s'assurer au titre de leurs activités professionnelles. Cette obligation s'impose à tous les professionnels de santé, personne physique ou morale⁶. Les établissements de santé doivent par ailleurs couvrir leurs salariés dans le cadre de leur fonction.

Un mécanisme permettant à tous les professionnels de santé de s'assurer est en place. En effet, si un professionnel de santé ne parvient à trouver une police d'assurance, il peut saisir le Bureau Central de Tarification créé par la loi du 4 mars 2002. Composé paritairement de représentants d'assujettis à l'obligation d'assurance et d'assureurs, le bureau central de tarification a pour rôle exclusif de décider à quelles conditions et quels tarifs un assureur choisi par l'assuré, mais qui lui a opposé un refus, peut être contraint à le garantir (cf. L252-1, L252-2 et R250-1 et suivant du Code des assurances).

⁵ Dénommée RC produits par la suite.

⁶ Une dérogation peut cependant être adoptée par arrêté du ministre chargé de la santé pour les très gros établissements de santé. Ainsi, l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (APHP) s'autoassure.

Annexe VII

L'assurance responsabilité civile médicale est obligatoire pour les professionnels de santé, les établissements de santé et les producteurs de produits de santé et ce depuis la loi de 2002 (L 1142-2 du CSP). En cas de non respect de cette obligation, ils s'exposent à des sanctions tant disciplinaires que pénales prévues aux articles L 1142-2 et L 1142-5 du CSP et 131-27 du Code pénal (peine de 45 000 € d'amendes assortie d'une peine complémentaire d'interdiction d'exercer son activité professionnelle).

L'article L. 1142-2 du Code de la santé publique précise que sont également tenus de s'assurer les producteurs, exploitants et fournisseurs de produits de santé, à l'état de produits finis, tels que mentionnés à l'article L. 5311-1 du même Code de la santé publique. Cet article liste de nombreux produits médicaux, dont les plus significatifs sont les médicaments, ou encore les produits contraceptifs.

Les assureurs des personnes morales produisant, exploitant, fournissant de tels produits rentrent donc dans le périmètre de l'étude. En 2015, 5 intervenants sur le marché français étaient dans ce cas.

On doit noter que beaucoup d'organismes d'assurance qui proposent ces garanties pensent le faire au titre de l'article 1386-1 du Code civil (couverture de la responsabilité des dommages causés par un défaut de produit), et n'ont donc souvent pas conscience qu'elles sont soumises aux obligations liées à la couverture de la responsabilité médicale. Le recensement des acteurs intervenant dans ce domaine est donc particulièrement difficile (en guise d'exemple, la couverture de la responsabilité professionnelle des tatoueurs relève de la couverture de responsabilité médicale).

La seule exception est l'APHP qui bénéficie d'une dérogation à cette obligation d'assurance étant de fait son propre assureur.

Les assureurs sont tenus d'assurer ces professions depuis 2002. L'inexécution de cette obligation est punie de sanctions prévues à l'article L 252-2 du Code des assurances soit notamment le retrait de leur agrément.

Les sociétés d'assurance sont tenues de proposer aux professionnels de santé des garanties dont les montants ne peuvent être inférieurs à 8 M€ par sinistre et 15 M€ par année d'assurance (décret 2011-2030 du 29 décembre 2011). Les médecins spécialistes libéraux exerçant en établissements de santé peuvent sous certaines conditions bénéficier d'une aide de l'assurance maladie à la souscription d'une assurance en responsabilité civile professionnelle (32 M€ payés par l'AM au titre de 2009 sur l'exercice 2010).

1.3. Les acteurs

1.3.1. En cas d'accident fautif

Les tiers responsables en cas d'accident médical sont les suivants : les professionnels de santé, les établissements de santé et les producteurs de produits de santé. En cas d'accident médical fautif, l'assureur du tiers responsable est tenu d'indemniser la victime sur la base du contrat d'assurance souscrit.

1.3.2. En cas d'accident non fautif

1.3.2.1. Les différents cas de figure et l'intervention des organismes d'indemnisation

En cas d'accident médical non fautif et, sous certaines conditions, fautif, trois organismes sont en charge d'indemniser directement les conséquences d'un accident se traduisant la manifestation d'un aléa thérapeutique, d'une infection nosocomiale ou de se substituer aux assureurs inexistantes ou défailtants.

Trois organismes sont compétents dans ce cadre : l'ONIAM, le FGTI et le fonds de garantie des dommages consécutifs à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins dispensés par des professionnels de santé (loi du 28 décembre 2011) indemnisent directement les conséquences d'un accident traduisant la manifestation d'un aléa thérapeutique, d'une infection nosocomiale et la substitution à un acteur défailtant ou inexistant.

1.3.2.1.1. L'ONIAM

Placé sous la tutelle du Ministère de la Santé, l'ONIAM, établissement public, a pour mission d'organiser le dispositif **d'indemnisation amiable**, rapide et gratuit des victimes d'accidents médicaux fautifs (en cas de défaillance de l'assurance) et non fautifs, sans passer par une procédure en justice.

Il faut deux conditions pour répondre au critère d'un accident médical grave indemnisé par l'ONIAM : un acte postérieur au 4 septembre 2001 et un accident médical grave qu'il ait pour origine un acte de prévention, un acte de diagnostic ou un acte de soin, c'est-à-dire ayant entraîné un dommage supérieur **aux seuils suivants (décret du 4 avril 2003)** :

- ◆ un taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique (AIPP) supérieur à 24 % (perte d'un œil, ankylose du genou...);
- ◆ ou un arrêt temporaire des activités professionnelles (ATAP) pendant une durée au moins égale à six mois consécutifs ou à six mois non consécutifs sur une période de douze mois ;
- ◆ ou des gênes temporaires constitutives d'un déficit fonctionnel temporaire (DFT) supérieur ou égal à un taux de 50 % pendant une durée au moins égale à six mois consécutifs ou à six mois non consécutifs sur une période de douze mois ;

Ou à titre exceptionnel (critères alternatifs) :

- ◆ lorsque la victime est déclarée définitivement inapte à exercer l'activité professionnelle qu'elle exerçait avant l'accident médical ;
- ◆ lorsque l'accident médical, l'affection iatrogène ou l'infection nosocomiale occasionne des troubles particulièrement graves, y compris d'ordre économique, dans ses conditions d'existence (TPGCE).

Après sa création par la loi du 4 mars 2002, la mission d'indemnisation de l'ONIAM a été progressivement élargie aux victimes :

- ◆ d'infections nosocomiales graves (loi n°2002-1577 du 30/12/2002 relative à la responsabilité civile médicale),
- ◆ d'accidents médicaux résultant de mesures sanitaires d'urgence, de vaccinations obligatoires,

Annexe VII

- ◆ de dommages transfusionnels résultant de contamination par le virus de l'immunodéficience (VIH), le virus de l'hépatite C (VHC), le virus de l'hépatite B (VHB), le virus T-Lymphotrope humain (HTLV) causées par une transfusion de produits sanguins ou par une injection de médicaments dérivés du sang (loi n°2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009, modifiée par la loi n°2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013)
- ◆ du benfluorex – matière active du Médiator® - (loi n°2011-90 0 du 29 juillet 2011 de finances rectificative pour 2011). Ces victimes sont indemnisées soit par le laboratoire en cause ou son assureur, soit par l'ONIAM, lorsque ce laboratoire ou cet assureur refuse de présenter une offre d'indemnisation ou propose à la victime une offre manifestement insuffisante. L'ONIAM peut se retourner ensuite contre le laboratoire ou l'assureur concernés.

Au final, l'ONIAM indemnise les dommages occasionnés par :

- ◆ un accident médical fautif ou non (aléa thérapeutique une affection iatrogène (ou effet secondaire lié à un traitement médical) ;
- ◆ des dommages imputables à une activité de recherche biomédicale ; dans ce dernier cas, toute victime peut être indemnisée sans conditions de gravité ;
- ◆ une infection nosocomiale (ou infection contractée dans un établissement de santé) ;
- ◆ les accidents en lien avec un produit de santé défectueux (liste à l'article L 5311-1 du CSP : médicaments, dispositifs médicaux, produits sanguins labiles etc...).

1.3.2.1.2. Le FGTI

Le Fonds de Garantie des Victimes des actes de Terrorisme et d'autres Infractions a été créé en 1986 pour indemniser les victimes de terrorisme. Ses missions ont été étendues, en 1990, à l'indemnisation des victimes d'infractions de droit commun et, en 2008, à l'aide au recouvrement des dommages et intérêts obtenus par une décision de justice (SARVI).

Les victimes d'infraction peuvent obtenir la réparation intégrale des dommages qui résultent des atteintes à la personne dans la mesure où les faits ont entraîné la mort, une incapacité permanente ou une incapacité totale de travail personnel égale ou supérieure à un mois ou bien s'ils constituent une infraction de viol, d'agression sexuelle ou relève de la traite des êtres humains. La Commission d'indemnisation des Victimes d'Infractions (CIVI) tient compte des prestations versées par les organismes sociaux, mutuelles, entreprises d'assurances.

1.3.2.1.3. Le fonds de garantie des dommages consécutifs à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins dispensés par des professionnels de santé

Ce fonds a été créé par l'article L426-1 du code des assurances (loi n°2011-1977 du 28 décembre 2011) : il intervient pour les dommages causés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral pour la part de leur montant excédant le montant minimal du plafond ou s'il est supérieur, du plafond de garantie prévu par le contrat d'assurance, les indemnités fixées au titre de la réparation des préjudices subis par les victimes et, en cas de décès, par leurs ayants droit.

Annexe VII

Ces dispositions sont applicables à tous les accidents médicaux consécutifs à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins faisant l'objet d'une réclamation, au sens de l'article L. 251-2 du code des assurances, soit déposée à compter du 1er janvier 2012 en cas d'expiration du délai de validité de la couverture du contrat d'assurance mentionné au même article L. 251-2, soit mettant en jeu un contrat d'assurance conclu, renouvelé ou modifié à compter du 1er janvier 2012.

Le fonds de garantie prend également en charge l'intégralité de ces indemnisations en cas d'expiration du délai de validité de la couverture d'assurance mentionné à l'article L. 251-2 du présent code. Dans ce dernier cas, le professionnel de santé doit alors au fonds remboursement d'une somme égale au montant de la franchise qui était éventuellement prévue par ledit contrat d'assurance.

Des conventions peuvent être conclues à cet effet par le fonds avec les entreprises d'assurance concernées et l'office institué par l'article L. 1142-22 du code de la santé publique.

La gestion comptable, financière et administrative du fonds est assurée par la Caisse centrale de réassurance, dans un compte distinct.

1.3.3. Le fonctionnement d'une indemnisation via l'ONIAM

La mission première de l'ONIAM et des CCI est d'offrir, au titre de la Solidarité nationale, une procédure d'indemnisation amiable, rapide et gratuite, aux victimes d'accidents médicaux dont le degré de gravité est supérieur au seuil fixé par le décret du 4 avril 2003 et lorsque la date de l'acte médical en cause est postérieure au 5 septembre 2001.

1.3.3.1. La saisine des CCI (Commission de conciliation et d'indemnisation) et leur composition

1.3.3.1.1. La saisine des CCI

La victime peut saisir la commission (CCI) d'une demande de conciliation :

- ◆ s'il n'est pas satisfait des soins qui lui ont été dispensés, tant d'un point de vue technique que déontologique ;
- ◆ s'il est en désaccord avec un professionnel de santé ou un établissement de santé, y compris pour une recherche biomédicale (Par exemple, en cas de participation au protocole d'essai d'un nouveau médicament ou traitement) ;
- ◆ s'il a été victime d'un dommage dont la gravité est inférieure au seuil fixé par l'article D1142-1 du code de la santé publique.

Il s'agit des victimes d'un accident médical grave, ayant pour origine un acte de prévention, un acte de diagnostic ou un acte thérapeutique, à condition que l'acte en cause soit postérieur au 4 septembre 2001. Les actes de chirurgie esthétique ne font pas partie du dispositif et ne sont donc pas susceptibles de faire l'objet d'une indemnisation.

La CCI compétente est celle de la région (23) dans laquelle exerce le professionnel de santé ou l'établissement de santé concerné.

Annexe VII

La victime peut saisir la commission par courrier recommandé avec accusé de réception, en indiquant les motifs de sa demande, ainsi que ses coordonnées et celles du professionnel de santé et/ou de l'établissement de santé concernés qui seront informés directement par la Commission.

La victime et le professionnel de santé sont entendus, soit par la commission dans son ensemble, soit par un membre de la Commission, soit, après accord de la victime, par un médiateur indépendant. Afin de faciliter la conciliation, la commission peut éventuellement se dessaisir et transmettre la demande de conciliation à d'autres instances de règlement des litiges.

Le résultat de la mission de conciliation est consigné dans un document signé par la victime et le professionnel de santé.

Les victimes doivent remplir un formulaire d'indemnisation, accompagné d'une fiche pratique spécifique à chaque cas. Ces documents doivent être accompagnés des pièces suivantes :

- ◆ tout document médical ou administratif établissant le lien entre le dommage et l'acte médical ;
- ◆ un certificat médical décrivant la nature précise et la gravité du dommage ;
- ◆ tout document indiquant la qualité d'assuré social de la victime ;
- ◆ tout document permettant d'apprécier la nature et l'importance des préjudices, notamment au regard du seuil de gravité fixé à l'article D.1142-1 du code de la santé publique ;
- ◆ tout document justifiant les sommes éventuellement reçues ou à recevoir au titre de l'indemnisation du dommage par un organisme autre que la sécurité sociale (L1142-7 du code de la santé publique).

Chaque dossier est examiné par la Commission et peut :

- ◆ s'il ne remplit pas les conditions d'accès à la Commission : être rejeté ;
- ◆ s'il existe un doute sur les conditions d'accès à la Commission : être transmis à un expert qui, après examen des pièces, se prononcera sur la recevabilité du dossier ;
- ◆ s'il remplit les conditions d'accès à la Commission : être transmis à un expert qui examinera la victime, évaluera ses préjudices et déterminera l'origine des dommages.

Cette expertise est gratuite et contradictoire (toutes les parties sont convoquées par l'expert).

1.3.3.1.2. La composition des CCI

Les Commissions de Conciliation et d'Indemnisation des Accidents Médicaux des Affections Iatrogènes et des Infections Nosocomiales (CCI) sont indépendantes de l'ONIAM. Présidées par un magistrat, ces commissions sont composées (outre le président) de membres représentant les usagers, les professionnels de santé, les établissements de santé, les assureurs, l'ONIAM, ainsi que de personnalités qualifiées. Elles se réunissent en moyenne une fois par mois.

L'avis des CCI facilite l'indemnisation. La décision d'indemnisation est cependant prise par le payeur (l'assureur ou l'ONIAM). Si ces derniers ne font pas d'offre, leur décision peut être contestée devant le juge.

Annexe VII

En cas de refus d'indemnisation de la part des assureurs, avant de saisir le juge, la victime peut demander à l'ONIAM de l'indemniser par substitution. Si l'ONIAM accepte, il indemnise la victime puis se retourne contre l'assureur. Si l'ONIAM refuse, la victime peut saisir le juge.

1.3.3.2. Les délais d'instruction des dossiers

La Commission de Conciliation et d'Indemnisation (CCI) ou l'ONIAM a 6 mois à compter de la réception d'un dossier complet pour rendre son avis, au vu du rapport d'expertise, sur les circonstances, les causes, la nature et l'étendue des dommages subis ainsi que sur le régime d'indemnisation applicable. Cet avis est rendu lors d'une réunion de la commission au cours de laquelle la victime peut demander à être présente, représentée ou assistée par une personne de son choix.

Si la Commission de conciliation et d'indemnisation reconnaît un droit à l'indemnisation, elle identifie le payeur :

- ◆ en cas de responsabilité : le nom de la ou des compagnies d'assurances du ou des acteurs de santé déclarés responsables,
- ◆ en cas d'accident médical non fautif : l'ONIAM

Le payeur a 4 mois, à compter de la réception de l'avis, pour présenter une offre d'indemnisation au demandeur et 1 mois pour payer si la victime accepte l'offre.

Si l'état de santé de la victime n'est pas consolidé lors du premier avis d'indemnisation, la Commission peut être amenée à rendre un nouvel avis sur la base d'un certificat médical de consolidation. Le payeur dispose alors d'un délai de 2 mois pour présenter une offre d'indemnisation.

1.3.3.3. L'offre d'indemnisation par l'ONIAM

La procédure de règlement amiable varie selon qu'il s'agit d'un accident médical non fautif relevant directement de la compétence de l'ONIAM ou d'une demande de substitution, suite à un refus de l'assureur de formuler une offre ou à un silence de sa part dans les quatre mois suivant la réception de l'avis. Des documents pourront être demandés aux victimes par l'ONIAM afin d'examiner et d'évaluer les préjudices retenus par la Commission.

Par ailleurs, l'ONIAM prend contact avec les organismes de Sécurité Sociale et le cas échéant de couverture complémentaire ; cela dans le but de connaître les prestations déjà versées et/ou prises en charge par ces organismes au titre de l'accident médical et d'obtenir leur créance.

L'office est doté d'un référentiel d'indemnisation qui décrit les préjudices pouvant faire l'objet d'une indemnisation et leurs modalités d'appréciation et d'évaluation. Pour élaborer les offres d'indemnisation, seuls les préjudices retenus dans l'avis de la CCI sont pris en compte.

Si l'état de santé de la victime n'est pas consolidé : une offre d'indemnisation provisionnelle lui est adressée dans un délai de quatre mois portant sur les préjudices avant consolidation. Dans les autres cas : une offre d'indemnisation lui est adressée dans un délai de 4 mois. Celle-ci porte sur l'ensemble des préjudices retenus dans l'avis si le dossier est complet. En cas de dossier incomplet, l'offre sera partielle dans l'attente des pièces demandées. Une fois le dossier complet, une offre complémentaire et définitive est envoyée.

Annexe VII

Si la victime accepte l'offre d'indemnisation, celle-ci vaut transaction au sens de l'article 2044 et suivants du code civil. En conséquence, la victime ne pourra plus demander l'indemnisation de ces mêmes préjudices, au juge. Par ailleurs, tout au long de la procédure de règlement amiable, la victime doit informer l'ONIAM de toute autre procédure engagée au titre des mêmes préjudices et lui adresser la copie des éventuels jugements, rapports d'expertise... susceptibles de porter sur tout ou partie du même dommage.

1.3.3.4. L'indemnisation par l'assureur

L'assureur du ou des professionnels ou établissement de santé, dont la responsabilité est retenue par la Commission de Conciliation et d'Indemnisation (CCI), doit envoyer à la victime (ou à son conseil si elle est représentée) une proposition d'indemnisation.

En revanche, si l'assureur refuse de suivre l'avis rendu par la commission ou reste silencieux au-delà de 4 mois après l'avis de la commission, la victime peut adresser à l'ONIAM une demande d'indemnisation par substitution.

La demande de substitution doit :

- ◆ être adressée à l'ONIAM en lettre recommandée avec accusé de réception et une copie du courrier de l'assureur en cas de refus écrit de sa part.
- ◆ l'ONIAM dispose de 4 mois pour proposer une offre d'indemnisation à la victime ou lui adresser un refus.

1.3.3.5. Lien avec une procédure judiciaire

Si la victime a déjà saisi un tribunal, elle peut quand même saisir la commission de Conciliation et d'Indemnisation (CCI) compétente en informant le tribunal et la commission de ses démarches parallèles en cours. De même, si elle n'est pas satisfaite de l'avis rendu par la CCI ou de l'offre d'indemnisation proposée (par l'assureur du professionnel de santé en cause ou l'ONIAM), elle peut les contester en engageant une demande d'indemnisation devant le tribunal compétent.

En cas de désaccord, la victime peut saisir le tribunal et doit alors recourir à un avocat.

2. Le marché de la responsabilité civile médicale

2.1. Les caractéristiques de l'assurance de responsabilité civile médicale

L'assurance de responsabilité médicale est une activité complexe, nécessitant un savoir peu répandu :

- ◆ le risque à l'ultime est en effet très difficile à appréhender, en raison d'une part du taux de responsabilité de l'assuré finalement retenu et de potentielles évolutions jurisprudentielles en matière de valorisation des dommages subis par les victimes ;
- ◆ par ailleurs, sa liquidation est particulièrement lente ;
- ◆ de plus, les sinistres graves ont une fréquence faible ce qui rend l'estimation de leur charge globale difficile à estimer de manière statistique ;
- ◆ enfin, la consolidation du sinistre peut intervenir de nombreuses années après la réclamation du sinistre.

Annexe VII

Sans compter que le portefeuille d'assurance de responsabilité médicale peut être soumis à des risques sériels, difficilement réassurables qui expose la société à de lourdes pertes. Ainsi, différents incidents médicaux sériels sont survenus dans les années précédentes : le virus de l'hépatite C et la transfusion sanguine, les irradiés d'Épinal, le Médiator®, les prothèses PIP®, la pilule de 3^{ème} et 4^{ème} génération, potentiellement le cas de la Dépakine®, ...

Cette activité nécessite ainsi des capitaux conséquents. Suite à la crise de 2002, qui avait vu une compétition importante et la sortie de plusieurs assureurs du marché, le niveau des marges des assureurs historiques avait été reconstitué par des augmentations tarifaires importantes. L'arrivée depuis 2010 de courtiers spécialisés, ayant recours à des assureurs étrangers, a engendré une compétition importante sur les prix.

2.1.1. Une évaluation difficile de la charge des sinistres

La charge d'un sinistre correspond à la somme des paiements cumulés et du reste à payer, constitué sous la forme de provisions.

Les sinistres les plus élevés en montant sont faibles en nombre et contribuent significativement à la charge totale. Comme les décisions judiciaires fixant le coût des sinistres interviennent longtemps après qu'ils ont fait l'objet d'une déclaration, notamment les plus graves, d'importantes incertitudes pèsent sur le provisionnement à réaliser.

2.1.2. La spécificité du régime en base réclamation

Depuis la loi About⁷ (L. 251-2 du Code des assurances et L. 1142-2 du Code de la santé publique), l'indemnisation des sinistres, jusqu'alors en base « fait dommageable », est passée en base « réclamation ».

Cette base « réclamation » repose sur trois principes :

- ◆ la date du fait dommageable n'est pas nécessairement connue, puisque **c'est le contrat en cours de validité qui désigne l'assureur engagé** ;
- ◆ lorsque la première réclamation au sujet d'un sinistre intervient pendant la durée du contrat, l'assureur de ce contrat doit couvrir le sinistre. En particulier, lors de la contractualisation avec un nouvel assureur, en cas de réclamation effectuée pendant la validité d'un nouveau contrat mais dont le fait dommageable est antérieur à sa souscription, c'est la date à laquelle l'assuré connaît le dommage qui permet de partager les engagements entre les assureurs ;
- ◆ si l'assuré ignorait l'existence du dommage lors de la souscription du nouveau contrat, alors c'est le nouvel assureur qui doit prendre en charge le sinistre ;
- ◆ au contraire, si l'assuré avait eu connaissance du sinistre à assurer avant la souscription du nouveau contrat, c'est l'ancien assureur qui doit prendre en charge le sinistre.

En conséquence, les contrats comprennent systématiquement une reprise du passé inconnu.

⁷ Loi n°2002-1577 du 30 décembre 2002 relative à la responsabilité civile médicale, dite « loi About ».

2.2. La structure du marché

La pratique de l'activité de responsabilité médicale relève de la branche 13 « Responsabilité Civile générale » de l'article R. 321-1 du Code des assurances. L'assurance de responsabilité civile générale a un poids relativement faible, de seulement 4 % du total des primes émises. Et, au sein de celle-ci, l'activité d'assurance de responsabilité médicale des sociétés déclarant des primes au titre de l'exercice 2015 ne représente que 0,8 % de l'ensemble du marché.

Cette activité ne nécessite donc pas un agrément spécifique au sein de cette branche. Ainsi, l'ACPR n'a-t-elle aucun moyen de distinguer les sociétés d'assurance qui pratiquent de l'assurance de responsabilité civile médicale de celles qui couvrent des risques de responsabilité civile générale, qui sont au nombre de 608. Il est donc difficile de détecter les organismes d'assurance qui couvriraient les risques concernés par l'étude et qui n'appliqueraient pas les exigences de la loi n°2007-127 du 30 janvier 2007.

La difficulté est particulièrement aigue lorsqu'il s'agit d'identifier des organismes étrangers pratiquant en LPS ou LE. En effet, les acteurs pratiquant en LPS ou en LE (495) ne pensent pas forcément à vérifier leur conformité au code de la santé publique pour l'exercice de leur activité en France. Ces acteurs n'étant pas soumis au contrôle prudentiel de l'ACPR mais seulement à celui des pratiques commerciales, n'imaginent pas l'existence d'un reporting annuel obligatoire.

Les assureurs commercialisant des contrats de RC produits médicaux pensent souvent relever uniquement des articles du code civil relatifs et n'indiquent naturellement pas pratiquer de la responsabilité civile médicale.

La garantie des fabricants de produits médicaux relève souvent d'autres organismes d'assurance (assurance des industriels).

2.2.1. 23 sociétés dont le CA RC médicale est supérieur à 1 M€ opèrent sur ce marché

L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution a recensé 18 sociétés ayant une activité en assurance de responsabilité médicale supérieure à 1 M€ de primes en France, auxquelles s'ajoutent 5 structures spécialisées sur le marché de l'assurance de produits médicaux. Parmi ces 23 entités, 13 sociétés ont leur siège en France. Les sociétés étrangères sont principalement allemandes ou anglo-saxonnes.

Les chiffres présentés par la suite portent uniquement sur l'activité des sociétés dont le siège social est situé en France.

L'ensemble des primes déclarées par des sociétés françaises, couvrant l'activité de responsabilité médicale et ne rentrant pas dans le cadre de l'étude²⁰, est négligeable (0,3 M€).

L'activité des 13 sociétés entrant dans le cadre de l'étude et dont le siège est en France fait apparaître une diversification entre les risques au niveau global.

Trois acteurs sont « spécialistes » de l'assurance de responsabilité médicale : ils effectuent plus de 60 % de leur chiffre d'affaires sur cette activité. Sept acteurs sont « généralistes » : ils offrent de nombreux types de contrats d'assurance et leur portefeuille en assurance de responsabilité médicale représente moins de 1 % de leur chiffre d'affaires. Enfin, les trois derniers acteurs sont spécialisés dans l'assurance dédiée au secteur de la santé. L'activité RC Médicale participe à leur offre produit dédiée. Elle représente entre 8 % et 15 % de leurs primes.

2.2.2. Dix sociétés exercent en libre prestation de service ou liberté d'établissement en France

Dix sociétés étrangères ont été détectées par l'ACPR comme ayant une activité suffisamment significative pour faire partie de l'étude comme pour l'exercice 2015. Sur ces dix sociétés, cinq sont spécialisées sur les praticiens et les établissements, et cinq sont spécialisées dans la couverture des fabricants de produits médicaux.

Sur les sociétés assurant les praticiens et les établissements, trois exercent directement depuis leur siège social (LPS) et deux depuis une succursale établie en France (LE).

Les sociétés étrangères exerçant en LPS ou en LE en France représentent en 2015 plus de 21 % du marché global de l'assurance de responsabilité médicale (115 M€), et le tiers du marché (soit 45 M€) des spécialités dites à risque, détaillées à l'article D. 4135-2 du code de la santé publique (soit chirurgie, gynécologie obstétrique, anesthésie, réanimation pour les principales).

En 2015 un acteur étranger, orienté vers la médecine libérale, représentant 38 % de l'activité des organismes étrangers et la quasi intégralité des activités à risque portées par des sociétés étrangères, a procédé à de nombreuses résiliations à la fin de l'exercice 2014 et a cessé toute activité en France fin 2015 (mise en run-off du portefeuille). Cette dernière a été partiellement reprise par un nouvel intervenant étranger exerçant en LPS, inclus dans l'étude, le reliquat ayant été souscrit par les autres acteurs du marché. Cet acteur devrait donc disparaître du périmètre de l'étude sur les comptes 2016.

La suite des éléments chiffrés concerne l'ensemble des sociétés ayant une activité en assurance de responsabilité médicale supérieure à 1 M€ de primes (y compris les sociétés exerçant en LPS ou en LE). Deux sociétés françaises exerçant en coassurance seront par la suite assimilées à une seule société.

2.2.3. Les conséquences du BREXIT

Une part importante de la couverture de la responsabilité civile obligatoire des hôpitaux, cliniques ou professions libérales exerçant dans le secteur médicale est assurée par des assureurs britanniques qui exerce en libre prestation de service ou en liberté d'établissement. Une part importante de la responsabilité civile des exploitants de produits médicaux est également assurée par des assureurs britanniques.

Au global, les assureurs britanniques représentent, en 2015, 14 % du marché de la RCM hors RC produits et 13 % de la RC des produits médicaux. Toutefois, ils représentent environ 36 % de la RCM des gynécologues obstétriciens en libéral, 43 % des anesthésistes et 38 % des chirurgiens.

Le BREXIT pourrait entraîner une restructuration importante du secteur, si les assureurs britanniques perdaient le droit d'exercer en LPS ou en LE en France. Une mauvaise gestion de cette transition pourrait alors amener des médecins à ne plus être couverts durant une courte période de temps.

2.3. Un marché estimé à près de 550 M€ en primes et 496 M€ en charges de sinistres en 2015

Le montant total des primes émises au titre de leur activité en assurance de responsabilité médicale par les 22 portefeuilles concernés s'élève sur l'exercice 2015 à 544 M€, en diminution par rapport à l'exercice précédent (572 M€ en 2014). Ce marché reste très concentré, même si une diversification s'opère sous la pression des entrants étrangers. **Les 5 premières sociétés représentent 81 % des primes avec 448 M€ et les 4 premières en concentrent déjà 73 % soit 402 M€.**

Le nombre de contrats déclarés à la fin de l'exercice 2015 s'élève à 657 976, en hausse de 4,2 % sur un an. En revanche, comme l'exercice précédent, le niveau des primes émises a diminué entre 2014 et 2015. Cette baisse du niveau global des primes est de 4,9 %, celui-ci passant de 571,8 M€ à 544,0 M€.

Pour les chiffres qui suivent concernant l'exercice comptable 2015, seules les données relatives à des assureurs de producteurs de produits médicaux ont été collectées et traitées.

Le nombre de sinistres rattachés à l'exercice 2015 est de 25 476 en légère baisse (-1,7 %) par rapport au nombre de sinistres rattachés à l'exercice 2014. La charge des sinistres nette de recours est de 496 M€ en 2015 contre 478 M€ en 2014.

2.3.1. Les sinistres graves

221 sinistres graves de rattachement 2010 sont recensés fin 2015 alors qu'ils étaient 222 à fin 2014, 228 à fin 2013, 247 à fin 2012, 249 à fin 2011, et 274 à fin 2010. 2.3.

A rebours de cette évolution, le nombre de sinistres graves est en augmentation en 2015 avec 330 sinistres contre 274 en 2014 (ordre 300/an), rompant ainsi avec la relative stabilité constatée sur les exercices précédents.

La charge globale des sinistres graves est de 75 M€ en 2015 mais varie fortement d'une année sur l'autre (194 M€ en 2012). La charge moyenne par sinistre grave est par contre orientée à la baisse. **En effet, le coût moyen des sinistres graves anticipé en première année était de 271 k€ fin 2014, contre 228 k€ fin 2015.** Ces deux effets contraires se compensent pour aboutir à une stabilité de la charge de sinistralité grave entre les deux exercices.

2.3.2. Les sinistres non graves

Le nombre de sinistres non graves, soit inférieur à 200 k€, est de 25 146 en 2015, soit 98,7 % des sinistres. En montant, la part des sinistres inférieurs au seuil de 200 k€ augmente sur l'ensemble de la période, du fait d'un fort accroissement du coût moyen des sinistres qui évolue de 9,7 k€ en 2009 à 16,7 k€ en 2015.

2.3.3. Les paiements en 2015

Annexe VII

Le nombre de contrats déclarés à la fin de l'exercice 2015 s'élève à 657 976, en hausse de 4,2 % sur un an. Le montant des primes est passé de 571,8 M€ à 544,0 M€. Le nombre de sinistres rattachés à l'exercice 2015 est de 25 476 en légère baisse (-1,7 %) par rapport à 2014. **Le tableau suivant retrace les montants par année de survenance et les paiements nets de recours en 2015 soit 259 M€, toujours selon une logique de caisse afin de pouvoir comparer les données avec celles de la CNAMTS.**

Tableau 2 : Totalisation E11 assurance médicale (paiements et provisions de sinistres nets de recours et sauvetage)

Chiffres en k€	Année de survenance						
	2010 et antérieurs	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Paiements en 2015 nets de recours	23 351	27 554	28 800	29 613	35 064	24 669	259 923
Provisions de sinistres fin 2015 nets de prévisions de recours	213 207	239 744	363 118	351 390	450 121	471 073	3 603 708
Total charge sinistres nette de recours	355 064	367 931	470 140	430 208	506 769	495 741	5 754 575
Provisions de sinistres début 2015 nets de prévisions de recours	238 253	301 843	423 811	422 628	455 172	0	3 426 325
Paiements cumulés des exercices antérieurs nets de recours	118 506	100 632	78 221	49 205	21 583	0	1 891 133

Source : Mission d'après données ACPR.

3. L'identification des sources relatives aux accidents médicaux

3.1. Source ONIAM : la base de données de l'ORM

Il s'agit d'une BDD alimentée par les dossiers de l'APHP (188), de deux assureurs privés, la MACSF, la SHAM (6 905) et l'ONIAM (2 291), dossiers dont le montant de l'indemnisation est supérieur à 15 k€.

Les données chiffrées suivantes concernant les dossiers clos sur la période 2009 à 2014, c'est-à-dire purgés de tout recours, soit près de **9 384 dossiers** d'accidents médicaux dont le **montant global de préjudice (indemnités versées à la victime plus prise en charge des tiers-payeurs) a été égal ou supérieur à 15 k€**. La charge globale est de 1 091 M€ pour 6 années.

Rapporté à une année, le nombre de dossiers est de 1 564 dossiers par an pour un montant total d'indemnisation de 181 M€.

Il est délicat de faire une analyse année par année du fait du nombre relativement faible de dossiers, notamment pour certaines professions faisant l'objet des indemnités les plus élevées et du manque de recul temporel.

Annexe VII

La majorité des dossiers enregistrés dans les bases de données de l'ORM sont issus des assureurs : 74 %. Ce taux est en augmentation pour la 3ème année consécutive. La part des dossiers portés par les assureurs était de 67 % pour le cumul des années 2006-2011.

3.1.1. Analyse par effectifs

53 % des dossiers indemnisés entre 2009 et 2014 concernent des victimes de sexe féminin (51,6 % de femmes en France en 2013).

1316 des 9377 dossiers de l'Observatoire concernent une victime décédée des suites de l'accident médical. Ce taux est statistiquement stable comparé aux rapports précédents.

51 % des dossiers concernent des accidents ayant provoqué un taux d'Atteinte à l'Intégrité Physique et Psychique (AIPP) inférieur à 10 %. Ce taux est en augmentation pour la 3ème année consécutive ; il était de 46 % pour le rapport 2012. Pour l'APHP, la proportion de dossiers correspondant à un décès ou à un taux d'AIPP compris entre 25 et 50 % augmente depuis 3 ans (respectivement 14 % et 8 % pour le rapport 2013 contre 18 % et 14 % pour ce rapport), alors que la proportion de dossier correspondant à un taux d'AIPP supérieur à 80 % diminue dans le même temps (15 % en 2013 contre 5 % pour ce rapport).

3.1.1.1. Les délais entre l'acte, la réclamation et le règlement

61 % des réclamations sont déposées durant l'année de l'acte mis en cause. Ce taux est stable depuis le rapport de 2013, alors qu'il était inférieur à 40 % pour ceux de 2011 et 2012. En cumul, près de 75 % des réclamations sont déposées dans les 2 ans qui suivent l'accident. Il reste cependant environ 11 % de dossiers pour lesquels la réclamation a lieu 5 ans ou plus après l'acte.

23 % des dossiers sont réglés en deux ans ou moins à compter de la réclamation. A noter que 38 % des dossiers clos ont été traités en plus de 5 ans sur l'ensemble des années 2009-2014, contre 35 % pour le cumul des années 2008-2013.

Concernant l'ONIAM spécifiquement, 44 % des dossiers ont été traités en moins de 2 ans, et 8 % en plus de 5 ans, contre 5 % dans le rapport 2014.

Au total, l'écart entre l'année de l'acte et l'année de paiement des dernières indemnités peut être très long. **Ainsi environ 17 % des dossiers présentent un écart supérieur à 10 ans.** Plusieurs raisons expliquent ce constat (délai du contentieux, délai de consolidation, etc.)

3.1.1.2. La nature de l'indemnisation

Environ 60 % des dossiers en nombre ont été réglés par voie amiable sur l'ensemble des années 2009-2014. Pour la seule année 2014, le taux de règlements amiables est de 67 %, ce qui est supérieur au taux observé sur l'ensemble de la période.

La proportion de dossiers réglés à l'amiable varie selon leur origine. En effet, si près de 88 % des dossiers ONIAM et 66 % des dossiers APHP (contre 92 % et 72 % dans le rapport précédent, et 94 % et 68 % dans le rapport 2013) sont réglés par voie amiable sur l'ensemble des dossiers, **la proportion de dossiers originaires des assureurs réglés par cette voie est de 51 %** (en progression de 5 points par rapport au cumul 2008-2013).

Annexe VII

Le pourcentage de dossiers (en nombre) traités par voie amiable liés à des taux d'AIPP strictement inférieurs à 10 % est inférieur à la moyenne : environ 55 % des dossiers contre 60 % des dossiers réglés par voie amiable en global. De même, le pourcentage de dossiers dont la victime est décédée des suites de l'accident médical réglés par voie amiable est de 57 %.

Les actes non fautifs (aléa) et les actes techniques fautifs correspondent à la majorité des natures des sinistres (respectivement 25 % et 31 % des dossiers) ; à noter la baisse de la proportion d'aléas depuis le rapport précédent (29 %). Cependant la répartition aléa / faute varie selon l'année de clôture du dossier. Les infections nosocomiales représentent près de 17 % des dossiers pour un montant global indemnisé de 144 M€ sur la période 2009-2014.

En nombre de dossiers, les disciplines chirurgicales sont de loin les premières sources de dossiers indemnisés (près de 62 % des dossiers), suivies par les disciplines de médecine sans actes invasifs (10,9 %), puis l'obstétrique (6 %) et les anesthésistes (5,3 %).

3.1.2. Analyse financière

3.1.2.1. Montant global et coût moyen par origine des dossiers

Les assureurs contribuent à 63 % au montant global d'indemnisation, alors qu'ils représentent 74 % des dossiers, l'ONIAM pour 36 % et l'APHP pour 2 %. Le poids des assureurs dans l'indemnisation est en augmentation depuis 2012 (53 %).

Le coût moyen d'indemnité est de 126,4 k€. Celui versée par la solidarité nationale est de 165,6 k€, soit environ 1,7 fois plus élevé que celui de 110,8 k€ versé par les assureurs. Cette différence tient à la mission même de l'ONIAM qui, au titre de la solidarité nationale, n'intervient que pour des dommages importants. De plus le montant moyen des dossiers indemnisés par l'APHP a augmenté de 21 % depuis le rapport précédent, confirmant une augmentation constatée les années passées.

3.1.2.2. Répartition du nombre de dossiers par tranche de montants et origine des dossiers

Quel que soit l'origine du dossier, le nombre de dossiers décroît avec le montant d'indemnisation. Plus de la moitié des dossiers (en effectifs) ont un montant d'indemnisation inférieur à 50 000 € et près des trois quarts ont un montant inférieur à 100 000 €.

Tableau 3 : Nombre de sinistres par tranche d'indemnisation (APHP, ONIAM, assureurs)

Tranche d'indemnisation	% de dossiers
15-50 k€	55,1 %
50-100 k€	23,5 %
100-200 k€	12,2 %
200-3000 k€	3,8 %
300-400 k€	1,6 %
400-500 k€	0,9 %
500 k€-1 M€	1,7 %
1-2 M€	0,6 %
>2 M€	0,3 %
Total	100 %

Source : ORM

Annexe VII

Tableau 4 : Nombre de sinistres par tranche d'indemnisation (assureurs uniquement)

Tranche d'indemnisation	Nb de dossiers	Mt global M€	Mt moyen k€
15-50 k€	3809	109,1	28,6
50-100 k€	1626	113,1	69,6
100-200 k€	846	115,7	136,8
200-3000 k€	267	65,2	244,2
300-400 k€	111	38,2	344,1
400-500 k€	63	27,6	438,1
500 k€-1 M€	121	83,7	691,7
1-2 M€	43	61,4	1427,9
>2 M€	19	69,6	3663,2
Total	3809	109,1	99,0

Source : ORM

3.1.2.3. Répartition du montant global par tranche et origine des dossiers

Les dossiers d'un montant compris entre 15 000 € et 50 000 € représentent seulement 13 % du montant global pour plus de 50 % du nombre de dossiers. Les 31 dossiers de plus de 2 M€ représentent 10 % du montant global. Plus largement, les dossiers de plus de 1 M€ représentent 22 % des montants pour 1,3 % des effectifs. Ces deux taux sont similaires à ceux du rapport précédent.

Tableau 5 : Montant par tranche d'indemnisation (APHP, ONIAM, assureurs)

Tranche d'indemnisation	% de dossiers
15-50 k€	13 %
50-100 k€	15 %
100-200 k€	16 %
200-3000 k€	10 %
300-400 k€	6 %
400-500 k€	5 %
500 k€-1 M€	13 %
1-2 M€	12 %
>2 M€	10 %
Total	100 %

Source : ORM

Tableau 6 : Montant par tranche d'indemnisation (assureurs seulement)

Tranche d'indemnisation	% de dossiers
15-50 k€	13 %
50-100 k€	15 %
100-200 k€	16 %
200-3000 k€	10 %
300-400 k€	6 %
400-500 k€	5 %
500 k€-1 M€	13 %
1-2 M€	12 %
>2 M€	10 %
Total	100 %

Source : ORM

3.1.2.4. Nature de l'indemnisation

60 % du montant indemnitaire global versé est réglé par voie amiable. En effectifs, les dossiers amiables représentent 60 % des dossiers. Le montant indemnitaire moyen réglé pour des dossiers amiable est de 115,7 k€ et de 118,0 k€ pour les dossiers judiciaires.

Le montant indemnitaire global moyen des dossiers réglés par voie amiable est inférieur de 2 % à celui des dossiers judiciaires sur le cumul 2009-2014 alors qu'elle était supérieure de 10 % dans le précédent rapport, et même de 16 % dans le rapport 2013.

Ce montant varie selon les tranches d'indemnisation.

Tableau 7 : Part des dossiers en effectifs réglés par voie amiable ou judiciaire selon la tranche d'indemnisation

Tranche d'indemnisation	Voie amiable	Voie judiciaire
15-50 k€	61 %	39 %
50-100 k€	59 %	41 %
100-200 k€	58 %	42 %
200-3000 k€	61 %	39 %
300-400 k€	57 %	43 %
400-500 k€	53 %	47 %
500 k€-1 M€	58 %	42 %
1-2 M€	65 %	35 %
<2 M€	58 %	42 %
Total	100 %	100 %

3.1.2.5. Répartition des dossiers selon le taux d'AIPP et le décès

Tableau 8 : Répartition des accidents médicaux selon le taux d'AIPP et les décès

Accidents médicaux	AIPP < 25 %	AIPP > 25 %	Décès
Nombre	6 273	1 547	1 281
Pourcentage	69 %	17 %	14 %

Source : Rapport ORM 2015

3.2. Source DREES : l'enquête ENEIS

La Direction de la recherche, des études et de l'évaluation et des statistiques (DREES) du Ministère chargé de la Santé DREES a assuré la maîtrise d'ouvrage de l'enquête ENEIS qui avait pour objectifs d'estimer l'incidence des événements indésirables graves liés aux soins (EIG) pris en charge dans les établissements de santé publics et privés et d'en connaître la part évitable. Il s'agit d'une étude d'incidence en 2009 sur une population ouverte de patients hospitalisés et observés dans les établissements de santé publics et privés pendant 7 jours au maximum. L'étude a été menée dans 251 unités de 81 établissements dans 31 départements.

L'échantillon était randomisé, stratifié, avec sondage en grappe à trois degrés (départements, établissements et unités de soins de médecine et de chirurgie). Un infirmier a détecté des événements à l'aide de 17 critères puis un médecin a analysé, avec le médecin en charge des patients et le dossier du patient, le caractère lié aux soins, la gravité et la nature évitable des événements détectés. La fréquence des EIG a été estimée par la proportion des patients admis pour un EIG et la densité d'incidence des EIG pendant l'hospitalisation.

L'échantillon de séjours était constitué de 8269 séjours de patients observés pendant un total de 31 663 journées d'hospitalisation, 17 539 en médecine et 14 124 en chirurgie.

Annexe VII

Parmi les 374 EIG identifiés pendant la période d'étude (203 en chirurgie et 171 en médecine), **47 % ont été considérés comme évitables**. Pendant le suivi de 7 jours par unité, au moins un EIG a été observé dans 70 % des unités de chirurgie et 66 % des unités de médecine. Ils sont survenus surtout chez des patients fragiles, de huit ans plus âgés que la moyenne de l'échantillon. La densité d'incidence calculée à partir des 87 EIG évitables survenus au cours de l'hospitalisation était de 2,6 pour **1 000 journées d'hospitalisation** (IC à 95 % [1,8-3,3]).

Les conséquences étaient dans un tiers des cas une prolongation seule de l'hospitalisation, dans un tiers des cas une menace du pronostic vital et dans un quart des cas une incapacité à la sortie de l'hospitalisation. **Près de 50 % des EIG évitables était associé aux actes invasifs, la même proportion aux produits de santé et un tiers aux infections (catégories non mutuellement exclusives).**

Les événements indésirables graves évitables ont causé 2,6 % (IC à 95 % [1,8-3,2]) de l'ensemble des séjours hospitaliers. Les trois quart ont été identifiés en médecine ambulatoire ce qui ne signifie pas que tous résultaient d'une pratique « de ville » car certains ont été cliniquement reliés à des hospitalisations antécédentes. Les autres étant un transfert direct d'une hospitalisation antérieure. Les médicaments étaient à l'origine de plus de 40 % de ces EIG.

Chaque année au niveau national, 160 000 et 290 000 hospitalisations, et 95 000 et 180 000 EIG pendant l'hospitalisation, peuvent être considérés comme évitables.

4. Le RCT des OGROSS

Dans un premier temps, l'OSS d'assurance maladie prend en charge l'ensemble des prestations en lien avec le dommage subi. Dans un second temps, en cas de faute de tiers, l'OSS peut exercer un RCT afin de récupérer auprès de l'assureur du responsable de l'accident les frais engagés (frais d'hospitalisation, frais médicaux et pharmaceutiques, indemnités journalières, rentes AT, pensions d'invalidité...). Ce recours est prévu aux articles L 376-1, L 454-1, D 376-1 et D 454-1 du CSS.

Ce RCT peut être exercé conjointement à l'action de la victime : légalement, l'OGROSS doit être appelée à participer à la transaction entre le tiers responsable et la victime et/ou à la procédure contentieuse, ou seul en cas d'inaction de la victime (procédure amiable ou contentieuse).

Dans la pratique, les OGROSS rencontrent trois types de difficultés.

4.1. La détection des accidents

Dans le cadre des procédures contentieuses, les juridictions incitent les victimes à appeler l'OGROSS en cause. En cas de transactions toutefois, les OSS sont rarement appelées à participer, le tiers responsable ou son assureur préférant transiger directement avec la victime en diminuant de son indemnisation les prestations versées par l'OSS sur la base des copies des justificatifs transmis par la victime.

Cette situation s'illustre par l'écart entre les déclarations de sinistres et leur montant dans la base ICARE de la CNAM et celles de l'APCR : 27 586 sinistres en 2011 pour les 15 principales sociétés d'assurance de responsabilité civile médicale.

Dans la BDD ICARE de la CNAM (Applicatif de Gestion des dossiers RCT de la CNAM), on constate seulement 5 677 signalements en 2011 soit un peu plus de 20 % du total des dossiers gérés par les assureurs.

4.2. L'intervention d'un fonds d'indemnisation

Lorsque la victime a été indemnisée par un fonds d'indemnisation (ONIAM, FGTI....), l'OGROSS ne dispose pas de recours à l'encontre de ce dernier, mais uniquement contre le tiers responsable, qui est particulièrement complexe à mettre en œuvre (l'OGROSS non partie à la procédure ne dispose d'aucun élément médical et factuel de nature à montrer la responsabilité du tiers).

4.3. La discussion sur la responsabilité

Dans le cadre des RCT relatifs aux accidents médicaux, les CPAM se joignent principalement aux actions initiées par les victimes et bénéficient ainsi de l'expertise de leurs avocats.

Dans le cadre des accidents sériels (sondes cardiaques défectueuses Medtronic....) sur consignes de la CNAMTS les caisses sont proactives et arrivent à détecter certains accidents médicaux grâce aux BDD de la CNAM. De ce fait, elles sont amenées à exercer seules le RCT et rencontrent de nombreuses difficultés sur le terrain de la discussion de responsabilités en raison de leur manque d'expérience en ce domaine.

ANNEXE VIII

**Mise en œuvre des
recommandations figurant dans les
rapports 2015 de la MNC et de l'IGAS**

SOMMAIRE

1. RECOMMANDATIONS DE LA MNC.....	1
1.1. Partie 1 : le pilotage du processus du recours contre tiers ne permet pas l'analyse de l'activité.....	1
1.1.1. <i>Recommandations tous régimes.....</i>	<i>1</i>
1.1.2. <i>Recommandations pour la CNAMTS.....</i>	<i>1</i>
1.1.3. <i>Recommandations pour la CCMSA.....</i>	<i>2</i>
1.1.4. <i>Recommandations pour la CNRSI.....</i>	<i>2</i>
1.2. Partie 2 : les modalités actuelles de constitution du fichier RCT ne permettent pas de garantir un flux entrant exhaustif des signalements	3
1.2.1. <i>Recommandations tous régimes.....</i>	<i>3</i>
1.2.2. <i>Recommandations pour la CNAMTS.....</i>	<i>3</i>
1.2.3. <i>Recommandations pour la CCMSA.....</i>	<i>3</i>
1.2.4. <i>Recommandations pour la CNRSI.....</i>	<i>3</i>
1.3. Partie 3 : une évaluation de la créance au plus juste non garantie.....	4
1.3.1. <i>Recommandations tous régimes.....</i>	<i>4</i>
1.3.2. <i>Recommandations pour la CNAMTS.....</i>	<i>4</i>
1.3.3. <i>Recommandations pour la CCMSA.....</i>	<i>4</i>
1.3.4. <i>Recommandations pour la CNRSI.....</i>	<i>5</i>
2. RECOMMANDATIONS DE L'IGAS	5
2.1. Liste des recommandations de l'IGAS	5
2.2. Etat de la mise en œuvre.....	6
2.2.1. <i>DSS.....</i>	<i>6</i>
2.2.2. <i>DGOS.....</i>	<i>6</i>
2.2.3. <i>CNAMTS</i>	<i>6</i>

1. Recommandations de la MNC

Les recommandations de la MNC se subdivisent en trois parties : le pilotage du processus du recours contre tiers ne permet pas l'analyse de l'activité (1) ; les modalités actuelles de constitution du fichier RCT ne permettent pas de garantir un flux entrant exhaustif des signalements (2) et une évaluation de la créance au plus juste n'est pas garantie (3).

Selon le tableau de bord communiqué par la mission et figurant en PJ, le taux de mise en œuvre des recommandations était de 74 % pour la MSA, de 55 % pour la CNAMTS et de 39 % pour le RSI en janvier 2017.

La prochaine session de réunions se tiendra en septembre 2017 afin de pouvoir clôturer le suivi.

1.1. Partie 1 : le pilotage du processus du recours contre tiers ne permet pas l'analyse de l'activité

1.1.1. Recommandations tous régimes

01 ** Garantir la mobilisation des caisses d'affiliation en cas de mutualisation, par exemple par la mise en place d'indicateurs

Cette recommandation a été réalisée pour les trois régimes.

02 ** Mettre en place un échange inter-régimes pour homogénéiser tout ou partie des indicateurs de pilotage

Cette recommandation a été abandonnée pour les trois régimes : si la CNAM a bien transmis les fiches techniques des indicateurs à la CMSA et au RSI, il semblerait que la collaboration inter-régimes soit difficile à mettre en œuvre sans pilote et que ce sujet doive être pris en charge par la tutelle DSS.

1.1.2. Recommandations pour la CNAMTS

03 * Mener une réflexion sur un renforcement de la mutualisation de l'activité RCT

Cette recommandation a été mise en œuvre dans le cadre du projet TRAM.

04 * Développer les volets statistiques de l'outil national de gestion GRECOT en incluant notamment la gestion des dossiers hors protocole

Cette action est en cours.

05 ** Veiller à une plus grande homogénéité dans la mise en œuvre du suivi d'activité dans l'outil GRECOT

Cette action a été réalisée.

Annexe VIII

06 * Ajuster le PMS en intégrant les cellules d'expertise régionales
Cette action a été réalisée.

1.1.3. Recommandations pour la CCMSA

07 ** Déployer les volets statistiques de l'outil national de gestion Web RCT
Cette action présente un retard.

08 ** Mettre en place des indicateurs de pilotage labellisés nationalement
Cette action a été réalisée.

09 ** Développer des éléments de suivi d'activité
Cette action a été réalisée.

10 * Décliner des objectifs RCT dans les CPG
Cette action a été réalisée.

11 ** Déployer le dispositif de maîtrise des risques, sur la base de la cartographie des risques élaborée et en renforçant cette cartographie sur le suivi du recouvrement des créances et de manière à couvrir le risque quant à l'émission des créances
Cette action a été réalisée.

1.1.4. Recommandations pour la CNRSI

12 ** Ajuster l'outillage en prenant en compte les bonnes pratiques développées par la CCMSA et la CNAMTS
Cette action est en cours.

13 ** Mettre en place des indicateurs de pilotage labellisés nationalement
Cette action est réalisée.

14 ** Développer des éléments de suivi d'activité
Cette action est en cours.

15 * Décliner des objectifs RCT dans les CPG
Cette action est réalisée.

Annexe VIII

16 ** Réviser les AMR afin de prendre en compte la centralisation de l'activité, de renforcer le contrôle sur les dossiers et de s'assurer de la bonne application du plan par un pilotage de la CNRSI sur toutes les AMR

Cette action est réalisée.

1.2. Partie 2 : les modalités actuelles de constitution du fichier RCT ne permettent pas de garantir un flux entrant exhaustif des signalements

1.2.1. Recommandations tous régimes

17 * Mettre en place une collaboration inter-régimes sur les conventionnements (avec désignation d'un pilote)

Cette action a été réalisée.

18 * Mettre en place une collaboration inter-régimes sur la transmission des signalements (avec désignation d'un pilote)

Cette action a été réalisée.

19 ** S'assurer de la qualité et de la pertinence des différentes sources de signalement notamment en gardant trace des primo-déclarants et mettre en place un dispositif d'optimisation des signalements en provenance des hôpitaux (avec désignation d'un pilote)

Cette action est en cours.

1.2.2. Recommandations pour la CNAMTS

20 ** Renforcer la collaboration intra-régime sur les conventionnements

Cette action est en cours.

21 *** Renforcer la collaboration intra-régime sur la transmission des signalements

Cette action a été réalisée.

1.2.3. Recommandations pour la CCMSA

22 ** Garantir ou améliorer la qualité des signalements internes, tant dans la relation inter services que dans l'outillage

Cette action a été réalisée.

1.2.4. Recommandations pour la CNRSI

23 ** Garantir ou améliorer la qualité des signalements internes, tant dans la relation inter services que dans l'outillage

Annexe VIII

Cette action est en cours.

1.3. Partie 3 : une évaluation de la créance au plus juste non garantie

1.3.1. Recommandations tous régimes

24 *** S'assurer de la montée en compétences des agents RCT sur les dossiers hors protocole et sur les chaînes de recouvrement

Cette action a été réalisée.

25 *** Mettre en place l'application des pénalités et des intérêts de retard de manière homogène dans toutes les caisses

Cette action a été réalisée.

26 *** Renforcer les outils permettant de piloter l'activité de recouvrement et mettre en place les actions nécessaires pour en améliorer le taux

Cette action est en cours.

1.3.2. Recommandations pour la CNAMTS

27 *** Mettre en place des circuits de liaison avec les partenaires concernés pour la récupération des prestations vieillesse, notamment en s'appuyant sur ceux préexistant dans certaines caisses

Cette action a été abandonnée et prise en charge par la DSS.

28 ** Prioriser, dans les chaînes de traitement, les dossiers RCT au service liquidation

Cette action a été réalisée.

29 *** Opérer un éclaircissement sur la répartition des rôles et sur la diffusion des outils dans le cadre du calcul de la créance entre les services administratifs RCT et médicaux

Cette action est en cours.

30 * Sécuriser les échanges de données médicales, notamment en s'appuyant sur les pratiques de la CCMSA

Cette action présente un retard.

1.3.3. Recommandations pour la CCMSA

31 ** Prioriser, dans les chaînes de traitement, les dossiers RCT aux commissions d'attribution des rentes

Annexe VIII

Cette action est en retard.

32 *** Comptabiliser les créances exigibles et définitives dès l'émission de la notification, à l'instar des principes en œuvre à la CNAMTS et s'assurer de sa bonne application

Cette action est en cours.

1.3.4. Recommandations pour la CNRSI

33 *** Mettre en place, dans le cadre de la centralisation de l'activité, les outils de calcul adéquats, notamment en s'appuyant sur une collaboration ou sur des échanges de bonnes pratiques inter-régimes

Cette action est réalisée.

34 *** Garantir que l'ensemble des prérequis en termes d'émission et de recouvrement des créances soient mis en œuvre dans la caisse centralisatrice ainsi que dans le cadre des relations entre la caisse centralisatrice et les caisses d'affiliation

Cette action est en cours.

35 * Sécuriser les échanges de données médicales, notamment en s'appuyant sur les pratiques de la CCMSA

Cette action est en cours.

2. Recommandations de l'IGAS

2.1. Liste des recommandations de l'IGAS

Tableau 1 : Liste des recommandations de l'IGAS

Numéro	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 de RCT pourraient par exemple être fixés à certains DAM	CNAMTS	T1 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	T2 2016
3	Prévoir des contreparties à l'investissement des établissements de santé dans les signalements	DSS/DGOS/CNAMTS	T2 2015
4	Enrichir le logiciel Grecot pour en faire un outil de pilotage du processus RCT	CNAMTS	T1 2015
5	Organiser les CPAM pour faciliter le transfert d'informations entre les services de la facturation hospitalière et les services de RCT	CNAMTS	T1 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	T1 2016
7	Diligenter une enquête IGAS approfondie sur la gestion	IGAS	T2 2015

Annexe VIII

Numéro	Recommandation	Autorité responsable	Echéance
	du RCT par l'assurance maladie		

Source : IGAS, rapport sur l'évaluation dispositif de RCT menés par les caisses d'assurance maladie (déclarations par les hôpitaux)

2.2. Etat de la mise en œuvre

2.2.1. DSS

Concernant la recommandation n°2, un travail d'actualisation de cette circulaire est en cours d'achèvement, en concertation avec la DGOS (des modifications doivent néanmoins encore être apportées à la demande de notre hiérarchie). Son objet est de rappeler aux établissements de renseigner la chaîne budget global (BDG) afin de permettre aux caisses d'avoir connaissance d'éventuels RCT et de chiffrer les dépenses hospitalières dans ce cadre. En effet, les flux de facturation actuels sont anonymisés et ne permettent pas d'identifier les dépenses en question.

Parallèlement à cette actualisation, un travail est en cours pour mettre en place un circuit transitoire de transmission des données de séjours valorisées par le biais du circuit PMSI existant (projet de décret permettant la transmission de données individualisées), dans l'attente de la mise en place de la facturation individuelle, qui permettra d'identifier de manière directe les dépenses hospitalières liées aux RCT.

Concernant la recommandation n°3, il n'a pas été entamé de réflexion côté DSS, n'étant pas pilotes dans les voies de financement des établissements hospitaliers. Il est néanmoins possible que la DGOS ait exploré cette piste de manière plus approfondie.

2.2.2. DGOS

Concernant la recommandation n°2, la DGOS a indiqué ne pas avoir connaissance d'une actualisation de la circulaire DHOS.

Pour des questions liées aux modalités de passation de marchés publics, l'extranet FIDES n'est pas encore opérationnel, une première version devant être livrée à la fin de cette année. La mise en ligne d'une fiche concernant le recours contre tiers est toujours d'actualité dès que l'extranet, étendu à l'ensemble du programme SIMPHONIE, sera disponible.

La DGOS indique ne pas disposer d'information concernant les éventuelles modalités de mise en œuvre de la recommandation n°3.

2.2.3. CNAMTS

Annexe VIII

Tableau 2 : Etat de la mise en œuvre par la CNAMTS des recommandations de l'IGAS

Numéro	Recommandation	Echéance	Réponse CNAMTS
1	Etablir un véritable suivi des relations avec les établissements en matière de RCT en affectant du temps agent à ces relations ; des objectifs de RCT pourraient par exemple être fixés à certains DAM	T1 2016	<p>Constitution d'un groupe de travail (CPAM de Dijon, CPAM de l'Oise, CPAM de Loire-Atlantique et CPAM de Toulouse + MSA et RSI)</p> <p>Actions envisagées :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Revoir les établissements de santé pour continuer à les inciter à remplir leur obligation de signalement -Cibler d'autres services que les urgences -Etendre les partenariats aux centres de rééducation/réadaptation -Action DAM : rappel de l'obligation de signalement en thème secondaire lors d'une visite DAM <p>Des outils ont été élaborés et sont actuellement en phase de test (jusqu'au terme du premier semestre 2017).</p>
3	Prévoir des contreparties à l'investissement des établissements de santé dans les signalements	T2 2015	<p>Les contreparties envisagées :</p> <p>En contrepartie :</p> <ul style="list-style-type: none"> -la CPAM ... s'engage à informer annuellement l'Hôpital ... du nombre de signalements réalisés et le montant des sommes potentiellement recouvrables. -En cas de difficultés en matière de signalement ou de facturation, l'établissement a la possibilité de contacter une personne dédiée dans la caisse -Un partenariat en matière de facturation entre l'établissement de santé et la CPAM est instauré, selon les modalités définies par les deux signataires.
4	Enrichir le logiciel Grecot pour en faire un outil de pilotage du processus RCT	T1 2015	<p>La V4.1 de GRECOT est déployée depuis le 26 février 2016. RAS</p> <p>Roadmap 2016 pour développement 2017 :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Automatiser la requête

Annexe VIII

Numéro	Recommandation	Echéance	Réponse CNAMTS
			<p>d'identification des écarts GRECOT/DETTES</p> <ul style="list-style-type: none"> -Nouveaux travaux sur l'arborescence GRECOT -pilotage et intégration de requêtes automatisées à disposition des caisses -Permettre aux caisses mutualisées d'avoir des rapports statistiques distincts (un par caisse) -Créer un rapport permettant de suivre le CPG frais futurs. <p>Les fiches comptables ont été diffusées le 13 juin 2016.</p> <p>Une fiche relative aux procédures de recouvrement va être prochainement créée.</p>
5	Organiser les CPAM pour faciliter le transfert d'informations entre les services de la facturation hospitalière et les services de RCT	T1 2015	Un partenariat en matière de facturation est prévu dans le modèle de convention.
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	T1 2016	La réorganisation du réseau en 35 pôles est en cours et ne permet pas de mettre en œuvre cette recommandation à court terme. Il est prévu de définir des indicateurs de performance plus contraints à partir de 2018.

Source : CNAMTS

PIÈCE JOINTE À L'ANNEXE VIII

le recours contre tiers (maladie et ATMP), au sein du régime agricole, du régime général et du régime des indépendants

Titulaire de l'audit	Nom	Tel.	Courriel
contact principal	Fanny Richard	01.72.60.23.77	Fanny.Richard@caamts.fr
contact secondaire	Hélène WHITECHURCH	01.40.56.77.34	helene.whitechurch@sanite.gouv.fr
auditeur MNC	SD2C	01.40.56.77.18	Corinne.ORY-DURAND@sanite.gouv.fr

date envoi synthèse nationale par la MNC	6-jul.-15	Fait
date réception plan d'action de la caisse nationale	30-oct.-15	Fait
date du 1er contrôle / 6 mois	22-janv.-16	Fait
date du 2nd contrôle / 12 mois	7-oct.-16	Fait
date du 3ème contrôle / 18 mois	30-sept.-17	A faire
clôture du suivi des recours	31-déc.-17	A faire

Taux de mise en œuvre
55%

Situation au 07/10/16

numéro recommandation	libellé recommandation	degré de criticité	Plan d'actions		Réunion SD2 / MNC / CNAMTS le 22/03/2016	Etat de la mise en œuvre	Réunion SD2 / MNC / CNAMTS le 07/10/16	Justificatifs caisse nationale de mise en œuvre du plan d'action	Etat de la mise en œuvre	observations caisse nationale	commentaires MNC	Résultats
			date d'échéance de mise en œuvre	action à mettre en œuvre par la caisse nationale								
01	Garantir la mobilisation des caisses d'affiliation en cas de mutualisation, par exemple par la mise en place d'indicateurs	2	30-sept.-16	La mission CNG relative au fonctionnement du réseau a été mise en place au début de l'année 2015 en matière de RCT elle a pour objectif de réorganiser l'ensemble du processus en : - mettant en place une réorganisation régionale avec la création d'un ou deux plateaux par région afin notamment d'assurer un niveau d'expertise élevé et constant ; - refondant les process métiers visant à optimiser et harmoniser les procédures de traitements des caisses. Cette refonte devrait être réalisée dans le cadre de l'organisation des prochains comités nationaux de processus (CNP) ***** Les comités nationaux de processus (CNP) ont la responsabilité d'élaborer les référentiels nationaux de processus (RNP) dans le cadre du système de management intégré (SMI) en remplacement des PMS. Le RNP RCT a pour objectif d'harmoniser les pratiques de gestion des dossiers RCT, en définissant les indicateurs de détection des risques, et les process pour y remédier. Le Dregi est pilote pour le référentiel RCT	Dans le cadre des schémas régionaux, 30 pôles vont être mis en place entre 2017 et 2018. Le cahier des charges est en cours pour la fin du mois de janvier. La cartographie cible pour juillet. Dans le cadre de l'élaboration du référentiel national de processus (RNP) sur le RCT, des indicateurs sur le nombre de signalements par les caisses d'affiliation vont être mis en place.	en cours	La RNP a été validée au mois d'août (phase 1). L'opération sera terminée en janvier 2017. L'objectif est de la déployer en même temps que les autres TRAM. Les indicateurs de gestion ont été définis. L'analyse des risques doit être menée (phase 2 - fin 14/11).	*RNP RCT (piloté)	réalisée			2
02	Mettre en place un échange inter-régimes pour homogénéiser tout ou partie des indicateurs de pilotage		31-déc.-16	Cette recommandation est à l'étude et sera évoquée lors de la réunion inter-régimes organisée par la DDOGOS au mois de décembre 2015.	Ce point n'a pas été abordé lors de la réunion inter-régimes en décembre 2015. La CNAMTS est d'accord sur le principe de transmettre la fiche technique pour le calcul des indicateurs DPG.	en cours	La CNAMTS a transmis les fiches techniques des indicateurs DPG recouvrement + FF	abandonnée		La collaboration inter-régimes est difficile à mettre en œuvre sans pilote. Nécessité d'être pris en charge par la tutelle (réflexion à mener par la DSS - sujet plus large).		
03	Mener une réflexion sur un renforcement de la mutualisation de l'activité RCT	1	30-jul.-16	Mise en place entre 2017 et 2018, de 30 pôles dans le cadre des schémas régionaux. Le cahier des charges est prévu pour la fin du mois de janvier 2016. La cartographie cible pour juillet 2016.		en cours	*cartographie cible *planing déploiement (semestrel)	réalisée	Remplacer 2015 par 2016 (cahier des charges et cartographie)		1	
04	Développer les volets statistiques de l'outil national de gestion GRECOT en incluant notamment la gestion des dossiers hors protocole	1	31-déc.-17	Mise à disposition de 12 requêtes BC-Web | presse bouton demandant les éléments de statistiques essentielles pour les caisses (recouvrements, stock de dossiers, ouvertures, mises à charges...) + mise à disposition d'un outil de reporting libre sur les bases de données GRECOT de la caisse. + Evolution en cours de développement concernant l'enrichissement des bases de données pilotage GRECOT et la construction de nouveaux indicateurs ainsi que l'amélioration des indicateurs existants. Constitution d'un groupe de travail afin d'élaborer des fiches relatives à l'harmonisation des pratiques comptables RCT avec les agents comptables et responsables RCT des caisses suivantes : CPAM Bordeaux 33 CPAM Dijon 21 CPAM Calvados 14 CPAM Finistère 29	Le développement de l'outil GRECOT n'a pas été inscrit au roadmap 2016 de la CNAMTS. A noter que la demande d'intégrer dans l'outil national des recours contenue dans le suivi des dossiers Hors Protocole a été faite. La CNAMTS a la volonté d'inscrire le projet au roadmap 2017.	en cours	Le volet statistiques des dossiers HP seront pris en charge par un autre outil : ONGC (outil de procédures amiables et contentieux). Echelonner et commentaires en suivi, il comprendrait l'amiable hors-protocole.	en cours				

numéro recommandation	libellé recommandation	degré de criticité	date d'échéance de mise en œuvre	Plan d'actions		Réunion SD2 / MNC / CNAMTS le 22/01/2016	Etat de la mise en œuvre	Justificatifs caisse nationale de mise en œuvre du plan d'action	Réunion SD2 / MNC / CNAMTS le 07/10/16	Etat de la mise en œuvre	observations caisse nationale	commentaires MNC	Résultats	
				action à mettre en œuvre par la caisse nationale										
05	Veiller à une plus grande homogénéité dans la mise en œuvre de tous d'activités dans l'outil GRECOT	2	31-déc-16	La version définitive de l'outil GRECOT, dont la diffusion au Réseau est prévue en fin d'année 2015, permet d'homogénéiser le suivi de l'activité RCT via deux modules : - l'administration nationale permet de mettre à jour différents onglets : étiquettes nationales, motifs d'échéance, sinistres, intervenants, assureurs et autres frais ; lesquels sont utilisés par l'ensemble des Caisse. - le responsable local, via l'onglet «laboratoire», accède à des indicateurs, tels que le statut du dossier, le code « Protocole ou Hors Protocole », le risque de l'accident (AT ou AS), le pourcentage de frais futurs ainsi que l'intervention du Service Médical. Cet onglet permet d'obtenir une visibilité immédiate des principaux indicateurs de l'activité RCT. Les comités nationaux de processus (CNP) ont la responsabilité d'élaborer les référentiels nationaux de processus (RNP) dans le cadre du système de management intégré (SMI) en remplacement des PMS. Le RNP RCT a pour objectif d'harmoniser les pratiques de gestion des dossiers RCT, en définissant les indicateurs de détection des risques, et les processus pour y remédier. Le Dregi est pilote pour le référentiel RCT	Réunion SD2 / MNC / CNAMTS le 22/01/2016 La CNAMTS a donné comme consigne aux caisses gestionnaires de garder le premier signalement identifié dans l'outil GRECOT. Ceci doit permettre en effet de garder soit le premier signalement, soit le dernier. La version définitive de GRECOT a été livrée en décembre 2015. Cependant, cette version doit être utilisée avec l'E11. Or, tous les postes ne sont pas basculés.	Des instructions ont été fournies au Réseau fin du 2ème semestre sur l'utilisation de GRECOT.	réalisée	*Point com GRECOT Juin 2016 (historique pris en compte)		La version définitive de GRECOT a été mise en production fin février 2016				2
06	Ajuster le PMS en intégrant les cellules d'expertises régionales	1	30-sept-16	Le modèle de la convention avec la fédération nationale de la mutualité française (à déployer en local) sera prochainement transmise à la CCMSA et la CPMSI. A noter qu'une instruction de l'éducation nationale incite à ne pas transmettre de signalement aux organismes sociaux.	Mise en place du RNP sur le RCT (dans le cadre du système de management intégré, SMI) Formation du groupe du 23 au 25 février. Les travaux débuteront en mars 2016. Le déploiement cible a été fixé en septembre 2016 (incluera la nouvelle carte des 30 pôles). Le RNP inclut les cellules d'expertises régionales (CER).		réalisée	*cartographie cible *Planning déploiement (semestriel)					1	
17	Mettre en place une collaboration inter-régimes sur les conventions (avec désignation d'un pilote)	1	31-déc-16	Un plan d'action visant à sensibiliser l'ensemble des acteurs externes du RCT va prochainement être élaboré dans le cadre de la mise en place d'un groupe de travail dédié à la co-construction de campagnes de communication destinées à soutenir les objectifs stratégiques de l'Assurance Maladie - LR-DICOM-4/2015 Le périmètre de ce plan d'action sera prochainement déterminé – le Dregi qui sera associé aux travaux en tant qu'experts métiers proposera que ce plan concerne notamment : - Les assurés sociaux (victimes et tiers responsables) - Les établissements de santé - Les professionnels de santé de ville ***** En mai 2015, le Dregi a diffusé une enquête questionnaire visant à recenser toutes les conventions visant à améliorer la détection et le signalement des RCT. Après analyse des résultats de cette enquête et en complément du plan partenarial avec les autres régimes, un plan d'action visant à optimiser les signalements en provenance des hôpitaux à sensibiliser notamment : - La police et la gendarmerie (voir établir des conventions) - Les assureurs, accidents scolaires	Le modèle de la convention avec la fédération nationale de la mutualité française (à déployer en local) sera prochainement transmise à la CCMSA et la CPMSI. A noter qu'une instruction de l'éducation nationale incite à ne pas transmettre de signalement aux organismes sociaux.		réalisée	* modèle convention CPAM / Mutualité française * mail diffusion de la convention à la CCMSA et CN-RSI * BO n°43 du 19/11/09 + circulaire Educ Nat du 28/09/12					1	
18	Mettre en place une collaboration inter-régimes sur la transmission des signalements (avec désignation d'un pilote)	1	31-déc-16	En mai 2015, le Dregi a diffusé une enquête questionnaire visant à recenser toutes les conventions visant à améliorer la détection et le signalement des RCT. Après analyse des résultats de cette enquête et en complément du plan partenarial avec les autres régimes, un plan d'action visant à optimiser les signalements en provenance des hôpitaux à sensibiliser notamment : - La police et la gendarmerie (voir établir des conventions) - Les assureurs, accidents scolaires	Le modèle de la convention avec la fédération nationale de la mutualité française (à déployer en local) sera prochainement transmise à la CCMSA et la CPMSI. A noter qu'une instruction de l'éducation nationale incite à ne pas transmettre de signalement aux organismes sociaux.		réalisée	* mail à destination des correspondants RCT sur la procédure de transmission des signalements					1	
19	S'assurer de la qualité et de la pertinence des différents sources de signalement, notamment en gardant trace des primo-déclarants et mettre en place un dispositif d'optimisation des signalements en provenance des hôpitaux (avec désignation d'un pilote)	2	31-déc-16	Un plan d'action visant à sensibiliser l'ensemble des acteurs externes du RCT va prochainement être élaboré dans le cadre de la mise en place d'un groupe de travail dédié à la co-construction de campagnes de communication destinées à soutenir les objectifs stratégiques de l'Assurance Maladie - LR-DICOM-4/2015 Le périmètre de ce plan d'action sera prochainement déterminé – le Dregi qui sera associé aux travaux en tant qu'experts métiers proposera que ce plan concerne notamment : - Les assurés sociaux (victimes et tiers responsables) - Les établissements de santé - Les professionnels de santé de ville ***** En mai 2015, le Dregi a diffusé une enquête questionnaire visant à recenser toutes les conventions visant à améliorer la détection et le signalement des RCT. Après analyse des résultats de cette enquête et en complément du plan partenarial avec les autres régimes, un plan d'action visant à optimiser les signalements en provenance des hôpitaux à sensibiliser notamment : - La police et la gendarmerie (voir établir des conventions) - Les assureurs, accidents scolaires	La récupération des fiches de signalement des hôpitaux par les conseillers de l'assurance maladie est un dispositif que la CNAMTS souhaite mettre en place. La CNAMTS a la volonté de rendre obligatoire la case "accident causé par un tiers", obligatoire dans les transmissions TZA.	Des instructions ont été fournies au Réseau fin du 2ème semestre sur l'utilisation de GRECOT. Une insertion dans la circulaire interministérielle DSS/DGOS sur le rappel de l'obligation par les hôpitaux de signaler les RCT sera effectuée (travail mené par la DSS) Les évolutions du logiciel Greco permettront de garder l'historique des signalements (fin de l'année 2016)	Des instructions ont été fournies au Réseau fin du 2ème semestre sur l'utilisation de GRECOT. Une insertion dans la circulaire interministérielle DSS/DGOS sur le rappel de l'obligation par les hôpitaux de signaler les RCT sera effectuée (travail mené par la DSS) Les évolutions du logiciel Greco permettront de garder l'historique des signalements (fin de l'année 2016)	réalisée	*Point com GRECOT Juin 2016				en cours	

numéro recommandation	libellé recommandation	degré de criticité	Plan d'actions		Réunion SD2 / MNC / CNAMTS le 27/03/2016	Etat de la mise en œuvre	Réunion SD2 / MNC / CNAMTS le 07/10/16	Justificatifs caisse nationale de mise en œuvre du plan d'action	Etat de la mise en œuvre	observations caisse nationale	commentaires MNC	Résultats
			date d'échéance de mise en œuvre	action à mettre en œuvre par la caisse nationale								
20	Renforcer la collaboration intra-régime sur les conventions	2	NC	Les CER se réunissent trimestriellement à la CNAMTS. A terme, les conventions doivent être revues suite à la mise en place des 30 pôles.	Réunion SD2 / MNC / CNAMTS le 27/03/2016	en cours			en cours			
21	Renforcer la collaboration intra-régime sur les transmissions des signalements	3	NC	L'instruction aux caisses gestionnaires prévue semaine 4 (2016), inclura ce point.	Réunion SD2 / MNC / CNAMTS le 27/03/2016	en cours		* mail à destination des correspondants RCT sur la procédure de transmission des signalements	réalisée			3
24	S'assurer de la montée en compétence des agents RCT sur les dossiers hors protocole et sur les chaînes de recouvrement	3	31-déc-16	Des points techniques aussi bien juridiques que médicaux sont abordés au cours des réunions trimestrielles des Cellules d'expertise régionale (CER), avec la transmission d'outils de gestion. Un dispositif de e-learning en protocole va être mis à disposition du réseau dès novembre 2015. Une formation des CER sur les voies d'exécution est prévue au cours de l'année 2016, à charge pour elles de transmettre à l'ensemble des caisses des éléments sur les voies d'exécution. La création de pôles de recouvrement est envisagée et sera prochainement à l'étude.	Réunion SD2 / MNC / CNAMTS le 27/03/2016	en cours	A moyen terme, la CNAMTS a la volonté de former des pôles spécialisés P / HP. Cependant, certains juristes du réseau sont réfractaires (question RH). CPAM Chen a fait le choix de cette organisation. Les CPAM Vesoul et Pau porteront des missions nationales pour les autres pôles, notamment sur le recouvrement en cas de difficulté (appui, expertise). Pour cela, une formation CNAMTS 2015 relatif à "l'évaluation du dommage corporel" (pour les acteurs CNAMTS + 2 CPAM). * diaporama réunion DDGOS du 08/12/15 relatif à "la prescription" * diaporama réunion CNAMTS 2015 relatif à "l'évaluation du dommage corporel" (pour les acteurs CNAMTS + 2 CPAM). Expertise Nomenclature Dintilhac * diaporama réunion DDGOS du 17/03/16 relatif à "La « cassation »"	* mail à destination des correspondants RCT sur la procédure de transmission des signalements * diaporama réunion DDGOS du 08/12/15 relatif à "la prescription" * diaporama réunion CNAMTS 2015 relatif à "l'évaluation du dommage corporel" (pour les acteurs CNAMTS + 2 CPAM). Expertise Nomenclature Dintilhac * diaporama réunion DDGOS du 17/03/16 relatif à "La « cassation »"	réalisée		3	
25	Mettre en place l'application des pénalités et des intérêts de retard de manière homogène dans toutes les caisses	3	30-sept-16	La mission CNG relative au fonctionnement du réseau a été mise en place au début de l'année 2015 en matière de RCT elle a pour objectif de réorganiser l'ensemble du processus en : - mettant en place une réorganisation régionale avec la création d'un ou deux plateaux par région afin notamment d'assurer un niveau d'expertise élevé et constant ; - refondant les processus métiers visant à optimiser et harmoniser les procédures de traitements des caisses. Cette refonte devrait être réalisée dans le cadre de l'organisation des prochains comités nationaux de processus (CNP) ***** Les comités nationaux de processus (CNP) ont la responsabilité d'élaborer les référentiels nationaux de processus (RNP) dans le cadre du système de management intégré (SMI) en remplacement des PMS. Le RNP RCT a pour objectif d'harmoniser les pratiques de gestion des dossiers RCT, en définissant les indicateurs de détection des risques, et les processus pour y remédier. Le Dregi est pilote pour le référentiel RCT	Réunion SD2 / MNC / CNAMTS le 27/03/2016	réalisée	La mise en place du RNP sur le RCT devrait mener les caisses gestionnaires vers une plus grande homogénéisation. Suite aux sollicitations des caisses gestionnaires, une nouvelle LR sur l'application des pénalités a été diffusée en octobre 2014. S'agissant des pénalités, elles sont systématiquement appliquées pour les assureurs "de mauvaise réputation". L'application de la pénalité doit être appréciée au cas par cas et permettre de sanctionner des comportements qui ont pour objet de ne pas mettre volontairement les caisses en capacité d'avoir connaissance d'un sinistre susceptible de faire l'objet d'un recours contre tiers. Pour le calcul des intérêts de retard un outil de calcul (excel) est en cours de qualification (pas encore diffusé aux caisses gestionnaires). Il existe également un outil de calcul pour les pénalités non encore diffusé. A noter que suite à la délégation de certaines assurances de la gestion, entre autre, des RCT à des courtiers, ces derniers refusent l'application des pénalités arguant qu'elles ne leurs sont pas légalement applicables. Un projet de proposition LSS 2017 a été rédigé.	* Le DDGOS 72/2014 du 22/10/2014 relative aux "Pénalités RCT en cas de mauvaise réputation" * L'annuaire à son obligation de l'information ou d'évaluation à participer au règlement amiable" * 2 propositions d'amendement PUFSS sur la problématique du non respect de l'obligation d'information des courtiers en assurance	réalisée		3	

numéro recommandation	libellé recommandation	degré de criticité	date d'échéance de mise en œuvre	Plan d'actions		Réunion SD2 / MNC / CNAVMS le 22/01/2016	Etat de la mise en œuvre	Réunion SD2 / MNC / CNAVMS le 07/10/16	Justificatifs caisse nationale de mise en œuvre du plan d'action	Etat de la mise en œuvre	observations caisse nationale	commentaires MNC	Résultats
				action à mettre en œuvre par la caisse nationale									
26	Renforcer les outils permettant de piloter l'activité de recouvrement et mettre en place les actions nécessaires pour améliorer le taux	3	31-déc.-16	Mise à disposition de 12 requêtes BO-Web-1 presse bouton dominant les éléments de statistiques essentiels pour les caisses (recouvrements, stock de dossiers, ouvertures, mises à charges...) + mise à disposition d'un outil de requête libre sur les bases de données GRECOT de la caisse. +Evolution en cours de développement concernant l'enrichissement des bases de données pilotage GRECOT et la construction de nouveaux indicateurs ainsi que l'amélioration des indicateurs existants. Constitution d'un groupe de travail afin d'élaborer des fiches relatives à l'harmonisation des pratiques comptables RCT* avec les agents comptables et responsables RCT des caisses suivantes : CPAM Bordeaux 33 CPAM Dijon 21 CPAM Galvados 14 CPAM Finistère 29	Les fiches de bonnes pratiques comptables seront mises en ligne d'ici fin février 2016. Suite à un arbitrage de la cour des comptes, la mise à charge des créances doit être effectuée lorsque le tiers responsable reconnaît ses responsabilités en phase amiable ou à la date des décisions des juridictions qui ont reconnu la responsabilité du tiers (et non au moment de l'émission de la créance).	en cours	en cours	* fiches de BP comptables (11)	en cours	Les fiches relatives à l'harmonisation des pratiques comptables RCT seront mises en ligne à compter du mois de mars 2016.			
27	Mettre en place des circuits de liaison avec les partenaires concernés pour la récupération des prestations Vieillesse, notamment en s'appuyant sur ceux prévus ant dans certaines caisses		30-sept.-16		Réunion à venir inter-régimes organisée par la DSS sur le champ des prestations recouvrables (et notamment les prestations vieillesse).	en cours	abandonnée					Recommandation prise en charge par la DSS - sujet plus large	
28	Préciser, dans les chaînes de traitement, les dossiers RCT au service liquidation	2	30-sept.-16	Les comités nationaux de processus (CNP) ont la responsabilité d'élaborer les référentiels nationaux de processus (RNP) dans le cadre du système de management intégré (SMI) en remplacement des PMS. Le RNP RCT a pour objectif d'harmoniser les pratiques de gestion des dossiers RCT, en définissant les indicateurs de détection des risques, et les outils pour y remédier. Le Dregi est pilote pour le référentiel RCT	La difficulté se situe au niveau de la date de consolidation (les dates sont différentes entre le droit commun et le droit de la sécurité sociale), contraint par le délai de 4 mois pour présenter une créance dans le cadre des dossiers protocole. La Loi Badinter s'applique également pour les dossiers HP amiables et concernant des accidents de la circulation.	en cours	réalisée						
29	Opérer un éclaircissement sur la répartition des rôles et sur la diffusion des outils dans le cadre du calcul de la créance entre les services administratifs RCT et médicaux	3	31-déc.-16	Outil de calcul des pénalités – des intérêts protocolaires et des intérêts légaux ***** Outil de calcul spécifique aux dossiers protocole (détermination de l'assiette et de la créance) ***** Dans le logiciel GRECOT – création d'une aide au calcul des frais futurs destinée aux médecins conseils	L'outil couteau-suisse est une aide au chiffrage et permet d'avoir accès aux codes actes (CCAM - UPP - BDM - CIM - BIO) associés à leur montant. La codification revient donc au service médical et le calcul au service administratif. A noter que l'utilisation de couteau-suisse est actuellement indisponible, dans l'attente de la bascule des postes sur IE11. Il existe également des difficultés sur le fichier CCAM dont la mise à jour bloque l'utilisation du logiciel.	en cours	en cours		en cours	Dans l'attente de la diffusion de la version définitive de GRECOT. Toutefois, il existe des difficultés sur les fichiers CCAM et BDM, dont les correctifs sont prévus en 2016.			
30	Sécuriser les échanges de données médicales, notamment en s'appuyant sur les pratiques de la CCMSA	1	30-sept.-16	Les comités nationaux de processus (CNP) ont la responsabilité d'élaborer les référentiels nationaux de processus (RNP) dans le cadre du système de management intégré (SMI) en remplacement des PMS. Le RNP RCT a pour objectif d'harmoniser les pratiques de gestion des dossiers RCT, en définissant les indicateurs de détection des risques, et les outils pour y remédier. Le Dregi est pilote pour le référentiel RCT	La CCAM accepte le principe mis en place dans les caisses de MSA. Signale que le travail va être mené sur le long terme : l'idée d'une convention entre l'ensemble des médecins d'un même échelon pourrait être approfondie.	en cours	retard						

Une relance sera effectuée sur ce sujet auprès du CNP national prochainement.
Difficulté : une convention a été signée dans les années 80 avec la CCMSA relative à l'échange de données de la transmission d'informations médicales par "couloirs d'hypocrate". Or, ces couloirs ne correspondant pas aux nouvelles régions (les DRSM ne sont d'ailleurs pas conformes).

Intitulé de l'audit : le recours contre tiers (maladie et A TMP), au sein du régime agricole, du régime général et du régime des indépendants

Nom		Courriel	
contact principal	Ghislaine Rossy	01.41.63.80.62	rosay.ghislaine@ccmsa.msa.fr
contact secondaire	Hélène WHITECHURCH	01.40.56.77.34	helene.whitechurch@sanite.gouv.fr
auditeur MNC			Clotilde.DRY-DURAND@sanite.gouv.fr
commanditaire	SD2C	01.40.56.77.18	

date envoi synthèse nationale par la MNC	3-juil-15	Fait
date réception plan d'action de la CN	3-juil-15	Fait
date du 1er contrôle / 2 mois	30-janv-16	Fait
date du 2nd contrôle / 12 mois	31-juin-16	Fait
clôture au survies recos	31-déc-17	A faire

Taux de mise en œuvre
74%

Situation au 24/11/16

numéro recommandation	libellé recommandation	degré de criticité	date d'échéance de mise en œuvre	Plan d'actions		Suite réunion SD2 / CCMSA le 29/01/2016	Justificatifs caisse centrale de mise en œuvre du plan d'action	État de la mise en œuvre	Réunion SD2 / CCMSA le 24/11/2016	Justificatifs caisse centrale de mise en œuvre du plan d'action	État de la mise en œuvre	observations de la caisse centrale	commentaires MNC	Résultats
				action à mettre en œuvre par la caisse centrale	Plan d'actions									
01	Garantir la mobilisation des caisses d'affiliation en cas de mutualisation, par exemple par la mise en place d'indicateurs	2	31-déc-16	Dans la prochaine COG, trois indicateurs, permettront : 1) de mesurer un taux d'évolution du nombre de questionnaires accident envoyés par rapport à la population protégée dans chaque caisse d'affiliation et le taux de retour de ces questionnaires. 2) de mesurer le taux de progression du nombre de dossiers ouverts et avérés dans l'année avec des cibles personnalisées pour chaque caisse d'affiliation	Dans le contexte d'une négociation COG encore en cours, présentation des indicateurs aux caisses d'affiliation et aux caisses de gestion lors de la journée nationale détection RCT le 28/01/2016 (cf. support de présentation de la journée nationale)	* diaporama relatif à la "Journée nationale Références détection RCT" * diaporama relatif à la "Journée nationale Détection RCT" "Introduction : les enjeux – la COG – l'audit MNC"	1. Indicateur COG pour les caisses de gestion 3 indicateurs CPG pour les caisses d'affiliation La première évaluation des indicateurs sera mise en œuvre en 2017.	en cours		*point encaissement et volume dossiers au 30/09.16 (COG) *tableau-de-bord_sui_v_activite_rct (janv à oct 2016 - CPG) * LTC provisoire "lettre de mission : le rôle du référent RCT dans le cadre de la détection des actions de recours contre tiers (RCT)" *évolutions webRCT demandées + échéances	réalisée	La difficulté est qu'il n'existe pas d'extracteur pour l'outil webRCT. Le renseignement des tableaux est donc manuel et source d'erreur. Demande prioritaire auprès du DSI (validée).		2
02	Mettre en place un échange inter-régimes pour homogénéiser tout ou partie des indicateurs de pilotage		31-déc-16	Des échanges inter-régimes n'ont pas encore porté sur les indicateurs de pilotage. Un indicateur financier a été retenu pour mesurer l'évolution des montants encaissés par affilié pour les caisses de gestion.	Les échanges inter-régimes n'ont pas encore porté sur les indicateurs de pilotage. Un indicateur financier a été retenu pour mesurer l'évolution des montants encaissés par affilié pour les caisses de gestion.			en cours			abandonnée	un indicateur financier a été retenu pour mesurer l'évolution des montants encaissés par affilié pour les caisses de gestion	La collaboration inter-régimes est difficile à mettre en œuvre sans pilote. Nécessité d'être pris en charge par la tutelle (effluvia à mener par la DSS - sujet plus large).	
07	Déployer les volets statistiques de l'outil national de gestion Web RCT	2	30-juin-16	Ce thème est traité dans le cadre des travaux du groupe outil de pilotage et de suivi qui ont débuté en septembre 2015	Mise en place d'un tableau de bord de suivi de l'activité RCT. Suivi mensuel par les caisses de gestion et la caisse centrale et reporting trimestriel aux caisses d'affiliation (cf support de la journée nationale)	Mise en place effective d'un suivi mensuel par les caisses de gestion et d'un reporting trimestriel aux caisses d'affiliation. Résultats remontés à la CCMSA.	*évolutions webRCT demandées + échéances *tableau-de-bord_sui_v_activite_rct (janv à oct 2016 - CPG) *point encaissement et volume dossiers au 30/09.16 (COG)	retard				Sur ce sujet, l'extracteur facilitera les données des caisses.	Consolidation nationale d'ici septembre 2017.	
08	Mettre en place des indicateurs de pilotage libellés nationalement	2	31-déc-16	4 indicateurs sont prévus dans le cadre de la prochaine COG : Indicateur COG : taux d'évolution des montants encaissés par affilié Indicateur CPG : * nombre d'enquêtes envoyées/population * nombre de retour de ces enquêtes * nombre de dossiers ouverts et avérés	Présentation des indicateurs aux caisses d'affiliation et aux caisses de gestion lors de la journée nationale détection RCT le 28/01/2016 (cf support de présentation)	Indicateurs sur : suivi des enquêtes accrédités (envoyées, reçues) suivi des encaissements suivi des indicateurs (taux d'enquête envoyée et de retour, taux dossiers ouverts avérés, montant recouvré par assuré)	*tableau-de-bord_sui_v_activite_rct (janv à oct 2016 - CPG) *point encaissement et volume dossiers au 30/09.16 (COG)	réalisée						2
09	Développer des éléments de suivi d'activité	2	30-juin-16	Ce thème est traité dans le cadre des travaux du groupe outil de pilotage et de suivi qui ont débuté en septembre 2015	Idem point 7. Mise en place d'un tableau de bord de suivi de l'activité RCT. Suivi mensuel par les caisses de gestion et la caisse centrale et reporting trimestriel aux caisses d'affiliation	Mise en place effective d'un suivi mensuel par les caisses de gestion et d'un reporting trimestriel aux caisses d'affiliation. Résultats remontés à la CCMSA. La difficulté est qu'il n'existe pas d'extracteur pour l'outil webRCT. Le renseignement des tableaux est donc manuel et source d'erreur. Demande prioritaire auprès du DSI (validée).	*tableau-de-bord_sui_v_activite_rct (janv à oct 2016) *évolutions webRCT demandées + échéances	réalisée						2

numéro recommandation	libellé recommandation	degré de criticité	date d'échéance de mise en œuvre	Plan d'actions		Sauter réunion GD2 / CCMSA le 20/01/2016	Justificatifs caisse centrale de mise en œuvre du plan d'action	Etat de la mise en œuvre	Réunion GD2 / CCMSA le 24/11/2016	Justificatifs caisse centrale de mise en œuvre du plan d'action	Etat de la mise en œuvre	observations de la caisse centrale	commentaires MNC	Résultats
				action à mettre en œuvre par la caisse centrale	prochaines actions									
10	Décliner des objectifs RCT dans les CPG	1	31-déc.-16	4 indicateurs sont prévus ans le cadre de la prochaine COG : indicateur COG : taux d'évolution des montants versés par affilié indicateur CPG : * nombre d'enquêtes envoyées/population * taux de retour de ces enquêtes * nombre de dossiers ouverts et avérés	Dans le contexte d'une négociation COG en cours, présentation des indicateurs aux caisses d'affiliation et aux caisses de gestion lors de la journée nationale détection RCT le 28/01/2016 (cf support de présentation)	Sauter réunion GD2 / CCMSA le 20/01/2016	1 indicateur COG pour les caisses de gestion 3 indicateurs CPG pour les caisses d'affiliation La première évaluation des indicateurs sera mise en œuvre en 2017.	réalisée	*tableau de bord_suii_activite_rct (janv à oct 2016 - CPG)	Résultats en septembre 2017.				
11	Déployer le dispositif de maîtrise des risques sur la base de la cartographie des risques élaborée et en renforçant cette cartographie sur le suivi du recouvrement des créances et de manière à couvrir le risque quant à l'émission des créances	2	25-nov.-15	Un groupe de travail a permis d'identifier 30 risques et de rédiger les procédures de gestion et de contrôle interne	Echanges en cours entre la Direction métier et la Direction de la Maîtrise des risques de la caisse centrale en vue de la qualification du dispositif (dispositif institutionnel ou dispositif local de maîtrise des risques), validation des procédures et définition des modalités de déploiement.		réalisée	réalisée	* LTC DAMR du 29/01/16 pour déployer le Plan RCT qui concerne les caisses de gestion et la gestion des risques de la caisse pilote RCT (le 14/10/16) * LTC DAMR pour ajustements de forme des ACT * CR des groupes de travail du 03/02/2017 pour les en compte portant sur le formalisme des recommandations de la DAMR * groupe de travail le 08 et 09/12 2016 pour un bilan sur le déploiement des ACT par les caisses de gestion				2	
17	Mettre en place une collaboration inter-régimes sur les conventions (avec désignation d'un pilote)	1	30-juin-16	Une proposition de réunion inter-régimes sur ce thème a été formulé par le CNAAMTS	1) envoi par la caisse centrale à la CNAAMTS de l'annuaire actualisé des caisses de gestion le 15.01.2016. 1ère réunion de travail inter-régimes le 15/01/2016. Plan d'action proposé pour 2016 : 1) échange d'annuaires des caisses entre les régimes pour transmission des signalements d'un régime à l'autre. 2) sensibilisation à la détection : - des hôpitaux par l'intermédiaire des CAM dans le cadre du PRADO orthopédie et dans le cadre des caisses pivot . - des centres de rééducation, - des forces de police et de gendarmerie, - des associations de victime, - de l'ONIAM, - des médecins par l'intermédiaire des DAM - projet de convention de partenariat entre CNAAMTS et l'ANSM pour le signalement des produits de santé défectueux et transmission de ces signalements aux autres régimes comme cela se fait actuellement pour les accidents collectifs (ferroviaire, routiers, aérien...) 3) mise en place d'un groupe de travail inter-régime en 2016		en cours	réalisée			La collaboration inter-régimes est difficile à mettre en œuvre sans pilote.			1
18	Mettre en place une collaboration inter-régimes sur la transmission des signalements (avec désignation d'un pilote)	1	31-déc.-16	Une proposition de réunion inter-régimes sur ce thème a été formulé par le CNAAMTS			en cours	réalisée		La collaboration inter-régimes est difficile à mettre en œuvre sans pilote.				1
19	S'assurer de la qualité et de la pertinence des différentes sources de signalement, notamment en garantissant trace des primo-déclarants et mettre en place un dispositif d'optimisation des signalements en provenance des hôpitaux (avec désignation d'un pilote)	2	30-juin-16	Ce thème est traité dans le cadre des travaux du groupe outils de pilotage et de suivi qui ont débuté en septembre 2015	Recommandation 17 pour le signalement provenant des hôpitaux		en cours	réalisée	* Plan de communication 06/11/16 - Niveau 2 - recours contre tiers - mi-novembre et décembre 2016 * LR n°DOPS-2016-154 "Mise national pour l'amélioration de la détection des recours contre tiers (RCT) par les caisses d'affiliation" * Présentation campagne RCT - Journée MIM RCT du 10-11-16 * Point de situation - plan national détection - réunion plénière CG du 10-11-16				2	

numéro recommandation	libellé recommandation	degré de criticité	date d'échéance de mise en œuvre	Plan d'actions		Justificatifs caisse centrale de mise en œuvre du plan d'action	Etat de la mise en œuvre	Réunion C22 / CCMSA le 24/11/2016	Justificatifs caisse centrale de mise en œuvre du plan d'action	Etat de la mise en œuvre	observations de la caisse centrale	commentaires MNC	Résultats	
				action à mettre en œuvre par la caisse centrale	Suivre réunion C22 / CCMSA le 20/01/2016									
22	Garantir ou améliorer la qualité des signalements internes, tant dans la relation inter-services que dans l'outillage	2	31-déc.-16	<p>Un groupe de travail est chargé de l'élaboration d'un plan de communication nationale décliné selon les items suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> * sensibilisation des acteurs internes et externes, * gestion des signalements, * gestion des enquêtes accidents et développement des outils de détection (Internet, flyer, formation des élus), * mise en place de référents détection dans les caisses d'affiliation, * indicateurs de suivi des actions de détection <p>Le plan sera présenté aux référents RCT des caisses d'affiliation lors d'une journée nationale sur la détection des RCT qui est programmée en janvier 2016</p>	<p>Une première étape a été réalisée: présentation du plan d'action détection RCT lors de la journée nationale RCT du 28/01/2016 (cf supports de présentation)</p> <p>LTC programmée</p>	<p>Plan national d'actions mis en place. Tableau de suivi et flyers prévus. Concernant la transmission des signalements, les référents RCT sont formés avec en sus une journée nationale et des briefings. Référents RCT sont chargés de déployer les plans d'actions de détection au sein des caisses d'affiliation.</p> <p>*point de situation - plan national détection - réunion plénière CG du 10-11-16</p> <p>*LTC provisoire "lettre de mission : le rôle du référent RCT dans le cadre de la détection des actions de recours contre tiers (RCT)"</p>	réalisée						2	
24	S'assurer de la maîtrise et de la compétence des agents RCT sur les dossiers hors protocole et sur les chaînes de recouvrement	3	31-déc.-15	<p>Formation des équipes RCT des CG sur le hors protocole en janvier 2015</p> <p>Intégration du support de formation dans le bagage pédagogique RCT</p>	<p>*24_supports_formation_hors_protocole_liste_participants</p> <p>*24_mail_informations_mail_bagage_pedagogique</p>	<p>La formation sur les chaînes de recouvrement est incluse dans les modules de formation RCT. Le recouvrement forcé est à la charge du service contentieux. Perspective des formations sur les dossiers complexes dont le recouvrement.</p>	réalisée			La formation sur les chaînes de recouvrement n'a pas été réalisée			3	
25	Mettre en place l'application des pénalités et des intérêts de retard de manière homogène dans toutes les caisses	3	25-nov.-15	<p>Une aide au calcul des IR est intégrée dans l'outil web RCT</p> <p>Les courriers ont été finalisés pour l'application des pénalités de retard et les pénalités sont pris en compte dans le cadre des ACI</p>	<p>*25_controle_interne_fiche_action_5</p> <p>*25_informations_diffusion_mu_v13</p> <p>*25_mail_pivot_informatique_diffusion_courriers</p>	<p>Doctrine sur l'application des pénalités et des intérêts de retard est incluse dans la diffusion par un groupe de travail sur les seuils.</p>	réalisée			Les pénalités ne sont pas lourdement appliquées. Les intérêts de retard et les pénalités sont pris en compte dans le cadre des actions de contrôle interne (cf fiche action N°5)			3	
26	Renforcer les outils permettant de piloter l'activité de recouvrement et mettre en place les actions nécessaires pour en améliorer le taux	3	30-juin-16	<p>Ce thème est traité dans le cadre des travaux du groupe outils de pilotage qui ont débuté en septembre 2015</p>	<p>*25_controle_interne_fiche_action_5</p>	<p>Mise en place effective d'un suivi mensuel par les caisses de gestion et d'un reporting trimestriel aux caisses d'affiliation. Résultats remontés à la CCMSA. Notamment sur le suivi des encaissements, montant recouvré par assuré</p>	en cours							3

numéro recommandation	libellé recommandation	degré de criticité	date d'échéance de mise en œuvre	Plan d'actions		Suivre réunion EDZ / CCMISA le 20/01/2016	Justificatifs caisse centrale de mise en œuvre du plan d'action	Etat de la mise en œuvre	Réunion EDZ / CCMISA le 24/11/2016	Justificatifs caisse centrale de mise en œuvre du plan d'action	Etat de la mise en œuvre	observations de la caisse centrale	commentaires MNC	Résultats
				action à mettre en œuvre par la caisse centrale	action à mettre en œuvre par la caisse centrale									
31	Préciser dans les chartes de travail les dossiers RCT aux Commissions d'attribution des rentes	2	30-juin-16	Mettre en place un processus de production pour les rentes AT Sensibilisation des médecins afin que les dossiers avec RCT soient traités en priorité et éviter ainsi la conclusion		Premier contact en décembre 2015 avec le département en charge des rentes AT à la caisse centrale		en cours	Circuit à monter dans le cadre de la mise en place du MIM rente, entre la caisse de gestion rente/AT et les caisses de gestion RCT MIM rente : centralisation rente/AT-MP sur MSA Auvergne depuis Juin 2015. Elle en charge de la préparation des commissions des rentes qui se tiennent toujours dans les caisses d'affiliation (émulation du CA). En amont de la commission des rentes, la MSA notifie aux caisses de gestion un taux d'IP administratif fixé par un médecin, qui permet de verser une rente provisionnelle, mais qui pourra également permettre de transmettre cette information aux caisses gestionnaires des RCT pour que celles-ci puissent recouvrer les créances. Le process RCT sera mis en place à partir de février 2017.	retard		Entre dans le cadre d'une centralisation d'une activité + attente CCMISA pour régler une échéance suite groupe de travail MIM Rente / RCT)		
32	Comptabiliser les créances exigibles et définies dès l'émission de la notification, à l'instar des principes mis en œuvre à la CIVAMIS et à assurer de sa bonne application	3	NC	Ce point sera traité dans le cadre des échanges entre les directions concernées par ce thème à la CCMISA		Un premier contact a été pris entre les directions concernées par ce thème à la caisse centrale		en cours	Mme Sixou-Plière est parti comme DG (MSA MOSE) et a été remplacé récemment par Mme Béguine Laurence (ex-AC MSA Sud). Ce changement a ralenti le dossier. La direction RCT doit prendre attache avec le nouvel agent comptable.	en cours	Ils en reparlent au nouvel agent comptable et nous en informent.	En attente CCMISA pour échéance		

le recours contre tiers (maladie et ATMP), au sein du régime agricole, du régime général et du régime des indépendants

Intitulé de l'audit		
contact principal	Nom	Tel.
contact secondaire	Mme HAZAEL-TIENTCHEU	01 77 93 05 06
auditeur MNC	Hélène WHITECHURCH	01 40 56 77 34
commanditaire	SDDC	01 40 56 77 18

	Courriel
	sofia.hazael.tientcheu@sir.fr
	helene.whitechurch@samte.gouv.fr
	Clothilde.ORY-DURAND@sante.gouv.fr

date envoi synthèse nationale par la MNC	3-jul.-15	Fait
date réception plan d'action de la caisse nationale	7-oct.-15	Fait
date du 1er contrôle / 6 mois	25-avr.-16	Fait
date du 2nd contrôle / 12 mois	18-oct.-16	Fait
date du 3ème contrôle / 18 mois	30-sept.-17	A faire
clôture du suivi des recos	31-déc.-17	A faire

Taux de mise en œuvre
39%

Situation au 18/10/16

numéro recommandation	libellé recommandation	degré de criticité	date d'échéance de mise en œuvre	Plan d'actions		Etat de la mise en œuvre	Suite réunion SD2 / CNRSI le 18/10/2016	Justificatif de mise en œuvre du plan d'action	Etat de la mise en œuvre	observations caisse nationale	commentaires MNC	Résultats
				action à mettre en œuvre par la caisse nationale								
01	Garantir la mobilisation des caisses d'affiliation en cas de mutualisation, par exemple par la mise en place d'indicateurs	2	31-déc.-16	Désignation d'un référent RCT dans les caisses d'affiliation. Communication interne (intranet, lettre-réseau exposant politique de détection et de sensibilisation). Mise en place d'une formation spécifique à l'intention du personnel d'accueil des assurés. Mise à disposition de tous d'un support dématérialisé pour signalement d'accidents. Mise en place d'un indicateur pour garantir la mobilisation.	La centralisation de l'activité RCT à la caisse de Clermont Ferrand doit être effective au 1er avril 2016. Le schéma d'organisation serait le suivant : Gouvernance nationale, gestion par la caisse de Clermont Ferrand, caisses d'affiliation. A cette date, les effectifs de cette caisse doivent passer de 10 à 40 médecins coordonnateur doit être recruté. Au 1er février, le 1/3 de l'activité devrait être effectivement transféré. Actuellement, la priorité est donnée à la formation des agents et une lettre réseau est en cours. La désignation d'un référent RCT dans les caisses d'affiliation est déjà faite. La formation du personnel d'accueil est en cours. La réflexion est en cours sur l'identification d'un indicateur COG.	en cours	Suite réunion SD2 / CNRSI le 25/01/2016	point sur la centralisation : achevée depuis avril 2016 (transfert de 21.000 dossiers). L'équipe est composée de 3 cadres, 30 gestionnaires (X caisses par groupe) et 1 médecin-conseil délégué. Les 30 gestionnaires ont été formés et 17 agents ont suivi des formations juridiques plus poussées (HP). Un référent RCT a été désigné dans chaque caisse. Un kit de détection et de signalement a été diffusé aux caisses d'affiliation/éditées. Etat des lieux sur la transmission des signalements, par les caisses cédantes en cours (résultats en 2017).	réalisée	* extrait CPG caisses RSI Auvergne-Rhône-Alpes 2016-2019 * LR n°2016/067 du 27/05/16 + annexes	2	
02	Mettre en place un échange inter-régimes pour homogénéiser tout ou partie des indicateurs de pilotage		30-juin-16	Réunion inter-régimes	RAS pour l'instant.	en cours	cf. suivi des recos CNAMTS		abandonnée		La collaboration inter-régimes est difficile à mettre en œuvre sans pilote. Nécessité d'être pris en charge par la tutelle (réflexion à mener par la DSS - sujet plus large).	
12	Assurer l'outillage en prenant en compte les bonnes pratiques développées par la CNAMTS et la CCMSA	2	31-mars-17	Réunion inter-régimes	Le RSI s'oriente vers une évolution de son outil actuel de gestion des RCT (adaptation des outils CCMSA ou CNAMTS n'étant pas envisageable).	en cours		La refonte de l'outil de gestion local PILUACT est en cours notamment afin d'augmenter sa capacité de gestion et développer la partie comptable. Son déploiement est prévu pour fin janvier 2017. * seront déployés la typologie des accidents, les indicateurs de pilotage, les relations médico-administratives... A l'heure actuelle, les gestionnaires utilisent deux outils (double saisie des dossiers) : PILUACT pour la gestion du dossier côté ordonnateur et XTP pour la comptabilisation des créances (une habilitation au XTP des caisses d'affiliation a été nécessaire).	en cours		au regard du développement du SI, la date d'échéance de mise en œuvre est repoussée à la fin du 1er trimestre 2017	
13	Mettre en place des indicateurs labellisés nationalement	2	NC	Fiche COG en cours de finalisation	Rien de nouveau pour l'instant.	en cours		pas de fiche COG 2016-2019 (signée en juillet). Déploiement au sein d'un CPG 2016/2019 avec le montant de décapitation globale et le montant par bénéficiaire. Les données seront faites en 2017. Il faudra mobiliser les caisses cédantes.	réalisée	* extrait CPG caisses RSI Auvergne-Rhône-Alpes 2016-2019	2	
14	Développer des éléments de suivi d'activité	2	31-mars-17	Développement d'indicateurs macro de suivi	Rien de fait à ce stade. Toujours en cours avec comme objectif un suivi au niveau national	en cours		En attente montée en charge de l'activité sur l'Auvergne : la nouvelle version de l'outil PILUACT permettra d'éditionner ces indicateurs de suivi (déploiement prévu en janvier 2017)	en cours		au regard du développement du SI, la date d'échéance de mise en œuvre est repoussée à la fin du 1er trimestre 2017	
15	Décliner des objectifs RCT dans les CPG	1	NC	En cours	En cours. La négociation des CPG commencerait prochainement.	en cours		Indicateurs CPG pour la caisse Auvergne : montant à récupérer par le CNIRCT, montant moyen recouvré par bénéficiaire et % d'augmentation du nombre de détection.	réalisée	* extrait CPG caisses RSI Auvergne-Rhône-Alpes 2016-2019	2	

numéro recommandation	libellé recommandation	degré de criticité	date d'échéance de mise en œuvre	Plan d'actions		Etat de la mise en œuvre	Suite réunion SD2 / CNRSI le 25/01/2016	Suite réunion SD2 / CNRSI le 18/10/2016	Justificatifs caisse nationale de mise en œuvre du plan d'action	Etat de la mise en œuvre	observations caisse nationale	commentaires MINC	Résultats
				action à mettre en œuvre par la caisse nationale									
16	Réviser les AMR afin de prendre en compte la centralisation de l'activité, de renforcer le contrôle sur les dossiers et de s'assurer de la bonne application du plan par un pilotage de la CNSI sur toutes les AMR	2	30-sept.-16	Révision des AMR à la fin des opérations de mutualisation sur un site uniques. Bonorévisés en caisse nationale des données et analyses. Audit sur place au moins 1 fois / an.	Sont réalisées toutes les AMR pour la caisse centralisée et deux AMR pour les caisses d'affiliation. De plus, 09 AMR seront remontés au niveau national trimestriellement pour analyse.	en cours		Les AMR ont été révisées et seront embarquées dans l'outil PIIRCT (échéance 2017). Toutes les AMR ne sont pas remontées au national, ce sera mieux en 2017.	*TBI des AMR révisées	réalisée			2
17	Mettre en place une collaboration inter-régimes sur les conventions (avec désignation d'un pilote)	1	30-juin-16	Réunion inter-régimes	Le RSI est favorable à ce que la CNAMTS négocie des conventions avec les partenaires extérieurs pour son compte et à l'aide de la CNAMTS de faire des DAM un relais auprès des partenaires extérieurs.	en cours		La CNAMTS est pilote sur les conventions. Par exemple, une convention avec l'ANSM est en cours de finalisation pour la déclaration des médicaments défectueux.		réalisée			1
18	Mettre en place une collaboration inter-régimes sur la transmission des signalements (avec désignation d'un pilote)	1	30-juin-16	Réunion inter-régimes	Réunion le 15 janvier avec la CNAMTS et le RSI sur les signalements et la distribution. Le RSI indique qu'il transmet peu de signalements aux autres régimes et qu'il en reçoit peu de leur part.	en cours		Les coordonnées des référents RCT des autres régimes ont été échangées. Circuit mis en place. Peu de transmission par le RSI car peu de signalement autres régimes. Augmentation de la réception des signalements CPAM.		réalisée			1
19	S'assurer de la qualité et de la pertinence des différentes sources de signalement, notamment en gardant trace des primo-déclarants et mettre en place un dispositif d'optimisation des signalements en provenance des hôpitaux (avec désignation d'un pilote)	2	31-mars-17	Réunion inter-régimes	Les discussions inter-régimes ont commencé. Le RSI du RSI permet déjà de conserver la trace de tous les signalements à la différence de la CNAMTS et de la CCMSA.	en cours		En cours. Le nouvel outil PIIRCT permettra de garder la trace de l'intégralité des signalements.		en cours		au regard du développement du SI, la date d'échéance de mise en œuvre est repoussée à la fin du 1er trimestre 2017	
23	Garantir ou améliorer la qualité des signalements internes, tant dans la relation inter-services que dans l'outil	2	31-mars-17	Désignation d'un référent RCT dans les caisses d'affiliation. Communication interne (intranet, lettre-réseau exposant politique de détection et de sensibilisation). Mise en place d'une formation spécifique à l'intention du personnel d'accueil des assurés. Mise à disposition de tous d'un support dématérialisé pour signalement d'accidents. Mise en place d'un indicateur pour garantir la mobilisation.	Seule la désignation d'un référent RCT dans les caisses d'affiliation est déjà réalisée. Les autres actions sont en cours. Le référent devrait être le point d'entrée dans la caisse pour l'ensemble des signalements.	en cours		En cours, étude sur 2016 / résultats pour 2017. Formations commencées en 2016. Indicateurs pour les caisses d'affiliation. Résultats au 1er semestre 2017.		en cours		au regard du développement du SI, la date d'échéance de mise en œuvre est repoussée à la fin du 1er trimestre 2017	
24	S'assurer de la montée en compétence des agents RCT sur les dossiers hors protocole et sur les chaînes de recouvrement	3	NC	NC	Cette action sera mise en œuvre à l'achèvement de la centralisation. Les objectifs sont déjà réalisés. Elle est déjà identifiée : spécialisation des agents par dossiers "protocole" et "hors protocole". Au sein des dossiers "protocole", le RSI souhaite industrialiser le traitement des dossiers les plus simples, spécialiser des agents sur les plus compliqués. Par ailleurs, il souhaite être davantage présent aux expertises médicales amiables ou judiciaires.	non planifiée		d' point sur la centralisation (reco 1). Le RSI vise plutôt une spécialisation sur les dossiers complexes et non complexes que sur les dossiers P et HP. L'objectif est d'industrialiser les dossiers P. La caisse Auvergne est l'ancien pôle centralisé du recouvrement : la moitié des effectifs RCT vient donc du recouvrement.	*Etat des lieux de la formation dispensée dans le cadre de la centralisation (tbi et libellé des formations)	réalisée			3
25	Mettre en place l'application des pénalités et des intérêts de retard de manière homogène dans toutes les caisses	3	31-déc.-16	Diffusion d'une instruction sur les accessoires de la créance (RFG + intérêts de retard) et la pénalité financière. Evaluation du taux de recouvrement de la pénalité financière.	La diffusion de l'instruction est déjà réalisée. Elle préconise une application systématique des pénalités et des intérêts de retard. L'évaluation du taux de recouvrement de la pénalité est une fonction prévue dans l'outil de pilotage.	en cours		Attente que le dispositif de centralisation soit stabilisé pour diffuser la LR. Etude de l'application de la doctrine de la CNAMTS sur les pénalités.		en cours			
26	Renforcer les outils permettant de piloter l'activité de recouvrement et mettre en place les actions nécessaires pour améliorer le taux	3	31-mars-17	Mise en place d'un tableau de bord centralisé de suivi en cours. Rapprochement des listings des ordonnancements et des créances sodées chaque semaine. Diffusion d'une instruction sur le règlement des litiges (saisine des tribunaux en droit commun et procédure d'escalade dans le cadre du PAOS)	Les trois actions sont déjà réalisées. A noter que le RSI ordonnance la créance à sa notification.	en cours		un tableau de bord en cours de développement afin de fluidifier le recueil des données comptables sur les montants émis et encaissés. L'outil PIIRCT permettra de suivre le taux de recouvrement.		en cours		au regard du développement du SI, la date d'échéance de mise en œuvre est repoussée à la fin du 1er trimestre 2017	

numéro recommandation	libellé recommandation	degré de criticité	Plan d'actions		Etat de la mise en œuvre	Suite réunion SD2 / CNRSI le 25/01/2016	Etat de la mise en œuvre	Suite réunion SD2 / CNRSI le 18/10/2016	Justificatifs caisse nationale de mise en œuvre du plan d'action	Etat de la mise en œuvre	observations caisse nationale	commentaires MNC	Résultats
			date d'échéance de mise en œuvre	action à mettre en œuvre par la caisse nationale									
33	Mettre en place, dans le cadre de la centralisation de l'activité, les outils de calcul adéquats, notamment en s'appuyant sur une collaboration ou sur des échanges de bonnes pratiques inter-régimes	3	30 juin-16	Mise à disposition de 2 calculatrices (infirmeries de retard et assistées protocolaires) en cours de validation nationale et intégration dans nouvel outil de gestion	en cours	Action en cours de validation nationale. Un point avec la CNAMTS serait nécessaire ensuite sur le sujet sur ces outils.	en cours	Les 2 calculatrices fonctionnent et seront intégrées dans l'outil PI/RICT en 2017.	*modes opératoires des calculatrices	réalisée			
34	Garantir que l'ensemble des pré-requis en termes d'émission et de recouvrement des créances soient mis en œuvre dans la caisse centralisatrice ainsi que dans le cadre des relations entre la caisse centralisatrice et les caisses d'affiliation	3	31-déc.-16	Diffusion d'un lettre réseau portant sur l'ordonnement et l'encaissement des créances en collaboration avec la Direction comptable financière (DCF)	en cours	Projet maintenu et attendu par le RSI. Diffusion pas encore réalisée	en cours	Attente que le dispositif de centralisation soit stabilisé / les données soient fiabilisées pour diffuser la Lt.		en cours			
35	Sécuriser les échanges de données médicales, notamment en s'appuyant sur les pratiques de la CCMSA	1	30 juin-16	Réunion avec la CCMSA	en cours	Pas encore intervenue. Cette action n'est pas considérée comme prioritaire pour le RSI car il y aura un médecin au sein de la caisse gestionnaire.	en cours	Un groupe de travail entre le médecin dédié RCT et les médecins des caisses créant sur ce sujet est en cours (1ère réunion prévue en novembre 2016).		en cours			

ANNEXE IX

Analyse de la jurisprudence

SOMMAIRE

1. ANALYSE D'UN ÉCHANTILLON DE DOSSIERS CONTENTIEUX PAR LES CPAM À LA DEMANDE DE LA MISSION.....	1
2. ANALYSE DES ÉTUDES DE JURISPRUDENCE EXISTANTES	7
2.1. Etude de jurisprudence chiffrée sur l'évaluation des chefs de préjudices nés du dommage corporel, CA de Lyon de juin 2011 à juillet 2012, par A Basoulergue, B. Cagnon, O. Gout, B Ménard et S. Porchy-Simon	7
2.2. Etude comparative des indemnisations des dommages corporels devant les juridictions judiciaires et administratives en matière d'accidents médicaux de décembre 2015, sous la direction de Stéphanie Porchy-Simon.....	8
3. ANALYSE D'UN ÉCHANTILLON D'ARRÊTS PAR LA MISSION À PARTIR D'UNE REQUÊTE JURICA.....	13
3.1. Le contenu de la requête.....	14
3.2. La grille d'analyse des arrêts.....	14
3.3. Les résultats	14
3.4. Commentaires qualitatifs.....	14

1. Analyse d'un échantillon de dossiers contentieux par les CPAM à la demande de la mission

La mission a demandé à la CNAMTS d'analyser un échantillon de dossiers contentieux de manière à mesurer, entre autres éléments, les écarts entre indemnisation contentieuse et indemnisation protocolaire. La CNAMTS a produit une réponse, reproduite *in extenso* ci-dessous :

OBJET

Dans le cadre de la mission menée actuellement par l'IGAS, il a été demandé les éléments suivants :

Dossiers Hors Protocole :

- A partir d'un échantillon de dossiers, comparaison pour chaque poste de préjudice de l'indemnisation allouée par le juge à la victime à celle allouée à la caisse.

Dossiers Protocole :

- A partir d'un échantillon de dossiers, comparaison de l'indemnisation allouée à la caisse par le juge à celle qu'aurait reçue la caisse par les assureurs en application du protocole d'accord.
- *Dossiers Hors Protocole :*
- A partir d'un échantillon de dossiers, comparaison pour chaque poste de préjudice de l'indemnisation allouée par le juge à la victime à celle allouée à la caisse.
- *Dossiers Protocole :*
- A partir d'un échantillon de dossiers, comparaison de l'indemnisation allouée à la caisse par le juge à celle qu'aurait reçue la caisse par les assureurs en application du protocole d'accord.
-
- Le tableau référence 119 dossiers issus de 38 caisses.

METHODE

Diffusion d'une Enquête-Questionnaire auprès du réseau.

Il a été demandé à chaque service RCT de sélectionner dans leurs dossiers terminés-soldés depuis 2012 :

- ✓ 1 dossier HP réglé suite à une décision de justice et dont le montant sollicité par la caisse était inférieur à 50 000 €
- ✓ 1 dossier HP avec rente réglée suite à une décision de justice et dont le montant sollicité par la caisse était compris entre 50 000 € et 100 000 €
- ✓ 1 dossier HP avec pension réglée suite à une décision de justice et dont le montant sollicité par la caisse était compris entre 50 000 € et 100 000 €
- ✓ 1 dossier HP avec rente réglée suite à une décision de justice et dont le montant sollicité par la caisse était supérieur à 100 000 €
- ✓ 1 dossier HP avec pension réglée suite à une décision de justice et dont le montant sollicité par la caisse était supérieur à 100 000 €
- ✓ 1 dossier HP Accident de la route réglé suite à une décision de justice
(Uniquement pour ce dossier, il a été demandé d'indiquer les éléments issus de la décision de justice mais également de simuler une application des règles protocolaires et de chiffrer l'assiette « protocolaire » ainsi que le montant qui aurait été récupéré dans le cadre du PAOS.)

RESULTATS

A titre préalable, il convient de souligner que le tableau référence 119 dossiers issus de 38 caisses répartis de la façon suivante :

- 87 dossiers « contentieux judiciaires » dont 74 avec partage de responsabilité,
- 13 dossiers « contentieux administratif » dont 6 avec partage de responsabilité,
- 19 dossiers « simulation PAOS à partir d'une décision de justice » dont 1 avec partage de responsabilité

Annexe IX

Dossiers Hors Protocole / Contentieux Administratif

DSA contentieux adm.					
Montant ddé caisse	nb doss	Montant alloué caisse	nb doss	Montant alloué victime	nb doss
371 029 €	12	304 100 €	12	26 129 €	2
%	% doss. avc DSA demandées	% récup. fin. DSA sur dde totale caisse	% doss. avc DSA admises par le juge	/	% doss. avc DSA admises pr la victime
100%	92%	82%	92%	/	15%
PGPA contentieux adm.					
Montant ddé caisse	nb doss	Montant alloué caisse	nb doss	Montant alloué victime	nb doss
297 610 €	9	187 560 €	9	8 213 €	2
%	% doss. avc PGPA demandées	% récup. fin. PGPA sur dde totale caisse	% doss. avc PGPA admises par le juge	/	% doss. avc PGPA admises pr la victime
100%	69%	63%	69%	/	15%
DSF contentieux adm.					
Montant ddé caisse	nb doss	Montant alloué caisse	nb doss	Montant alloué victime	nb doss
154 333 €	5	100 275 €	5	0 €	0
%	% doss. avc DSF demandées	% récup. fin. DSF sur dde totale caisse	% doss. avc DSF admises par le juge	/	% doss. avc DSF admises pr la victime
100%	38%	65%	38%	/	0%
TP contentieux adm.					
Montant ddé caisse	nb doss	Montant alloué caisse	nb doss	Montant alloué victime	nb doss
0 €	0	0 €	0	0 €	0
%	% doss. avc TP demandée	% récup. fin. TP sur dde totale caisse	% doss. avc TP admise par le juge	/	% doss. avc TP admise pr la victime
0%	0%	0%	0%	/	0%

Rente & PI contentieux adm.													
Montant ddé caisse	nb doss	Montant alloué caisse PGPF	nb doss	Montant alloué victime PGPF	nb doss	Montant alloué caisse IP	nb doss	Montant alloué victime IP	nb doss	Montant alloué caisse DFP	nb doss	Montant alloué victime DFP	nb doss
622 249 €	9	72 560 €	3	56 822 €	2	50 168 €	2	22 300 €	4	67 383 €	2	18 200 €	3
%	% doss. avc PI ou Rente demandée	% récup. fin. PGPF sur dde totale caisse	% doss. avc PGPF admises par le juge	/	% doss. avc PGPF admises pr la victime	% récup. fin. IP sur dde totale caisse	% doss. avc IP admise par le juge	/	% doss. avc IP admise pr la victime	% récup. fin. DFP sur dde totale caisse	% doss. avc DFP admis par le juge	/	% doss. avc DFP admis pr la victime
100%	69%	12%	33%	/	22%	8%	22%	/	44%	11%	22%	/	33%

Annexe IX

Dossiers Hors Protocole / Contentieux Judiciaire

DSA contentieux jud.					
Montant ddé caisse	nb doss	Montant alloué caisse	nb doss	Montant alloué victime	nb doss
4 488 753 €	83	3 665 520 €	79	65 452 €	26
%	% doss. avc DSA demandées	% récup. fin. DSA sur dde totale caisse	% doss. avc DSA admises par le juge	/	% doss. avc DSA admises pr la victime
100%	95%	82%	91%	/	30%
PGPA contentieux jud.					
Montant ddé caisse	nb doss	Montant alloué caisse	nb doss	Montant alloué victime	nb doss
1 970 210 €	66	1 762 783 €	64	227 924 €	30
%	% doss. avc PGPA demandées	% récup. fin. PGPA sur dde totale caisse	% doss. avc PGPA admises par le juge	/	% doss. avc PGPA admises pr la victime
100%	76%	89%	74%	/	34%
DSF contentieux jud.					
Montant ddé caisse	nb doss	Montant alloué caisse	nb doss	Montant alloué victime	nb doss
1 071 281 €	29	624 047 €	25	1 848 421 €	7
%	% doss. avc DSF demandées	% récup. fin. DSF sur dde totale caisse	% doss. avc DSF admises par le juge	/	% doss. avc DSF admises pr la victime
100%	33%	58%	29%	/	8%
TP contentieux jud.					
Montant ddé caisse	nb doss	Montant alloué caisse	nb doss	Montant alloué victime	nb doss
628 551 €	3	373 738 €	2	4 777 767 €	17
%	% doss. avc TP demandée	% récup. fin. TP sur dde totale caisse	% doss. avc TP admise par le juge	/	% doss. avc TP admise pr la victime
100%	3%	59%	2%	/	20%

Rente & PI contentieux jud.													
Montant ddé caisse	nb doss	Montant alloué caisse PGPF	nb doss	Montant alloué victime PGPF	nb doss	Montant alloué caisse IP	nb doss	Montant alloué victime IP	nb doss	Montant alloué caisse DFP	nb doss	Montant alloué victime DFP	nb doss
6 485 120 €	70	3 900 375 €	38	2 808 580 €	23	1 057 088 €	19	838 311 €	25	583 260 €	19	2 215 349 €	43
%	% doss. avc PI ou Rente demandée	% récup. fin. PGPF sur dde totale caisse	% doss. avc PGPF admises par le juge	/	% doss. avc PGPF admises pr la victime	% récup. fin. IP sur dde totale caisse	% doss. avc IP admise par le juge	/	% doss. avc IP admise pr la victime	% récup. fin. DFP sur dde totale caisse	% doss. avc DFP admis par le juge	/	% doss. avc DFP admis pr la victime
100%	80%	60%	54%	/	33%	16%	27%	/	36%	9%	27%	/	61%

Total indemnisation « contentieux administratif & judiciaire »

TOTAL € Créance	TOTAL € Récupérat° caisse dvt le juge	TOTAL € Récupérat° victime dvt le juge
14 643 915 €	11 966 811 €	12 781 804 €
	% récup. fin. sur dde totale caisse	/
100%	82%	/

Pour obtenir le montant de l'indemnisation totale, il convient d'additionner la somme « Récupération caisse » avec la somme « Récupération victime ». Concernant l'échantillon de dossiers Hors Protocole le montant total de l'indemnisation allouée par le juge administratif et le juge judiciaire est de 24 838 615 € (11 966 811 € + 12 781 804 €).

Annexe IX

Dossiers « simulation PAOS à partir d'un dossier accident de la route réglé au contentieux »

DSA (PAOS)			
Montant ddé caisse	nb doss	Montant alloué caisse par le juge	SI PAOS rembrsmt assureur
580 800 €	16	510 165 €	508 472 €
	% doss. avc DSA demandées	% récup. fin. DSA sur dde totale caisse	% récup. fin. DSA sur dde totale caisse PAOS
100%	84%	87,84%	87,55%
PGPA (PAOS)			
Montant ddé caisse	nb doss	Montant alloué caisse par le juge	SI PAOS rembrsmt assureur
446 788 €	14	431 790 €	427 978 €
	% doss. avc PGPA demandées	% récup. fin. PGPA sur dde totale caisse	% récup. fin. PGPA sur dde totale caisse PAOS
100%	74%	96,64%	95,79%
DSF (PAOS)			
Montant ddé caisse	nb doss	Montant alloué caisse par le juge	SI PAOS rembrsmt assureur
33 975 €	4	19 473 €	11 166 €
	% doss. avc DSF demandées	% récup. fin. DSF sur dde totale caisse	% récup. fin. DSF sur dde totale caisse PAOS
100%	21%	57,32%	32,87%
TP (PAOS)			
Montant ddé caisse	nb doss	Montant alloué caisse par le juge	SI PAOS rembrsmt assureur
0 €	0	0 €	0 €
	% doss. avc DSF demandées	% récup. fin. DSF sur dde totale caisse	% récup. fin. DSF sur dde totale caisse PAOS
100%	0%	0,00%	0,00%
Rentes & PI (PAOS)			
Montant ddé caisse	nb doss	Montant alloué caisse par le juge	SI PAOS rembrsmt assureur
1 651 939 €	17	1 498 830 €	871 744 €
	% doss. avc DSF demandées	% récup. fin. DSF sur dde totale caisse	% récup. fin. DSF sur dde totale caisse PAOS
100%	89%	90,73%	52,77%

Concernant, les rentes et pensions, il convient de noter que deux dossiers ont donné lieu à indemnisation par le juge au titre d'une aggravation. En application des règles protocolaires, l'aggravation n'est pas prise en charge si une augmentation du taux d'AIPP n'est pas constatée ce qui n'est pas la règle en droit commun.

Total indemnisation PAOS vs Droit commun

TOTAL € Créance	TOTAL € Récupérat° dvt le juge	TOTAL € Récupérat° simulat° PAOS
2 713 502 €	2 460 258 €	1 819 360 €
	% récup. fin. sur dde totale caisse	% récup. fin. sur dde totale caisse
100%	91%	67%

2. Analyse des études de jurisprudence existantes

Après recherche documentaire et interrogation de différents experts, la mission a identifié deux études de jurisprudence dans le champ d'application de la mission : d'une part l'Etude de jurisprudence chiffrée sur l'évaluation des chefs de préjudices nés du dommage corporel, CA de Lyon de juin 2011 à juillet 2012, par A Basoulergue, B. Cagnon, O. Gout, B Ménard et S. Porchy-Simon ; d'autre part, l'Etude comparative des indemnisations des dommages corporels devant les juridictions judiciaires et administratives en matière d'accidents médicaux de décembre 2015, sous la direction de Stéphanie Porchy-Simon.

2.1. Etude de jurisprudence chiffrée sur l'évaluation des chefs de préjudices nés du dommage corporel, CA de Lyon de juin 2011 à juillet 2012, par A Basoulergue, B. Cagnon, O. Gout, B Ménard et S. Porchy-Simon

Tableau 1 : Nomenclature des préjudices de la victime directe

Catégorie de préjudice	Description du poste de préjudice		RCT des OSS ¹
	Libellé	Sigle	
Préjudices patrimoniaux temporaires (avant consolidation)	Dépenses de santé actuelles	DSA	oui
	Frais divers	FD	
	Pertes de gains professionnels actuels	PGPA	oui
Préjudices patrimoniaux permanents	Dépenses de santé futures	DSF	oui
	Frais de logement adapté	FLA	non
	Frais de véhicule adapté	FVA	Non
	Assistance par tierce personne	ATP	Oui
	Perte de gains professionnels futurs	PGPF	oui
	Incidence professionnelle	IP	oui
	Préjudice scolaire, universitaire ou de formation	PSU	non
Préjudices extra-patrimoniaux temporaires (avant consolidation)	Déficit fonctionnel temporaire	DFT	oui
	Souffrances endurées	SE	non
	Préjudice esthétique temporaire	PET	non
Préjudices extra-patrimoniaux permanents (après consolidation)	Déficit fonctionnel permanent	DFP	oui
	Préjudice d'agrément	PA	non
	Préjudice esthétique permanent	PEP	non
	Préjudice sexuel	PS	non
	Préjudice d'établissement	PE	non
	Préjudices permanents exceptionnels	PPE	non

Source : MNC

Cf. PJ n°2.

¹ Selon le PAOS applicable aux accidents de la circulation.

Annexe IX

Les résultats ont été effectués à partir d'une synthèse d'arrêts et non des arrêts eux-mêmes. Ils sont donc moins fiables compte tenu des différences notables de modalités de présentation des chiffres constatés par la mission en fonction des arrêts, sur l'échantillon examiné à partir des requêtes JURICA et de celui du TGI de Paris.

2.2. Etude comparative des indemnisations des dommages corporels devant les juridictions judiciaires et administratives en matière d'accidents médicaux de décembre 2015, sous la direction de Stéphanie Porchy-Simon

La deuxième étude avait pour objet de comparer l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux devant les juridictions judiciaires et administratives en matière de dommage corporel, afin d'établir l'existence ou non d'une disparité de pratiques entre les deux ordres de juridictions et d'une différence ou non de traitement des victimes. L'Etude opère une comparaison chiffrée des méthodes d'indemnisation des différents postes de préjudice des victimes d'accidents médicaux, domaine où la dualité de compétences juridictionnelles a été maintenue en fonction du lieu de l'accident. La méthode de recherche a conduit à sélectionner un corpus de décisions judiciaires et administratives (décisions rendues sur le fond par les juridictions du deuxième degré : cours d'appel et cours administratives d'appel), par l'intermédiaire de la base de données JURICA et Ariane Archives, soit 562 plus 578 décisions.

La grille d'analyse comporte pour chaque poste les éléments de son chiffrage, son montant global, les modalités de son indemnisation (rente ou capital), l'incidence éventuelle d'un recours des tiers payeurs et l'incidence du choix d'une table de capitalisation. Cette grille se limite à mentionner si un recours des tiers payeurs existait et si ces derniers avaient pu ou non imputer l'intégralité de leurs créances sans mentionner le montant de cette dernière.

S'il n'est pas possible de calculer un ratio créances OGROSS/indemnisation par poste de préjudice, l'étude donne toutefois une répartition statistique des postes de préjudices.

Tableau 2 : Préjudices patrimoniaux

Poste de préjudice	Effectifs	Fréquence
ATP	145	10,4 %
Dépenses de santé	440	31,6 %
FLA	42	3 %
FVA	53	3,8 %
FD	177	12,7 %
IP	194	13,9 %
PGP temporaire	132	9,5 %
PGP permanents	173	12,4 %
PSU	12	0,9 %

Source : Etude

Tableau 3 : Préjudices extrapatrimoniaux

Poste de préjudice	Effectifs	Fréquence
Déficit fonctionnel	359	23,3 %
Dont DFT	279	18,1 %
Dont DFP	276	17,9 %
PA	236	15,3 %
PE	13	0,8 %
P esthétique	300	19,4 %
Dont PET	66	4,3 %
Dont PEP	239	15,5 %
PS	79	5,1 %
SE	427	27,7 %

Annexe IX

Poste de préjudice	Effectifs	Fréquence
Préjudice anxiété	1	0,1 %
Préjudice d'impréparation	15	1 %
Préjudice exceptionnels PPE	4	0,3 %
Préjudice lié à des pathologies évolutives (PEV)	22	1,4 %

Source : Etude

En cas de décès de la victime directe, les préjudices indemnisés sont les suivants, par fréquence.

Tableau 4 : Préjudices patrimoniaux et extrapatrimoniaux en cas de décès de la victime directe

Poste de préjudice	Effectifs	Fréquence
Patrimoniaux		
Autres	33	28 %
FD	15	12,7 %
FO	27	22,9 %
PR	43	36,4 %
Extrapatrimoniaux		
Autres	14	6,1 %
P AC	14	6,1 %
P EF	201	87,8 %

Source : Etude

Selon l'étude, le fondement de la condamnation en appel est une faute dans 67 % des cas ; 14 % des cas concernent une infection nosocomiale, 21 % une mise en jeu de la solidarité nationale via l'ONIAM et 12,5 % la responsabilité du fait des produits de santé.

La perte de chance est retenue dans 29 % des cas en appel.

Les statistiques sur le DFP et le taux d'AIPP sont les suivantes.

Sur 276 arrêts admettant le DFP, 92 arrêts mentionnent le poste sans préciser le taux d'AIPP. Seuls 184 arrêts donnent l'information sur le taux d'AIPP.

Tableau 5 : Montant d'indemnisation en fonction du taux d'AIPP

Taux d'AIPP	Nombre d'arrêts	En %	Mt moyen
0 %	8		4526 €
<5 %	28		
5-9 %	30		
10-14 %	24		15911 €
15-19 %	25		
20-24 %	15		37500 €
25-29 %	15		
30-34 %	10		62673 €
35-39 %	3		
40-44 %	4		98138 €
45-49 %	6		
50-59 %	6		68286 €
60-69 %	4		112499 €
70-79 %	2		179900 €
80-89 %	1		120000 €
90-99 %	2		50000 €

Annexe IX

Taux d'AIPP	Nombre d'arrêts	En %	Mt moyen
100 %	1		554994 €
Total	184		33074 €

Source :

Les enseignements tirés par les auteurs eux-mêmes de l'importante étude statistique menée quant à l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux devant le juge judiciaire et administratif se situent à un double niveau.

1- Quant à la comparaison des pratiques. Sur la période où l'étude a été menée, les deux ordres de juridictions avaient fait le choix de l'utilisation de nomenclatures différentes puisque l'ordre administratif est resté fidèle à l'avis *Lagier* alors que le juge judiciaire utilisait dans le même temps très largement la nomenclature *Dintilhac*. Un des premiers apports de cette étude est d'ailleurs de démontrer à quel point cette dernière est utilisée au sein des Cours d'appel de l'ordre judiciaire puisque la ventilation entre les différents postes sur la base de cette nomenclature est une pratique quasi unanime de ces dernières, le regroupement des postes ne représentant devant elles que 1,4 % des cas. On doit toutefois souligner la qualité inégale de rédactions des arrêts de ces mêmes cours puisque si la lecture des décisions de certaines d'entre elles permet de comprendre clairement quelle somme est attribuée à quel poste¹⁹⁵, certains arrêts sont au contraire rédigés de manière à rendre parfois peu compréhensible la structuration de l'indemnisation.

Au-delà, on doit surtout mettre en exergue la très grande hétérogénéité des pratiques des Cours d'appel administratives. Cette pratique est la conséquence directe de l'avis *Lagier* puisqu'en autorisant une globalisation des postes, notamment dans le domaine extrapatrimonial, celui-ci n'a bien entendu pas incité les juges à en opérer une ventilation plus fine. Dans la logique du juge administratif, cette globalisation est confortée par le fait qu'à la différence de la Cour de cassation, le Conseil d'Etat n'autorise, sauf dans des cas tout à fait exceptionnels, aucune imputation du recours des tiers payeurs sur les postes extrapatrimoniaux, notamment sur le DFP, de telle sorte que le regroupement des postes n'est pas un obstacle à cet égard.

Une discussion sur l'opportunité même de l'architecture choisie par l'avis *Lagier* dépasserait le cadre de cette étude, même si l'on doit encore une fois souligner que la dualité de pratiques entre les deux ordres de juridictions est selon nous problématique au regard de l'égalité entre victimes. On doit également remarquer qu'au sein du système mis en place par les juges administratifs, des difficultés apparaissent puisque les méthodes utilisées dans les différentes décisions étudiées divergent, notamment quant à la pratique du regroupement des préjudices.

En dehors du cas sans doute très particulier du cas du contentieux de l'hépatite C, l'étude a en effet démontré que rien ne permettait de comprendre pourquoi et dans quelle mesure le regroupement d'un ou plusieurs postes était opéré par les Cours d'appel administratives. Une même décision peut en effet comprendre certains postes regroupés et d'autres ventilés ; les regroupements opérés ne sont pas homogènes d'une décision à l'autre ; ils peuvent, ou non, être opérés autour de la notion de troubles dans les conditions d'existence, sans d'ailleurs que celle-ci ne présente elle-même de réelle clarté dans son contenu ; ces regroupements paraissent en outre détachés des demandes des parties. L'analyse des jugements de tribunaux administratifs permettrait peut-être de corriger cette impression s'il s'avérait que la pratique des cours administratives d'appel les conduisait à ne pas reprendre dans le détail la discussion portant sur chacun des postes de préjudices pris à titre individuel envisagés en première instance. Pour vérifier cette hypothèse il faudrait toutefois se livrer à une étude exhaustive des jugements de première instance afin d'apprécier s'ils recourent à la globalisation dans les mêmes conditions que les cours administratives d'appel, ce qui n'était pas l'objet de cette étude.

Annexe IX

Quoi qu'il en soit, et si l'on s'en tient à notre échantillon, cette hétérogénéité est préoccupante car elle montre des différences de méthodologie qui posent des difficultés de plusieurs points de vue. Le premier est celui du respect du principe de la réparation intégrale. Si l'on considère en effet que les nomenclatures sont des instruments qui permettent au juge de respecter ce principe¹⁹⁶, la dualité des pratiques constatée devant le juge administratif suscite l'interrogation.

La seconde est relative au contrôle des pratiques des juges puisqu'il est évident que le regroupement des préjudices, selon des règles variables et non formulées, ne permet pas de réellement appréhender la méthodologie du juge administratif, et pose d'ailleurs la question de l'existence d'une réelle méthodologie uniforme suivie par ce dernier.

2 - Quant à la comparaison du niveau d'indemnisation des chefs de préjudices. Ainsi que nous l'avons évoqué dans le corps du rapport, la possibilité d'opérer une comparaison du niveau d'indemnisation poste par poste par les deux ordres de juridictions a été limitée par deux principaux facteurs :

- Le premier est celui de la globalisation des postes, qui a souvent empêché la comparaison statistique du montant accordé pour chacun d'entre eux : cette difficulté n'a pu être contournée ni par la mise en place d'une table de concordance entre les postes du juge judiciaire et administratif, ni par une étude sur la base de blocs de postes globalisés, compte tenu des pratiques totalement hétéroclites du juge administratif dans ce domaine.
- Le second est lié au caractère intrinsèquement incomparable des outils de chiffrage de certains postes qui restent étroitement liés à la situation strictement personnelle de la victime, et pour lesquels la comparaison du montant chiffré n'aurait pas de sens. Pour les postes où la comparaison a été opérée, la situation de la victime directe et des victimes par ricochet doit être distinguée.

Pour les postes de la victime principale, **le niveau d'indemnisation par le juge administratif apparaît globalement inférieur, voire très inférieur, à celui du juge judiciaire.** Tel est notamment le cas, de manière particulièrement marquante pour les souffrances endurées où, alors qu'aucun élément extérieur ne semble expliquer cette différence de niveau d'indemnisation, ce poste est évalué, par le juge administratif, dans une proportion inférieure à :

- 50 % pour les souffrances jusqu'à 1 ;
- 28 % pour celles cotées jusqu'à 2 ;
- 43,39 % pour celle cotées jusqu'à 3 ;
- 37,5 % pour celles cotées jusqu'à 4 ;
- 40 % pour celles cotées jusqu'à 5 ;
- 28 % pour celles cotées jusqu'à 6 ;
- 13,5 % euros pour celles cotées jusqu'à 7.

Cette différence se retrouve également de manière marquante pour le préjudice esthétique, où la différence, au détriment du juge administratif, est de :

- 41,6 % pour le préjudice esthétique coté jusqu'à 1 ;
- 42,85 % pour celui coté jusqu'à 2 ;
- 36 % pour celui coté jusqu'à 3 ;
- 35 % pour celui coté jusqu'à 4 ;
- 33 % pour celui coté jusqu'à 5.

Annexe IX

On retrouve également de manière notable cette rigueur du juge administratif dans l'évaluation dans le choix du taux horaire servant de base à l'indemnisation du poste « assistance tierce personne ». En effet, alors que 94,8 % des décisions des Cours d'appel appliquent un taux horaire égal ou supérieur à 12 euros, seules 43,9 % des décisions de Cour d'appel administratives font de même. La pratique majoritaire des cours d'appel se situe donc dans l'utilisation d'un coût horaire **supérieur à 14 euros** (57,9 % d'entre elles) alors que celle des Cours d'appel administratives se situe **en dessous de 11 euros** (50,1 %), ce qui cumulé sur la durée de vie des victimes, entraîne des différences de chiffrage pouvant atteindre des sommes très importantes.

Cette différence d'évaluation se retrouve également dans le cas des victimes par ricochet, notamment dans le cadre de l'évaluation du préjudice d'affection en cas de décès de la victime principale. Alors que les frères et soeurs semblent indemnisés sur des bases à peu près communes, les enfants et petits-enfants de la victime décédée sont nettement mieux indemnisés devant le juge judiciaire (différence de plus de 50 % dans les deux cas). En revanche, sans qu'une explication rationnelle n'ait pu en être fournie, le conjoint est mieux indemnisé devant le juge administratif (différence de 30 %). Dans tous les cas, on doit souligner la faiblesse des montants retenus dans les décisions incluses dans l'échantillon objet de cette étude, les valeurs dominantes paraissant en deçà des références du référentiel inter-cour et même de celui de l'ONIAM.

3 - **Remèdes ?** Sur la base de l'étude réalisée, on doit donc constater des différences très préoccupantes de pratiques d'indemnisation des victimes entre les deux ordres de juridictions par les différentes Cours d'appel. Sous cette réserve, il apparaît que, d'un point de vue général, la méthodologie du juge judiciaire est mieux fixée que celle du juge administratif. Sur la base des postes pour lesquels la comparaison a été possible, **et qui repose sur des éléments objectifs de comparaison**, le premier indemnise plus largement les victimes de dommages corporels que le second, dans des proportions qui peuvent sembler assez préoccupantes.

Si l'on accepte de donner un sens au principe de la réparation intégrale, on ne saurait ainsi admettre, par exemple, que le taux horaire servant de base à l'évaluation de la tierce personne diverge dans d'aussi importante proportion selon les juridictions saisies, pas plus qu'on ne peut accepter qu'une souffrance endurée cotée de manière identique par l'expert puisse voir son évaluation varier autant. La question n'est pas ici de fixer le prix exact de chaque poste, qui ouvrirait la voie à une barémisation hors de propos, mais simplement de constater des différences objectives de traitement, qui doivent selon nous susciter l'interrogation alors même qu'il s'agit de victimes dont le droit à indemnisation émane d'une source normative commune.

Dans ce contexte, quels pourraient être les remèdes envisagés ?

Pour lutter contre la différence des pratiques, l'adoption d'une nomenclature unique déterminant les chefs de préjudices découlant d'un dommage corporel et qui s'appliquerait à toute indemnisation, quelle qu'en soit la voie (transactionnelle ou judiciaire) et quelle que soit la juridiction saisie, nous semble être la réponse évidente à la difficulté. Cette nomenclature unique permettrait en effet de lutter contre la première difficulté constatée dans l'étude : celle de la différence de méthodologie entre les deux ordres de juridictions et plus encore celle de l'hétéroclisme des pratiques du juge administratif. Cette nomenclature unique permettrait donc tout à la fois une unification et une rationalisation des pratiques. Même si le Conseil d'Etat autorise, depuis la fin de l'année 2013, les juges à utiliser la nomenclature *Dintilhac*, cette invitation peut ne pas être jugée suffisante. **On peine dès lors à comprendre, dans un tel contexte, que le projet de décret portant nomenclature unique des postes de préjudices nés d'un dommage corporel ait été jeté aux oubliettes alors même la présente étude en conforte l'absolue nécessité en démontrant que la valeur simplement incitative de cette nomenclature ne saurait suffire.**

Annexe IX

Pour lutter contre les différences de chiffrages constatées entre les différents postes objets de l'étude, deux remèdes peuvent être envisagés. Le premier pourrait conduire à plaider pour la mise en place d'un référentiel commun qui s'imposerait aux juridictions. Telle n'est toutefois pas notre approche. Au-delà des dangers significatifs que nous semble présenter l'imposition d'un tel référentiel, et sur lesquels il n'est pas lieu de revenir, la difficulté ne naît pas ici de l'évaluation divergente d'un même poste au sein de juridictions du même ordre. Ainsi que nous l'avons en effet démontré dans le cas des souffrances endurées ou du préjudice esthétique, il existe sans doute entre Cours d'appel ou entre Cours d'appel administratives, de légères différences de chiffrage, mais celles-ci ne semblent pas dépasser la marge de divergence liée aux circonstances des différentes espèces et à l'appréciation *in concreto* du juge.

C'est au contraire entre les deux ordres de juridictions que la différence de chiffrage existe dans des proportions telles qu'on ne peut les lier à une simple marge d'appréciation de telle ou telle Cour d'appel. Il nous semble au contraire ressortir clairement de l'accumulation des divergences de chiffrage constatées, presque toujours exclusivement moins favorables aux victimes devant l'ordre administratif, que ce dernier adopte clairement une « politique d'indemnisation » moins favorable que son homologue judiciaire. Or, s'agissant de victimes de même fait générateur (faits dommageables liés à l'activité médicale) et de même type de dommage (dommage corporel), cette situation ne nous semble pouvoir être acceptée car elle est clairement contraire à l'égalité entre victimes. La solution la plus simple nous semblerait donc résider dans l'unification du contentieux devant un ordre de juridiction, en l'espèce l'ordre judiciaire, comme l'avait fait par exemple le législateur pour les accidents de la circulation dans une loi n° 57-1424 du 31 décembre 1957. Cette unification est certainement la solution la plus évidente qui garantirait une unité de pratique et une relative harmonisation de chiffrages des postes de préjudice de la victime. Elle semblerait d'autant plus légitime que l'on peine à comprendre pourquoi, lors du vote de la loi du 4 mars 2002, le législateur a renoncé à une telle concentration alors même qu'il édictait un corps unifié de règles de fond.

Quelle que soit la solution retenue, **il est certain que les victimes de dommages liés à l'activité médicale ne sont pas indemnisées dans les mêmes termes selon l'ordre de juridiction saisi et qu'une telle situation ne saurait selon nous aujourd'hui perdurer sans susciter une réaction vigoureuse des pouvoirs publics.**

3. Analyse d'un échantillon d'arrêts par la mission à partir d'une requête JURICA

La mission a consulté diverses bases de données et experts pour aboutir à la conclusion que la base de données la plus complète était JURICA. Elle a passé une convention avec le service de documentation et de recherche de la Cour de cassation afin d'avoir accès à cette base de données (cf. PJ n°1).

Les données figurant dans JURICA sont tous les arrêts des cours d'appel depuis 2006 ainsi que des décisions des premiers présidents de cours d'appel, y compris celles faisant l'objet d'un pourvoi en cassation et celles qui ont été cassées. Les arrêts des TGI sont donc exclus. De plus, il ne s'agit que des données civiles, ce qui exclut toutes les décisions pénales et donc toutes les décisions d'intérêt civil sur une base pénale.

3.1. Le contenu de la requête

La mission a procédé à une requête avec les mots clefs suivants : CPAM et Souffrances endurées à l'exclusion de FIVA, FGTI et FGAO en 2015 et 2016 ; à une requête CNMSS et souffrances endurées et à une requête CPRSNCF et souffrances endurées et enfin CNRACL et souffrances.

En outre elle a ajouté à cet échantillon un échantillon d'arrêts du TGI de Paris dans le domaine des accidents automobile.

3.2. La grille d'analyse des arrêts

Pour chaque arrêt, il convient d'identifier :

- ◆ Le domaine de l'accident : accident de la circulation, du travail, médical fautif, aléa thérapeutique, infection nosocomiale, produits défectueux etc...
- ◆ Le taux de partage de responsabilité
- ◆ Le taux d'AIPP s'il est disponible
- ◆ Le montant d'indemnisation total et par poste de préjudice (victime + OGGROSS)
- ◆ Le montant des débours des OGGROSS accordé par poste de préjudice

3.3. Les résultats

Cf. PJ n°3.

3.4. Commentaires qualitatifs

Un premier élément de constat est la grande hétérogénéité dans la pratique formelle des cours d'appel :

- ◆ quant à la présentation des débours : certains arrêts présentent le détail des débours, ventilé par poste Dintilhac², d'autres présentent une somme globale, d'autres enfin se contentent d'indiquer que la caisse a été désintéressée³, seule intéressant la somme versée à la victime nette de recours des tiers payeurs ;
- ◆ quant à la présentation des prétentions : certains arrêts présentent des tableaux, ventilés par poste Dintilhac, indiquant la demande de la victime et l'offre de l'assureur⁴ ;
- ◆ quant à la présentation de la solution retenue : certains arrêts présentent un tableau récapitulatif par poste Dintilhac, rendant particulièrement accessible l'arrêt⁵.

² CA Aix en Provence, 10^{ème} chambre, 14 janvier 2016, n° RG 14/15692.

³ CA Toulouse, 1^{ère} chambre section 1, 27 avril 2015, n° RG 14/02649. CA Amiens, 1^{ère} chambre civile, 16 janvier 2015, n° RG 13/02044 : « *Le jugement sera confirmé de ce chef puisque pas plus en appel qu'en première instance Mme X ne justifie de dépenses de transport, de médicaments et de visites médicales restées à sa charge* ».

⁴ CA Paris, Pôle 2, chambre 3, 12 janvier 2015, n° RG 13/02493.

⁵ CA Chambéry, 2^{ème} chambre, 26 février 2015, n° RG 14/01425.

Annexe IX

Au fond, il existe des arrêts retenant des postes d'indemnisation non Dintilhac⁶ : ainsi du poste « incidence sur les droits à retraite », préjudice patrimonial permanent, usuellement inclus dans la perte de gains professionnels futurs.

S'agissant des caisses, leurs débours peuvent ne pas apparaître dans les arrêts⁷, ou bien être manifestement insuffisants : ainsi, d'une pension d'invalidité versée par l'État⁸ ou d'indemnités journalières versées⁹ mais non querellées au contentieux.

⁶ CA Lyon, 6^{ème} chambre, 26 février 2015, n° RG 10/08971.

⁷ CA Aix en Provence, 10^{ème} chambre, 26 février 2015, n° RG 13/21732.

⁸ CA Paris, pôle 2 chambre 2, 9 janvier 2015, n° RG 13/18966.

⁹ CA Lyon, 6^{ème} chambre, 19 février 2015, n° RG 09/05459

PIÈCES JOINTES À L'ANNEXE IX

Analyse d'un échantillon d'arrêts

COUR DE CASSATION

Convention de mise à disposition à titre gratuit de décisions judiciaires contenues dans les bases de données jurisprudentielles administrées par la Cour de cassation

La présente convention est établie entre la Cour de Cassation, 5 Quai de l'Horloge 75001 Paris, représentée par M. Bruno PIREYRE, Président de chambre, Directeur du service de documentation, des études et du rapport (SDER),

et

la mission conjointe IGAS IGF IGAENR sur la Revue de dépenses relatives aux recours contre tiers des caisses de sécurité sociale

représenté par Madame Hélène Pelosse, inspectrice générale des Finances,

ci-après dénommé le bénéficiaire,

Article 1 : Objet de la convention

La présente convention a pour objet la mise à disposition de décisions judiciaires contenues dans les bases jurisprudentielles administrées par la Cour de cassation, aux conditions ci-après exposées, aux fins de la réalisation d'une étude ou d'une recherche à caractère scientifique dont le ou les thèmes sont précisés en annexe I.

Article 2 : Nature et modalité de la mise à disposition

La mise à disposition des décisions judiciaires est réalisée à titre gracieux.

Les décisions remises sont sélectionnées à partir de requêtes définies conjointement par le SDER et le ou les responsables du bénéficiaire, sur la base du ou des thèmes précisés à l'annexe I.

Ces décisions sont extraites des bases jurisprudentielles administrées par la Cour de cassation, Jurinet et/ou JuriCA, et remise sous la forme d'un CD, d'un DVD ou d'un disque dur externe, selon le volume des décisions sélectionnées.

Les décisions sont fournies au format Portable Document Format (PDF).

Article 3 : Prestations assurées par la Cour de cassation

Le SDER fournit une assistance à la formulation des requêtes permettant la sélection des décisions pertinentes au regard du ou des thèmes d'études ou de recherches définis.

Sur la base de ces requêtes, il procède à l'extraction des décisions, les stocke sur un support adapté et met ce support à disposition du bénéficiaire.

Article 4 : Obligations du bénéficiaire

Le bénéficiaire s'engage :

- à n'utiliser les décisions communiquées que pour la seule réalisation des études ou recherches dont les thèmes sont définis à l'annexe I ;

- à respecter l'intégrité, le sens et la portée des données communiquées, à ne pas les altérer ni les modifier ;

- à préciser, en cas de citation partielle ou intégrale d'une décision, la juridiction qui l'a rendue et la date de son prononcé ;
- à s'abstenir de tout usage contraire aux lois et règlements, ou portant atteinte à l'ordre public et aux bonnes mœurs ;
- à respecter les dispositions relatives à la protection des données personnelles prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel ;
- à procéder à l'anonymisation des noms et éléments d'identification des parties et des témoins en cas de citation ou de reproduction, même partielle, d'une décision ;
- à ne pas porter à la connaissance de tiers les décisions rendues hors la présence du public et les documents couverts par le secret ;
- à ne pas communiquer, céder, diffuser ou vendre à des tiers les décisions communiquées, sous quel motif que ce soit ;
- à réaliser une étude ou une recherche à caractère scientifique, dont le ou les thèmes sont précisés en annexe I, en vue d'une publication dans des revues académiques, scientifiques ou juridiques ;
- à communiquer cette étude ou recherche au SDER, aux formats papier et numérique, en vue de sa diffusion par tous moyens aux juridictions de l'ordre judiciaire et aux organismes ayant accès au Réseau Privé Virtuel Justice, et à autoriser le SDER à y apposer mention de son soutien à sa réalisation ;
- à faire mention, lors de toute publication, de la mise à disposition des décisions par le SDER de la Cour de cassation ;
- à faire respecter l'ensemble de ces obligations aux personnes travaillant sous sa direction et aux membres de ses équipes de recherches, quel que soit leur statut.

Le bénéficiaire est réputé se porter fort du respect par ces personnes de l'ensemble de ces obligations.

Le directeur SDER est habilité à faire contrôler le respect par le bénéficiaire des obligations que lui impose la présente convention.

Toute demande formulée à cette fin par le directeur du SDER ouvre au bénéficiaire un délai de réponse d'un mois à compter de la réception de la demande. A défaut de réponse dans ce délai et après l'envoi d'un dernier avis sous pli recommandé, la Cour de cassation peut procéder à la suspension provisoire ou définitive de l'exécution de la présente convention.

Article 5 : Calendrier des opérations et durée de la convention

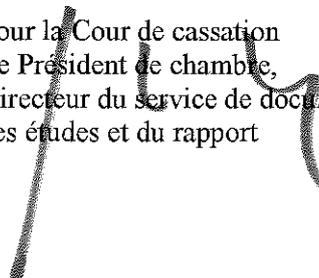
Le calendrier de l'ensemble des opérations nécessaires à l'exécution de la présente convention et la durée de celle-ci sont définies dans l'annexe II à la présente convention.

Fait à Paris, le 25 avril 2017

Pour la mission conjointe
L'Inspectrice Générale des Finances
Hélène Pelosse



Pour la Cour de cassation
Le Président de chambre,
Directeur du service de documentation,
des études et du rapport



ANNEXE I

Description détaillée du ou des thèmes de l'étude ou de la recherche pour laquelle la présente convention est établie :

L'étude menée s'inscrit dans le cadre d'une mission relative à une revue de dépenses portant sur les recours contre tiers des caisses de sécurité sociale. Cette revue de dépenses a été demandée par quatre ministres (santé, éducation nationale, budget et économie/finances) (cf. lettre de mission en PJ). Les revues de dépenses sont des travaux prévus dans un jaune en annexe du Projet de loi de finances qui sont systématiquement publiés.

La revue de dépenses a été confiée à trois inspections : il s'agit d'une mission conjointe entre l'Inspection Générale des Finances (IGF) et l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), renforcée tout récemment par l'Inspection Générale de l'Administration de l'Education Nationale et de la recherche (IGAENR) (cf. lettre de mission complémentaire en PJ).

Dans le cadre des travaux relatifs au chiffrage du potentiel des sommes liées au recours contre tiers que les caisses de sécurité sociale pourraient récupérer, l'étude consiste à identifier à partir de la jurisprudence le ratio égal au rapport entre créances des caisses et le total de l'indemnisation, et ce en fonction de 4 à 5 cas types de gravité variable de dommage corporel par domaine d'accident (automobile, accidents médicaux, accidents scolaires, coups et blessures volontaires, accidents sportifs etc.).

L'étude nécessite donc l'extraction de décisions de jurisprudence afférentes à des demandes d'indemnisation de dommages corporels suite à des accidents impliquant un tiers responsable.

Elle sera réalisée sous la responsabilité scientifique des membres des corps d'inspection désignés pour la mission : Hélène Pelosse (IGF), Vincent Ruol (IGAS) et Philippe Sultan (IGAENR).

L'étude sera suivie par un comité de pilotage composé de représentants de l'équipe de recherche et du Service de documentation, des études et du rapport de la Cour de cassation.

ANNEXE II

Calendrier des opérations nécessaires à l'exécution et durée de la présente convention

La convention est conclue pour une durée d'un an à compter de sa date de notification.

Le responsable scientifique de l'étude remettra successivement les documents suivants, en deux exemplaires papiers et un fichier électronique :

- une *note méthodologique* présentant l'analyse détaillée des décisions ;
- un *rapport final* présentant les résultats de l'exploitation de l'ensemble des données.

L'ensemble des documents seront remis après finalisation des travaux et transmission aux commanditaires. Le rapport sera en tout état de cause publié dans le cadre du projet de loi de finances 2018.

Domaine	Commentaire	Préjudices patrimoniaux temporaires					
		DSA-T	Créance	FD-T	Créance	PGPA-T	Créance
1	AVP	71547	71 547,00	305,00	0,00	1 146,00	29 500,00
2	transport	194082	194 082,00	1 200,00	0,00	29 100,00	0,00
3	AVP	2519	2 519,00	800,00	0,00	10 311,00	10 311,00
4	AVP	25860	24 060,00	2 167,00	0,00	0,00	0,00
5	AVP	9594	7 274,00	1 475,00	0,00	221,00	0,00
6	AM	5805	5 805,00	6 449,00	0,00	0,00	0,00
7	AM	0	0,00	6 125,00	0,00	0,00	0,00
8	AcVC	37342	37 342,00	2 640,00	0,00	21 302,00	21 302,00
9	AVP	802297	802 978,00	375 000,00	0,00	0,00	0,00
10	AVP	5700	5 550,00	0,00	0,00	11 536,00	0,00
11	AcVC	111	111,00	0,00	0,00	0,00	0,00
12	AVP	894	894,00	0,00	0,00	0,00	0,00
13	AcVC	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
14	AcVC	11081	11 081,00	0,00	0,00	0,00	0,00
15	AM	4757	9 515,00	763,00	0,00	627,00	0,00
16	AM	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
17	AVP	13000	12 700,00	1 440,00	0,00	6 280,00	5 061,00
18	AM (aléa)	0	0,00	0,00	0,00	666,00	0,00
19	AVP	67340	67 340,00	250,00	0,00	0,00	0,00
20	AcVC	817	817,00	0,00	0,00	0,00	0,00
21	CBV	0	0,00	500,00	0,00	0,00	0,00
22	AM	3098	3 098,00	3 500,00	0,00	35 600,00	0,00
23	AVP	528000	528 888,00	2 330,00	0,00	0,00	0,00
24	AVP	92355	92 355,00	0,00	0,00	11 811,00	11 811,00
25	AVP	6842	6 842,00	2 200,00	0,00	1 450,00	0,00
26	AVP	257000	236 000,00	91 845,00	0,00	18 111,00	0,00
27	AcVC (ski)	13700	9 644,00	0,00	0,00	0,00	0,00
28	AVP	57943	57 943,00	500,00	0,00	57 426,00	57 426,00
29	AVP	20400	20 000,00	3 070,00	0,00	11 750,00	11 750,00
30	AVP (TC)	30200	28 600,00	1 400,00	0,00	1 400,00	0,00
31	AVP	7542	7 542,00	2 210,00	0,00	64 000,00	50 000,00
32	AVP	7000	6 500,00	2 470,00	0,00	0,00	0,00
33	AVP	4000	3 200,00	17 213,00	0,00	6 173,00	0,00
	Total						
	Total hors créance nulle						
	Total AVP						

Cours d'appel 2011

	Domaine	Commentaire	Panxiété	Total indem.	Total créance	Créance indem	Total indem hors cré indem	Ratio cré indem/total indem
1	AVP		0,00	136 728,00	123 362,00	71 547,00	65 181,00	0,52
2	transport		0,00	1 414 490,00	345 258,00	345 258,00	1 069 232,00	0,24
3	AVP		0,00	37 640,00	15 027,00	15 027,00	22 613,00	0,40
4	AVP		0,00	39 357,00	24 060,00	24 060,00	15 297,00	0,61
5	AVP		0,00	54 900,00	7 274,00	7 274,00	47 626,00	0,13
6	AM		0,00	47 964,00	5 805,00	5 805,00	42 159,00	0,12
7	AM		5 000,00	112 330,00	0,00	0,00	112 330,00	0,00
8	AcVC		0,00	101 228,00	58 644,00	58 644,00	42 584,00	0,58
9	AVP		0,00	2 487 078,00	859 286,00	859 286,00	1 627 792,00	0,35
10	AVP		0,00	42 108,00	5 550,00	5 550,00	36 558,00	0,13
11	AcVC		0,00	8 970,00	3 506,00	3 506,00	5 464,00	0,39
12	AVP		0,00	11 436,00	894,00	894,00	10 542,00	0,08
13	AcVC		0,00	27 030,00	0,00	0,00	27 030,00	0,00
14	AcVC		0,00	49 857,00	11 081,00	11 081,00	38 776,00	0,22
15	AM		0,00	23 734,00	9 515,00	4 757,00	18 977,00	0,20
16	AM		0,00	9 000,00	0,00	0,00	9 000,00	0,00
17	AVP		0,00	82 838,00	17 761,00	17 761,00	65 077,00	0,21
18	AM (aléa)		0,00	320 366,00	0,00	0,00	320 366,00	0,00
19	AVP		0,00	242 640,00	86 840,00	86 840,00	155 800,00	0,36
20	AcVC		0,00	8 457,00	817,00	817,00	7 640,00	0,10
21	CBV		0,00	355 100,00	0,00	0,00	355 100,00	0,00
22	AM		0,00	130 950,00	59 330,00	59 330,00	71 620,00	0,45
23	AVP	tétra	0,00	3 000 440,00	795 888,00	795 888,00	2 204 552,00	0,27
24	AVP		0,00	169 376,00	139 166,00	139 166,00	30 210,00	0,82
25	AVP		0,00	22 025,25	6 842,00	6 842,00	15 183,25	0,31
26	AVP	paraplégie	0,00	5 057 142,00	336 400,00	336 400,00	4 720 742,00	0,07
27	AcVC (ski)		0,00	22 000,00	9 644,00	9 644,00	12 356,00	0,44
28	AVP		0,00	248 919,00	236 070,00	205 669,00	43 250,00	0,83
29	AVP		0,00	51 786,00	31 750,00	31 750,00	20 036,00	0,61
30	AVP (TC)		0,00	147 379,00	28 600,00	28 600,00	118 779,00	0,19
31	AVP		0,00	180 757,00	71 216,00	71 216,00	109 541,00	0,39
32	AVP		0,00	50 690,00	6 500,00	6 500,00	44 190,00	0,13
33	AVP		0,00	334 103,00	3 200,00	3 200,00	330 903,00	0,01
	Total			15 028 818,25	3 299 286,00	3 212 312,00	11 816 506,25	0,21
	Total hors créance nulle			14 534 358,25	3 299 286,00	3 212 312,00	11 322 046,25	0,22
	Total AVP			12 397 342,25	2 795 686,00	2 713 470,00	9 683 872,25	0,22

Cours d'appel

Référence arrêt	Domaine	Commentaires	OGROSS appelée O/N	Préjudices patrimoniaux temporaires						Préjudices patrimoniaux permanents					
				DSA-T	Créance	FD-T	Créance	PGPA-T	Créance CPAM	DSF-T	Créance	FLA	FVA	ATP	Créance
R.G. : 13/00860 COUR D'APPEL DE REIMS CHAMBRE CIVILE-1° SECTION ARRÊT DU 6 JANVIER 2015	AT (accident de travail) trajet		0	10 084,00	10 084,00	500,00	0,00	23 885,00	23 885,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2 660,00	0,00
R.G. : 13/01202 COUR D'APPEL DE REIMS CHAMBRE CIVILE-1° SECTION ARRÊT DU 06 JANVIER 2015	AM	Renvoi au jugement du TGI non disponible	0												
CINQUIÈME CHAMBRE CIVILE ARRÊT DU : 07 janvier 2015 (Rédacteur : Madame Henriette FILHOUSE, Président.) N° de rôle : 13 /2399	AVP (accident voie publique)	Renvoi au jugement du TGI non disponible	0												
COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 10e Chambre ARRÊT AU FOND DU 08 JANVIER 2015 N° 2015/1 Rôle N° 13 /06981	AVP		0	74 695,00	74 329,00	1 900,00	0,00	114 421,00	114 421,00						
COUR D'APPEL de CHAMBÉRY 2ème Chambre Arrêt du jeudi 08 Janvier 2015 RG. : 14/00285	AVP	Renvoi au jugement du TGI non disponible	0												
COUR D'APPEL DE PARIS Pôle 2 - Chambre 2 ARRÊT DU 09 JANVIER 2015 Numéro d'inscription au répertoire général : 13 /15489	AM	pas de créance CPAM	0	0,00	0,00			128 700,00	0,00					137 760/an indexé + 1 090 003,71 (frais échus)	
COUR D'APPEL DE PARIS Pôle 2 - Chambre 2 ARRÊT DU 09 JANVIER 2015 Numéro d'inscription au répertoire général : 13 /17190	AM	Dentiste	0	20 800,00	6 199,34	1 000,00				0,00					
COUR D'APPEL DE PARIS Pôle 2 - Chambre 2 ARRÊT DU 09 JANVIER 2015 Numéro d'inscription au répertoire général : 13 /18966	AM	Victimes par ricochet en plus. Pension d'invalidité non présentée par l'État.	0	267 788,86	267 788,86			986,00						9 000,00	
COUR D'APPEL DE COLMAR CHAMBRE SOCIALE - SECTION SB ARRÊT DU 08 janvier 2015 Numéro d'inscription au répertoire général : 4 SB 13 /04903	AT (accident de travail) taux d'incapacité permanente partielle de 50 %.	voir la décision différée ; toutes les dépenses de santé ne sont pas précisées dans cet arrêt	0												
COUR D'APPEL DE PARIS Pôle 2 - Chambre 3 ARRÊT DU 12 JANVIER 2015 Numéro d'inscription au répertoire général : 13 /02493	AVP (accident de la circulation)		0	1 639,67	1 639,67	622,00		3 833,35	1 824,76						

Référence arrêt	Domaine	Commentaires	OGROSS appelée O/N	Préjudices patrimoniaux temporaires						Préjudices patrimoniaux permanents					
				DSA-T	Créance	FD-T	Créance	PGPA-T	Créance CPAM	DSF-T	Créance	FLA	FVA	ATP	Créance
COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 10e Chambre ARRÊT AU FOND DU 15 JANVIER 2015 N° 2015/13 Rôle N° 14/06611	AM	RSI + CPAM : perte de chance de 60%	0	17 028,82	16 820,12	6 576,44	0,00	0,00							
COUR D'APPEL DE LYON 6ème Chambre ARRÊT DU 15 Janvier 2015	Avc (Accident vie courante)	coups portés	0	184,12	184,12										
COUR D'APPEL DE NÎMES CHAMBRE CIVILE 1ère Chambre A ARRÊT DU 15 JANVIER 2015	AVP	Absence d'éléments chiffrés- renvoi au TGI	0												
COUR D'APPEL D'AMIENS 1ERE CHAMBRE CIVILE ARRÊT DU SEIZE JANVIER DEUX MILLE QUINZE Numéro d'inscription de l'affaire au répertoire général de la cour : 13/02044	AVC	Chute/ pas de créance CPAM	0	0,00			860,34								
COUR D'APPEL D'AMIENS 1ERE CHAMBRE CIVILE ARRÊT DU SEIZE JANVIER DEUX MILLE QUINZE Numéro d'inscription de l'affaire au répertoire général de la cour : 13/02951	AM		0		16 816,34				3 215,52	16 922,85	7 707,64				
COUR D'APPEL DE PARIS Pôle 2 - Chambre 2 ARRÊT DU 16 JANVIER 2015 Numéro d'inscription au répertoire général : 13/19013	AM	Pour expertise	0												
13 JANVIER 2015 /RIOM Arrêt n° JLT/NS/NB Dossier n°12/00954	AT	Aucune créance	0												
13 JANVIER 2015 RIOM Arrêt n° FM/NS/NB Dossier n°13/02858	AT	Aucune créance	0												
CA TOULOUSE 16/01/2015 ARRÊT N° N° RG : 14/01071	AT	Aucune créance. Taux d'incapacité de 95%	0			6 000,00									
COUR D'APPEL DE LYON 1ère chambre civile B ARRÊT DU 20 janvier 2015 RENOI APRÈS CASSATION ARRÊT DU 20 JANVIER 2015	Avc (Accident vie courante) ski AT	Aucune créance	0	32 071,85	28 383,58	11 675,69				2 527,62				3 405,00	
COUR D'APPEL DE PARIS Pôle 2 - Chambre 3 ARRÊT DU 19 JANVIER 2015	Avc (Accident vie courante) - enfant	Mineur	0	709 865,91	703 347,48	7 588,88				392 436,93				87 113,00	

Référence arrêt	Domaine	Commentaires	OGROSS appelée O/N	Préjudices patrimoniaux temporaires						Préjudices patrimoniaux permanents				
				DSA-T	Créance	FD-T	Créance	PGPA-T	Créance CPAM	DSF-T	Créance	FLA	FVA	ATP	Créance
COUR D'APPEL DE GRENOBLE 2EME CHAMBRE CIVILE ARRÊT DU MARDI 20 JANVIER 2015	Avc (Accident vie courante) - achat de fauteuil-eczéma aigu	Affaire Conforama/ manque les deux semaines d'hospitalisation dans l'arrêt	0	52,75	0,00	1 406,14	1 028,00							
COUR D'APPEL DE GRENOBLE CHAMBRE SOCIALE SECTION A ARRÊT DU MARDI 20 JANVIER 2015	AT	Aucune créance	0				0,00							
COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 10e Chambre ARRÊT AU FOND DU 22 JANVIER 2015 N° 2015/20 Rôle N° 13/09179	AVP		0	44 844,82	44 844,82		13 425,00	0,00						
COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 10e Chambre ARRÊT AU FOND DU 22 JANVIER 2015 N° 2015/33 Rôle N° 13/13898	AVP	OGROSS appelé en première instance/ renvoi au TGI	N	1 851,41	1 851,41	140,00								
COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 10e Chambre ARRÊT AU FOND DU 22 JANVIER 2015 N° 2015/25 Rôle N° 13/14903	Avc (Accident vie courante)	Chute d'escalier/ pas de tiers	0											
COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 10e Chambre ARRÊT AU FOND DU 22 JANVIER 2015 N° 2015/26 Rôle N° 13/15710	AVP		0	709,66	709,66	450,00	3 179,55							
COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 10e Chambre ARRÊT AU FOND DU 22 JANVIER 2015 N° 2015/27 Rôle N° 13/16209	Avc (Accident vie courante)	chasse	0	8 043,57	7 414,63	1 400,00	56 823,56	31 090,16	36 334,29	36 334,29				
COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 10e Chambre ARRÊT AU FOND DU 22 JANVIER 2015 N° 2015/30 Rôle N° 13/17652	AVP	Rente TP de 1095/ mois viager valorisée 209 201,94	0	150 963,96	150 963,96	3 856,80		0,00					418 793,04	
COUR D'APPEL DE BESANCON - 172 501 116 00013 - ARRÊT DU 20 JANVIER 2015 PREMIERE CHAMBRE CIVILE ET COMMERCIALE	Avc (Accident vie courante)	évolution des débours CPAM	0	64 862,09	64 014,45		45 777,06	22 831,20	11 320,19	6 100,19				

Référence arrêt	Domaine	Commentaires	OGROSS appelée O/N	Préjudices patrimoniaux temporaires						Préjudices patrimoniaux permanents							
				DSA-T	Créance	FD-T	Créance	PGPA-T	Créance CPAM	DSF-T	Créance	FLA	FVA	ATP	Créance		
COUR D'APPEL DE BORDEAUX CHAMBRE SOCIALE - SECTION B ----- ARRÊT DU : 22 JANVIER 2015 (Rédacteur : Madame Elisabeth LARSABAL, Présidente) SÉCURITÉ SOCIALE N° de rôle : 14/03222	AT	Maladie pro - arrêt partiel	0														
COUR D'APPEL DE CHAMBÉRY 2ème Chambre Arrêt du jeudi 22 janvier 2015 RG : 14/00280	Avc (Accident vie courante)	Accident de ski - 12 ans / provisions	0														
COUR D'APPEL DE LYON 6ème Chambre ARRÊT DU 22 janvier 2015	AT (trajet)	Rente AT s'imputant sur le Dfp	0	163 832,78	480,65	163 832,78		47 409,84	45 230,12	23 533,13	3 119,61				484 405,53		
COUR D'APPEL DE LYON 6ème Chambre ARRÊT DU 22 janvier 2015	AT (trajet)	rente AT de 46 391,27	0	30 881,46	2 000,00	30 415,58		14 420,99	13 190,07	765,00					3 780,00		
COUR D'APPEL DE PARIS Pôle 2 - Chambre 2 ARRÊT DU 23 JANVIER 2015 (n° 2015- , 9 pages) Numéro d'inscription au répertoire général : 13/16813	AM	Aucune créance de la CPAM	0	6 000,00											840,00		
ARRÊT N°14/00568 COUR D'APPEL DE METZ 1ère Chambre ARRÊT DU 20 JANVIER 2015	AM	Indemnisation 30 000 (mort)	0														
CA ORLÉANS ARRÊT du : 26 JANVIER 2015 N° : - N° RG : 14/00150 & 14/00462	AM		0	142 059,57		142 059,57		48 254,74	24 180,00	54 104,75				5 000,00	48 364,38		
COUR D'APPEL DE PARIS Pôle 2 - Chambre 3 ARRÊT DU 26 JANVIER 2015 (n°15/ , 7 pages) Numéro d'inscription au répertoire général : 13/18298	AVP		0	96 564,67		96 564,67		16 210,31	16 210,31						6 048,00		
COUR D'APPEL DE PARIS Pôle 6 - Chambre 12 ARRÊT DU 26 janvier 2015 (n° , 5 pages) Numéro d'inscription au répertoire général : S 14/03052	AT	Expertise	0														
COUR D'APPEL DE GRENOBLE 2EME CHAMBRE CIVILE ARRÊT DU MARDI 27 JANVIER 2015	AVP	Créance de 42935,36 présentée par la CPAM; le juge ne donne pas de DSA	0	0,00		0,00											
COUR D'APPEL DE RENNES ARRÊT DU 28 JANVIER 2015	AM	Arrêt revient après une cassation/ perte de chance de 80%	0	11 579,26		11 509,40		40 643,18	26 822,18	159 540,66				1 949,40			

Référence arrêt	Domaine	Commentaires	OGROSS appelée O/N	Préjudices patrimoniaux temporaires						Préjudices patrimoniaux permanents					
				DSA-T	Créance	FD-T	Créance	PGPA-T	Créance CPAM	DSF-T	Créance	FLA	FVA	ATP	Créance
Numéro 15/00387 COUR D'APPEL DE PAU Chambre sociale ARRÊT DU 29/01/2015	AT		0								8 000,00				
COUR D'APPEL/ DU 29 JANVIER 2015 DE VERSAILLES Code nac : 63A 3e chambre	AM	Perte de chance de 50%	0	7 673,69	404,54	7 673,69				19 014,00		19 014,00		68 883,00	
COUR D'APPEL 29 JANVIER 2015 DE VERSAILLES Code nac : 89A CRF	AT	Médecine du travail	0												
5e Chambre COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 10e Chambre ARRÊT AU FOND DU 30 JANVIER 2015 N° 2015/37	AVP	CPAM/RSI/CARMF - pas de DSA ni de SE, PS ou PE	0				152 142,00		40 973,18						
Rôle N° 10/20180 COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 10e Chambre ARRÊT AU FOND DU 30 JANVIER 2015 N°2015/44	AVP		0	8 068,75	350,00	8 068,75									
Rôle N° 13/22610 COUR D'APPEL DE DOUAI TROISIEME CHAMBRE ARRÊT DU 22/01/2015 **** N° MINUTE : 15/54 N° RG : 14/00463	AM	Confirmation du jugement	0			1 899,34								282,86	
COUR D'APPEL DE DOUAI TROISIEME CHAMBRE ARRÊT DU 22/01/2015 **** N° MINUTE : 15/41 N° RG : 14/00544	AVC (cyle)		0	4 741,21		4 741,21	796,67	796,67	796,67						100,08

Référence arrêt	Domaine	Commentaires	OGROSS appelée O/N	Préjudices patrimoniaux temporaires						Préjudices patrimoniaux permanents							
				DSA-T	Créance	FD-T	Créance	PGPA-T	Créance CPAM	DSF-T	Créance	FLA	FVA	ATP	Créance		
COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 10e Chambre ARRÊT AU FOND DU 05 FEVRIER 2015 N° 2015/46 Rôle N° 13/07990	AT	pas de créance	0	5 515,46	5 515,46	1 350,00		74 613,77	74 613,77								
COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 10e Chambre ARRÊT AU FOND DU 05 FEVRIER 2015 N° 2015/48 Rôle N° 13/11496	AVC (ski)		0	11 999,86	11 999,86	40,00									833,59		
COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 10e Chambre ARRÊT AU FOND DU 05 FEVRIER 2014 N° 2014/55 Rôle N° 13/12234	AM	Perte de chance de 80%	0	122 273,39	121 612,82	1 817,20				890 945,52	677 932,55	5 435,36	56 785,92	1 035 743,00			822,65

Référence arrêt	Domaine	Commentaires	OGROSS appelée O/N	Préjudices patrimoniaux temporaires						Préjudices patrimoniaux permanents						
				DSA-T	Créance	FD-T	Créance	PGPA-T	Créance CPAM	DSF-T	Créance	FLA	FVA	ATP	Créance	
COUR D'APPEL DE NÎMES CHAMBRE CIVILE 1ère Chambre A ARRÊT DU 05 FEVRIER 2015	AT(trajet)		0	56 481,50	56 349,00	3 945,67		45 960,90	42 859,04	13 515,55					0,00	
COUR D'APPEL DE VERSAILLES Code nac : 00A 3e chambre ARRÊT N° CONTRADICTOIRE DU 05 FEVRIER 2015 R.G. N° 12/07459	Agressions	Expertise														
COUR D'APPEL DE VERSAILLES Code nac : 60C 3e chambre ARRÊT N° CONTRADICTOIRE DU 05 FEVRIER 2015 R.G. N° 12/08828	AVC	Réduction de garantie	0	23 636,62	11 132,43	1 089,66		5 286,46	1 558,56	70 548,07				0,00	352 118,20	

Référence arrêt	Domaine	Commentaires	OGROSS appelée O/N	Préjudices patrimoniaux temporaires						Préjudices patrimoniaux permanents								
				DSA-T	Créance	FD-T	Créance	PGPA-T	Créance CPAM	DSF-T	Créance	FLA	FVA	ATP	Créance			
COUR D'APPEL DE VERSAILLES Code nac : 88H CRF 5e Chambre ARRÊT N° CONTRADICTOIRE DU 05 FEVRIER 2015 R.G. N° 13/02478 R.G. N° 13/02886	AT	Pas de créance CPAM	0													55 425,00		
COUR D'APPEL D'AMIENS 1ERE CHAMBRE CIVILE ARRÊT DU SIX FÉVRIER DEUX MILLE QUINZE	AVP	cascadeur professionnel	0	11 350,54	420,00	11 350,54		7 352,00	0,00							0,00		
COUR D'APPEL DE DOUAI TROISIEME CHAMBRE ARRÊT DU 05/02/2015 *** N° MINUTE : 15/89 N° RG : 13/03557	AVP		0	23 681,20	1 240,74	23 681,20		25 234,53	11 691,27	855,46						47 530,02		

Référence arrêt	Domaine	Commentaires	OGROSS appelée O/N	Préjudices patrimoniaux temporaires						Préjudices patrimoniaux permanents							
				DSA-T	Créance	FD-T	Créance	PGPA-T	Créance CPAM	DSF-T	Créance	FLA	FVA	ATP	Créance		
COUR D'APPEL DE PARIS Pôle 6 - Chambre 12 ARRÊT DU 29 janvier 2015 (n° , 7 pages) Numéro d'inscription au répertoire général : S 11/11076	AT	Pas de créance CPAM	0														
COUR D'APPEL DE PARIS Pôle 6 - Chambre 12 ARRÊT DU 05 Février 2015 (n° 194, 6 pages) Numéro d'inscription au répertoire général : S 12/11917	AT	Demande d'expertise	0														
COUR D'APPEL DE PARIS Pôle 2 - Chambre 3 ARRÊT DU 09 FÉVRIER 2015 (n°15 / , 8 pages) Numéro d'inscription au répertoire général : 13/19291	AVP	Aggravation de la situation de la victime	0	28 082,89	27 401,39	3 940,00		25 421,81	25 421,81	10 725,30	1 960,30					1 500,00	

Référence arrêt	Domaine	Commentaires	OGROSS appelée O/N	Préjudices patrimoniaux temporaires						Préjudices patrimoniaux permanents							
				DSA-T	Créance	FD-T	Créance	PGPA-T	Créance CPAM	DSF-T	Créance	FLA	FVA	ATP	Créance		
COUR D'APPEL DE TOULOUSE 1ere Chambre Section 1 *** ARRÊT DU NEUF FEVRIER DEUX MILLE QUINZE	CBV Violences commises		0														
ARRÊT DU 09 Février 2015 FG / NC** RG N° : 13/00477 ARRÊT n° 117-15 COUR D'APPEL D'AGEN Chambre Civile	AVP	Chambre civile	0	13 055,68	13 055,68			10 512,83	4 212,28	4 323,03	233,86				340,00		
COUR D'APPEL DE BESANCON - 172 501 116 00013 - ARRÊT DU 27 JANVIER 2015 CHAMBRE SOCIALE	AT	Pas de créance CPAM	0												3 000,00		
COUR D'APPEL DE MONTPELLIER 1° Chambre Section D ARRÊT DU 10 FEVRIER 2015 Numéro d'inscription au répertoire général : 13/00487	AVC		0	139 740,74	139 740,74	21 904,50	9 104,50	43 344,48	43 344,48	740,96	740,96						

Référence arrêt	Domaine	Commentaires	OGROSS appelée O/N	Préjudices patrimoniaux temporaires					Préjudices patrimoniaux permanents							
				DSA-T	Créance	FD-T	Créance	PGPA-T	Créance CPAM	DSF-T	Créance	FLA	FVA	ATP	Créance	
COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 10e Chambre ARRÊT AU FOND DU 12 FEVRIER 2015 N°2015 /60 Rôle N° 13/14870	AVP	Imputation en cascade	0	28 709,09	28 709,09	1 200,00		18 035,61		0,00						
COUR D'APPEL DE BORDEAUX CHAMBRE SOCIALE - SECTION B ----- ARRÊT DU : 12 FEVRIER 2015 gr (Rédacteur : Madame Catherine MAILLHES, Conseiller) SÉCURITÉ SOCIALE N° de rôle : 13/04625	AT	Renvoi au jugement	0													
COUR D'APPEL DE LYON 6ème Chambre ARRÊT DU 12 Février 2015	AVP		0	13 243,16	13 243,16	645,00		9 354,84		9 354,84						

Référence arrêt	Domaine	Commentaires	OGROSS appelée O/N	Préjudices patrimoniaux temporaires						Préjudices patrimoniaux permanents						
				DSA-T	Créance	FD-T	Créance	PGPA-T	Créance CPAM	DSF-T	Créance	FLA	FVA	ATP	Créance	
COUR D'APPEL DE NANCY première chambre civile ARRÊT N° 15/00354 DU 09 FEVRIER 2015 Numéro d'inscription au répertoire général : 14/00595	AVP		0	70 760,20	70 760,20			15 505,45	13 175,83							
10 FEVRIER 2015 Arrêt n° DA/DB/IM Dossier n°13/01238 SALAISONS DU LIGNON	AT	Demande d'expertise	0													
10 FEVRIER 2015 Arrêt n° JLT/DB/IM Dossier n°13/01904 SA ALLIANZ	AT		0									104 171,00				
R.G : 14/02516 COUR D'APPEL DE ROUEN CHAMBRE CIVILE ET COMMERCIALE ARRÊT DU 12 FEVRIER 2015	AVP		0	144 414,94	144 414,94							32 024,59	6 570,26		79 720,00	

Référence arrêt	Domaine	Commentaires	OGROSS appelée O/N	PGPF	Créance	IP	Créance	PSU	Préjudices extra-patrimoniaux temporaires						Préjudices extra-patrimoniaux permanents									
									DFT-T	Créance	SE	PET	DFF-P	Créance	PA	PEP	PS	PE	PPE					
COUR D'APPEL DE CHAMBÉRY CHAMBRE SOCIALE Sécurité Sociale ARRÊT DU 13 JANVIER 2015 RG : 13/01377 - NH/VA	AT (accident de travail) trajet	absence des frais de soins	0							12 606,00		13 000,00	6 000,00		0,00									
COUR D'APPEL DE CHAMBÉRY CHAMBRE SOCIALE Sécurité Sociale ARRÊT DU 13 JANVIER 2015 RG : 13/01581 - PG/VA	AT		0							955,90		3 500,00			1 500,00									
COUR D'APPEL DE CHAMBÉRY CHAMBRE SOCIALE Sécurité Sociale ARRÊT DU 13 JANVIER 2015 RG : 14/02214 - NH/VA	AT		0							13 494,80		15 000,00	7 000,00		6 000,00			2 000,00						
COUR D'APPEL DE DIJON 1ERE CHAMBRE CIVILE ARRÊT DU 13 JANVIER 2015 N°	AM	Perte de chance de 19%	0							7 850,00		5 700,00	4 165,00											
RÉPERTOIRE GÉNÉRAL N° 13/00608 COUR D'APPEL DE LYON 1ere chambre civile B ARRÊT DU 13 Janvier 2015	AM		0			56 000,00		7 000,00		5 996,76	0,00	4 200,00	350,00		7 000,00	2 800,00								
COUR D'APPEL DE GRENOBLE 1ERE CHAMBRE CIVILE ARRÊT DU MARDI 13 JANVIER 2015	AM		0			15 000,00				3 000,00		6 000,00			3 000,00	3 000,00								
COUR D'APPEL DE GRENOBLE 1ERE CHAMBRE CIVILE ARRÊT DU MARDI 13 JANVIER 2015	AM		0							6 030,00		15 000,00			0,00			4 500,00					0,00	
COUR D'APPEL DE LYON Sécurité sociale ARRÊT DU 13 JANVIER 2015 RG : 13/08308	Maladie prof	Aucune créance dommée	0									100 000,00	5 000,00		8 000,00									
COUR D'APPEL DE LYON RG : 14/02972 Sécurité sociale ARRÊT DU 13 JANVIER 2015	AT		0							5 930,00		8 000,00	3 000,00		3 000,00									
COUR D'APPEL DE RENNES ARRÊT DU 14 JANVIER 2015 V	AT		0							1 753,00		4 500,00	1 000,00		1 828,69	1 400,00								
COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 10e Chambre ARRÊT AU FOND DU 15 JANVIER 2015 N° 2015/011	AVP		0	0,00		0,00				2 145,00		8 000,00			7 220,00									
COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 3e Chambre B ARRÊT AU FOND DU 15 JANVIER 2015 N° 2015/011 Rôle N° 12/14826	Avc (Accident vie courante)	chute de vélo : pas de tiers responsable	0																					
COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 10e Chambre ARRÊT AU FOND DU 15 JANVIER 2015 N° 2015/11 Rôle N° 13/04878	Avc (Accident vie courante)	échanges de coups- Agent judiciaire de l'Etat	0									1 550,00			1 610,00									
COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 10e Chambre ARRÊT AU FOND FT AVANT DIRE DROIT DU 15 JANVIER 2015 N° 2015/14 Rôle N° 13/08394	Avc (Accident vie courante)		0							20 535,00		28 000,00	21 300,00		30 000,00	15 950,00							25 000,00	

Référence arrêt	Domaine	Commentaires	OGROSS appelée O/N	PGPF	Créance	IP	Créance	PSU	Préjudices extra-patrimoniaux temporaires			Préjudices extra-patrimoniaux permanents							
									DFT-T	Créance	SE	PET	DFP-P	Créance	PA	PEP	PS	PE	PPE
COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 10e Chambre ARRÊT AU FOND DU 15 JANVIER 2015 N° 2015/17 Rôle N° 13/13247	AVP (accident vote publique)	enfant de 11 ans	0						750,00		5 300,00		1 700,00						
COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 10e Chambre ARRÊT AU FOND DU 15 JANVIER 2015 N° 2015/3 Rôle N° 13/15274	AM	Dentiste	0						2 680,00		4 000,00		4 500,00	0,00			0,00		
COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 10e Chambre ARRÊT AU FOND DU 15 JANVIER 2015 N° 2015/5 Rôle N° 13/18564	AVP		0						2 393,50		4 000,00		11 800,00	875,00			0,00		
COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 10e Chambre ARRÊT AU FOND DU 15 JANVIER 2015 N° 2015/6 Rôle N° 13/19970	Ave (Accident vie courante)	Aucune responsabilité engagée	0																
COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 10e Chambre ARRÊT AU FOND DU 15 JANVIER 2015 N° 2015/13 Rôle N° 14/06611	AM	RSI + CPAM ; perte de chance de 60%	0						2 730,00		7 200,00		4 800,00	3 000,00					
COUR D'APPEL DE LYON 6ème Chambre ARRÊT DU 15 Janvier 2015	Ave (Accident vie courante)	coups portés	0						25,00		2 500,00	1 500,00							
COUR D'APPEL DE NIMES CHAMBRE CIVILE 1ère Chambre A ARRÊT DU 15 JANVIER 2015	AVP	Absence d'éléments chiffrés- renvoi au TGI	0																
COUR D'APPEL D'AMIENS 1ERE CHAMBRE CIVILE ARRÊT DU SEIZE JANVIER DEUX MILLE QUINZE Numéro d'inscription de l'affaire au répertoire général de la cour: 13/02044	AVC	Chute/ pas de créance CPAM	0			5 000,00			200,00		1 500,00			1 500,00					
COUR D'APPEL D'AMIENS 1ERE CHAMBRE CIVILE ARRÊT DU SEIZE JANVIER DEUX MILLE QUINZE Numéro d'inscription de l'affaire au répertoire général de la cour: 13/02951	AM		0						2 500,00		3 933,50	500,00	4 864,00	4 000,00					
COUR D'APPEL DE PARIS Pôle 2 - Chambre 2 ARRÊT DU 16 JANVIER 2015 Numéro d'inscription au répertoire général : 13/19013	AM	Pour expertise	0																
13 JANVIER 2015 /RIOM Arrêt n° IJT/NS/NB Dossier n°12/00954	AT	Aucune créance	0						2 239,05		5 000,00			3 000,00	2 000,00				3 000,00

Référence arrêt	Domaine	Commentaires	OGROSS appelée O/N	PGPF	Créance	IP	Créance	PSU	Préjudices extra-patrimoniaux temporaires						Préjudices extra-patrimoniaux permanents					
									DFT-T	Créance	SE	PET	DFF-P	Créance	PA	PEP	PS	PE	PPE	
COUR D'APPEL DE BESANÇON - 172 501 116 00013 - ARRÊT DU 20 JANVIER 2015 PREMIÈRE CHAMBRE CIVILE ET COMMERCIALE	Avc (Accident vie courante)	évolution des débours CPAM	0	183 304,80	74 106,84	40 000,00				6 919,50		18 000,00		52 500,00	10 000,00	15 000,00				
COUR D'APPEL DE BORDEAUX CHAMBRE SOCIALE - SECTION B ----- ARRÊT DU : 22 JANVIER 2015 (Rédacteur: Madame Elisabeth LARSABAL, Présidente) SECURITE SOCIALE N° de rôle : 14/03222	AT	Maladie pro - arrêt partiel	0								18 000,00									
COUR D'APPEL DE CHAMBERY 2ème Chambre Arrêt du jeudi 22 Janvier 2015 RG : 14/00280	Avc (Accident vie courante)	Accident de ski- 12 ans / provisions	0																	
COUR D'APPEL DE LYON 6ème Chambre ARRÊT DU 22 Janvier 2015	AT (trajet)	Rente AT s'imputant sur le DFP	0	172 693,13	172 693,13	0,00				13 759,60		30 000,00		198 000,00	10 000,00	3 000,00		10 000,00		
COUR D'APPEL DE LYON 6ème Chambre ARRÊT DU 22 Janvier 2015	AT (trajet)	rente AT de 46 391,27	0							5 250,00		15 000,00		25 000,00	7 750,00	5 000,00				
COUR D'APPEL DE PARIS Pôle 2 - Chambre 2 ARRÊT DU 23 JANVIER 2015 (n° 2015-, 9 pages) Numéro d'inscription au répertoire général : 13/16813	AM	Aucune créance de la CPAM	0							750,00		7 000,00				4 000,00				
ARRÊT N°14/00568 COUR D'APPEL DE METZ 1ère Chambre ARRÊT DU 20 JANVIER 2015	AM	Indemnisation 30 000 (mort)	0							86,80		4 000,00			30 000,00					
CA ORLEANS ARRÊT du : 26 JANVIER 2015 N° : - N° RG : 14/00150 & 14/00462	AM		0	39 664,33	39 664,33	30 000,00				7 751,00		20 000,00		99 000,00	10 000,00	15 000,00		4 000,00		
COUR D'APPEL DE PARIS Pôle 2 - Chambre 3 ARRÊT DU 26 JANVIER 2015 (n°15/, 7 pages) Numéro d'inscription au répertoire général : 13/18298	AVP		0			10 000,00				8 222,00		25 000,00		16 000,00	0,00	15 000,00				
COUR D'APPEL DE PARIS Pôle 6 - Chambre 12 ARRÊT DU 26 Janvier 2015 (n° , 5 pages) Numéro d'inscription au répertoire général : S 14/03052	AT	Expertise	0																	
COUR D'APPEL DE GRENOBLE 2EME CHAMBRE CIVILE ARRÊT DU MARDI 27 JANVIER 2015	AVP	Créance de 42935,36 présentée par la CPAM; le juge ne donne pas de DSA	0									5 000,00		4 500,00		500,00				
COUR D'APPEL DE RENNES ARRÊT DU 28 JANVIER 2015	AM	Arrêt revient après une cassation/ perte de chance de 80%	0	140 033,99	128 725,43					4 416,00		4 800,00		90 000,00	6 400,00	1 200,00		9 600,00		
Numéro 15/00387 COUR D'APPEL DE PAU Chambre sociale ARRÊT DU 29/01/2015	AT		0							19 730,00		20 000,00			5 000,00	12 000,00				

Référence arrêt	Domaine	Commentaires	OGROSS appelée O/N	PGPF	Créance	IP	Créance	PSU	Préjudices extra-patrimoniaux temporaires			Préjudices extra-patrimoniaux permanents							
									DFT-T	Créance	SE	PET	DFP-P	Créance	PA	PEP	PS	PE	PPE
COUR D'APPEL/ DU 29 JANVIER 2015 DE VERSAILLES Code nac : 63A 3e chambre	AM	Perte de chance de 50%	0			20 000,00				2 475,00		7 500,00	4 000,00	24 200,00			15 000,00		
COUR D'APPEL 29 JANVIER 2015 DE VERSAILLES Code nac : 89A CRF 5e Chambre	AT	Médecine du travail	0							8 200,00		28 000,00	5 000,00		10 000,00		6 500,00	8 000,00	
COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 10e Chambre ARRÊT AU FOND DU 30 JANVIER 2015 N° 2015/37 Rôle N° 10/20180	AVP	CPAM/RSI/CARMF - pas de DSA ni de SE, PS ou PE	0	1 035 594,00	2 67 372,98	80 000,00	20 654,62							207 200,00	0,00				
COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 10e Chambre ARRÊT AU FOND DU 30 JANVIER 2015 N°2015/44 Rôle N° 13/22610	AVP		0							3 800,00		6 000,00		6 200,00			2 500,00	0,00	
COUR D'APPEL DE DOUAI TROISIEME CHAMBRE ARRÊT DU 22/01/2015 *** N° MINUTE : 15/54 N° RG : 14/00463	AM	Confirmation du jugement	0							196,00		2 500,00					1 500,00		
COUR D'APPEL DE DOUAI TROISIEME CHAMBRE ARRÊT DU 22/01/2015 *** N° MINUTE : 15/41 N° RG : 14/00544	AVC (cyle)		0							825,00		2 500,00	1 500,00						
COUR D'APPEL DE NANCY première chambre civile ARRÊT N° /2015 DU 26 JANVIER 2015 Numéro d'inscription au répertoire général : 13/02327	AVC	chute d'un plancher de 3,5M	0							2 592,50		2 500,00	1 000,00	7 500,00			1 500,00		

Référence arrêt	Domaine	Commentaires	OGROSS appelée O/N	PGPF	Créance	IP	Créance	PSU	Préjudices extra-patrimoniaux temporaires			Préjudices extra-patrimoniaux permanents								
									DFT-T	Créance	SE	PET	DFP-P	Créance	PA	PEP	PS	PE	PPE	
CA TOULOUSE 30/01/2015 ARRÊT N° N° RG : 13/02514	AT	Renvoi au jugement du TGI non disponible/ provision de 50 000/ éléments de préjudice à préciser	0																	
CA CAEN ARRÊT DU 02 Février 2015 TP / NC** RG N° : 13/01445	AVP		0							2 760,80	8 000,00	565,29	6 105,10	1 000,00						
COUR D'APPEL DE BESANCON - 172 501 116 00013 - ARRÊT DU 06 JANVIER 2015 CHAMBRE SOCIALE	AT (maladie pro)		0			20 000,00				7 935,00	3 000,00								10 000,00	
CA ORLEANS ARRÊT du : 02 FEVRIER 2015 (CBV Violences commises N° : - N° RG : 13/03862			0							1 081,00	3 800,00	300,00	6 000,00				500,00			
COUR D'APPEL DE PARIS Pôle 2 - Chambre 3 ARRÊT DU 02 FEVRIER 2015 (n°15/ / 7 pages) Numéro d'inscription au répertoire général : 10/19950	AVP		0			15 000,00	15 000,00			7 980,00	15 000,00	3 000,00	44 600,00	0,00			3 500,00			40 663,24

Référence arrêt	Domaine	Commentaires	OGROSS appelée O/N	PGPF	Créance	IP	Créance	PSU	Préjudices extra-patrimoniaux temporaires			Préjudices extra-patrimoniaux permanents						
									DFT-T	Créance	SE	PET	DFP-P	Créance	PA	PEP	PS	PE	PPE
COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 10e Chambre ARRÊT AU FOND DU 05 FEVRIER 2015 N° 2015/46 Rôle N° 13/07990	AT	pas de créance	0	0,00	0,00	0,00			13 300,00	4 000,00	1 000,00	13 950,00	0,00	1 500,00				
COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 10e Chambre ARRÊT AU FOND DU 05 FEVRIER 2015 N° 2015/48 Rôle N° 13/11496	AVC (skt)		0	0,00	0,00				5 840,00	7 700,00	700,00	6 250,00	6 000,00	1 750,00				
COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 10e Chambre ARRÊT AU FOND DU 05 FEVRIER 2014 N° 2014/55 Rôle N° 13/12234	AM	Perte de chance de 80%	0	26 614,47	26 614,47				8 000,00	24 000,00	4 000,00	176 394,37	0,00	16 000,00	20 000,00			
COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 10e Chambre ARRÊT AU FOND DU 05 FEVRIER 2015 N° 2015/49 Rôle N° 13/12701	AVP		0	0,00	15 000,00				11 733,32	15 900,00		21 581,00	6 000,00	4 500,00	0,00			
COUR D'APPEL de CHAMBÉRY 2ème Chambre Arrêt du Jeudi 05 février 2015 RG : 13/02181	AVC (skt)		0						1 757,80	3 000,00		2 190,00		800,00				

Référence arrêt	Domaine	Commentaires	OGROSS appelée O/N	PGPF	Créance	IP	Créance	PSU	Préjudices extra-patrimoniaux temporaires			Préjudices extra-patrimoniaux permanents								
									DFT-T	Créance	SE	PET	DFF-P	Créance	PA	PEP	PS	PE	PPE	
COUR D'APPEL DE VERSAILLES Code nac : 60C 3e chambre ARRÊT N° CONTRADICTOIRE DU 05 FEVRIER 2015 R.G. N° 12/08828	AVC	Réduction de garantie	0			26 666,00			5 088,00		20 000,00	13 333,00		10 000,00				3 333,00		
COUR D'APPEL DE VERSAILLES Code nac : 88H CRF 5e Chambre ARRÊT N° CONTRADICTOIRE DU 05 FEVRIER 2015 R.G. N° 13/02478 R.G. N° 13/02886	AT	Pas de créance CPAM	0								50 000,00	18 000,00		25 000,00				15 000,00		0,00
COUR D'APPEL D'AMIENS 1ERE CHAMBRE CIVILE ARRÊT DU SIX FEVRIER DEUX MILLE QUINZE	AVP	cascaueur professionnel	0	54 622,01		200 000,00			26 124,55		5 000,00	0,00		15 000,00			4 000,00			0,00
COUR D'APPEL DE DOUAI TROISIEME CHAMBRE ARRÊT DU 05/02/2015 *** N° MINUTE : 15/89 N° RG : 13/03557	AVP		0	54 622,01	0,00	10 000,00			9 166,67		5 000,00			1 500,00			2 000,00			

Référence arrêt	Domaine	Commentaires	OGROSS appelée O/N	PGPF	Créance	IP	Créance	PSU	Préjudices extra-patrimoniaux temporaires			Préjudices extra-patrimoniaux permanents							
									DFT-T	Créance	SE	PET	DFP-P	Créance	PA	PEP	PS	PE	PPE
COUR D'APPEL DE PARIS Pôle 6 - Chambre 12 ARRÊT DU 29 Janvier 2015 (n° : 4 pages) Numéro d'inscription au répertoire général : S 11/11201	AT	Aucun montant	0																
COUR D'APPEL DE BORDEAUX CINQUIEME CHAMBRE CIVILE ----- ARRÊT DU : 11 février 2015 (Rédacteur : Madame Béatrice SALLABERRY, Conseiller.) N° de rôle : 13/5617 - jonction avec 13/5636	AVC	Fonds de garantie																	
COUR D'APPEL DE BORDEAUX CINQUIEME CHAMBRE CIVILE ----- ARRÊT DU : 11 février 2015 (Rédacteur : Madame Béatrice SALLABERRY, Conseiller.) N° de rôle : 14/429 Madame Khadra MEDJAHIDI	AVC	une gifle	0							839,50	3 000,00			2 200,00			500,00		

Référence arrêt	Domaine	Commentaires	OGROSS appelée O/N	PGPF	Créance	IP	Créance	PSU	Préjudices extra-patrimoniaux temporaires			Préjudices extra-patrimoniaux permanents							
									DFT-T	Créance	SE	PET	DFP-P	Créance	PA	PEP	PS	PE	PPE
COUR D'APPEL DE RENNES ARRÊT DU 11 FEVRIER 2015	AT	Aucun montant	0																
COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 10e Chambre ARRÊT AU FOND DU 12 FEVRIER 2015 N°2015/64 Rôle N° 13/15650	AM	Pas de responsable	0																
COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 10e Chambre ARRÊT AU FOND DU 12 FEVRIER 2015 N°2015/60 Rôle N° 13/14870	AVP	Imputation en cascade	0	63 589,06	63 589,06	80 000,00	80 000,00	80 000,00		6 213,50	9 000,00	1 500,00	13 120,00	13 120,00	500,00	2 000,00		1 000,00	
COUR D'APPEL DE BORDEAUX CHAMBRE SOCIALE - SECTION B ARRÊT DU : 12 FEVRIER 2015 gr (Rédacteur : Madame Catherine MAILHES, Conseiller) SÉCURITÉ SOCIALE N° de rôle : 13/04625	AT	Renvoi au jugement	0								10 000,00	1 000,00							
COUR D'APPEL DE LYON 6ème Chambre ARRÊT DU 12 Février 2015	AVP		0			10 000,00	10 000,00	10 000,00		3 665,00	6 000,00		20 400,00	16 742,36		3 000,00			

Référence arrêt	Domaine	Commentaires	OGROSS appelée O/N	PGPF	Créance	IP	Créance	PSU	Préjudices extra-patrimoniaux temporaires			Préjudices extra-patrimoniaux permanents						
									DFT-T	Créance	SE	PET	DFP-P	Créance	PA	PEP	PS	PE
COUR D'APPEL DE NANCY première chambre civile ARRÊT N° 15/00354 DU 09 FEVRIER 2015 Numéro d'inscription au répertoire général : 14/00595	AVP		0		15 000,00	15 000,00	15 000,00		8 085,00		600,00	27 844,87	17 844,87	6 000,00	3 000,00			
10 FEVRIER 2015 Arrêt n° DA/DB/IM Dossier n°13/01238 SALAISONS DU LIGNON	AT	Demande d'expertise	0															
10 FEVRIER 2015 Arrêt n° JLT/DB/IM Dossier n°13/01904 SA ALLIANZ	AT		0		0,00	0,00			10 658,40	20 000,00			10 000,00		2 000,00	3 000,00		
R.G : 14/02516 COUR D'APPEL DE ROUEN CHAMBRE CIVILE ET COMMERCIALE ARRÊT DU 12 FEVRIER 2015	AVP		0						11 277,20	25 000,00	4 000,00	81 250,00			7 000,00			
COUR D'APPEL DE PARIS Pôle 2 - Chambre 3 ARRÊT DU 16 FEVRIER 2015 (n°15/ / 9 pages) Numéro d'inscription au répertoire général : 13/24412	AVC		0	0,00	60 000,00			0,00	7 575,00	8 000,00	2 000,00	75 000,00	6 000,00	2 300,00				

Référence arrêt	Domaine	Commentaires	OGROSS appelée O/N	PGPF	Créance	IP	Créance	PSU	Préjudices extra-patrimoniaux temporaires			Préjudices extra-patrimoniaux permanents									
									DFT-T	Créance	SE	PET	DFP-P	Créance	PA	PEP	PS	PE	PPE		
14/01182 (Nancy)	CBV	Renvoi après cassation pas exploitable																			
14/01169 (Poitiers)	AVP					0,00				1 475,00	6 000,00	800,00	4 500,00	0,00							

Référence arrêt	Domaine	Commentaires	OGROSS appelée O/N	Pansxété	Atteinte à l'intégrité physique	Total indem.	Total créance indemnisée	Créance produite	Total indem hors cré indem	Ratio cré indem/total indem	Partage de responsabilité (taux pour la personne qui n'est pas le tiers - victime)	Taux AIPP (%)	Rente	Victimes par ricochet (montants totaux)
R.G : 13 /00860 COUR D'APPEL DE REIMS CHAMBRE CIVILE-1 ^{er} SECTION ARRÊT DU 06 JANVIER 2015	AT (accident de travail) trajet		0	0,00		142 470,00	59 100,00	59 100,00	83 370,00	0,41				
R.G : 13 /01202 COUR D'APPEL DE REIMS CHAMBRE CIVILE-1 ^{er} SECTION ARRÊT DU 06 JANVIER 2015	AM	Renvoi au jugement du TGI non disponible	0			0,00	0,00	0,00	0,00	-				
COUR D'APPEL DE BORDEAUX CINQUIÈME CHAMBRE CIVILE ARRÊT DU : 07 janvier 2015 (Rédacteur : Madame Henriette FILHOUSE, Président.) N° de rôle : 13/2399	AVP (accident voie publique)	Renvoi au jugement du TGI non disponible	0			0,00	0,00	0,00	0,00	-				
COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 10e Chambre ARRÊT AU FOND DU 08 JANVIER 2015 N° 2015/1 Rôle N° 13/06981	AVP		0		0,00	1 464 751,00	924 247,00		540 504,00	0,63				
COUR D'APPEL de CHAMBÉRY 2ème Chambre Arrêt du Jeudi 08 janvier 2015 RG : 14/00285	AVP	Renvoi au jugement du TGI non disponible	0			0,00	0,00		0,00	-				
COUR D'APPEL DE PARIS Pôle 2 - Chambre 2 ARRÊT DU 09 JANVIER 2015 Numéro d'inscription au répertoire général : 13/15489	AM	pas de créance CPAM	0			1 134 117,04	0,00		1 134 117,04	0,00		0,95	Oui	
COUR D'APPEL DE PARIS Pôle 2 - Chambre 2 ARRÊT DU 09 JANVIER 2015 Numéro d'inscription au répertoire général : 13/17190	AM	Dentiste	0			30 800,00	6 199,34		24 600,66	0,20				
COUR D'APPEL DE PARIS Pôle 2 - Chambre 2 ARRÊT DU 09 JANVIER 2015 Numéro d'inscription au répertoire général : 13/18966	AM	Victimes par ricochet en plus: Pension d'invalidité non présentée par l'État.	0			323 343,86	267 788,86	55 555,00	55 555,00	0,83				23 000,00
COUR D'APPEL DE COLMAR CHAMBRE SOCIALE- SECTION SB ARRÊT DU 08 janvier 2015 Numéro d'inscription au répertoire général : 4 SB 13/04903	AT (accident de travail) taux d'incapacité permanente partielle de 50 %	voir la décision différée : toutes les dépenses de santé ne sont pas précisées dans cet arrêt	0			69 866,63	0,00		69 866,63	0,00				
COUR D'APPEL DE PARIS Pôle 2 - Chambre 3 ARRÊT DU 12 JANVIER 2015 Numéro d'inscription au répertoire général : 13/02493	AVP (accident de la circulation)		0			23 885,02	3 464,43		20 420,59	0,15		0,04		

Référence arrêt	Domaine	Commentaires	OGRSS appelée O/N	Panxioté	Atteinte à l'intégrité physique	Total indem.	Total créance indemnisée	Créance produite	Total indem hors cré indem	Ratio cré indem/total indem	Partage de responsabilité (taux pour la personne qui n'est pas le tiers - victime)	Taux AIPP (%)	Rente	Victimes par ricochet (montants totaux)
COUR D'APPEL D'AMIENS 5ème chambre sociale cabinet B SECURITE SOCIALE ARRÊT DU 13 JANVIER 2015	AT (accident du travail)		0			18 265,00	0,00	0,00	18 263,00	0,00		0,25		
COUR D'APPEL DE CAEN PREMIÈRE CHAMBRE CIVILE ARRÊT DU 13 JANVIER 2015 AFFAIRE : N° RG 10/03396	Avc (Accident vie courante)	chute de trois mètres - discothèque	0			1 707 193,17	402 109,31		1 305 083,86	0,24	0,50			
COUR D'APPEL DE CAEN PREMIÈRE CHAMBRE CIVILE ARRÊT DU 13 JANVIER 2015 AFFAIRE : N° RG 12/02387	AM	Renvoi au jugement du TGI non disponible	0			0,00	0,00	0,00	0,00	-				
COUR D'APPEL DE CHAMBÉRY CHAMBRE SOCIALE Sécurité Sociale ARRÊT DU 13 JANVIER 2015 RG : 13/01377 - NH/VA	AT (accident de travail) trajet	absence des frais de soins	0			31 606,00	0,00	0,00	31 606,00	0,00				
COUR D'APPEL DE CHAMBÉRY CHAMBRE SOCIALE Sécurité Sociale ARRÊT DU 13 JANVIER 2015 RG : 13/01581 - PG/VA	AT		0			5 955,90	0,00	0,00	5 955,90	0,00				
COUR D'APPEL DE CHAMBÉRY CHAMBRE SOCIALE Sécurité Sociale ARRÊT DU 13 JANVIER 2015 RG : 14/02214 - NH/VA	AT		0			63 981,20	0,00	0,00	63 981,20	0,00		0,04		
COUR D'APPEL DE DIJON 1ère CHAMBRE CIVILE ARRÊT DU 13 JANVIER 2015 N° RÉPERTOIRE GÉNÉRAL N° 13/00608	AM	Perte de chance de 19%	0			123 254,25	102 065,25		21 189,00	0,83				123 480,12
COUR D'APPEL DE LYON 1ère chambre civile B ARRÊT DU 13 Janvier 2015	AM		0			282 031,21	3 246,74		278 784,47	0,01			oui (rente trimestrielle) 4 500	4 900,00
COUR D'APPEL DE GRENOBLE 1ère CHAMBRE CIVILE ARRÊT DU MARDI 13 JANVIER 2015	AM		0			40 833,36	3 333,36		37 500,00	0,08				
COUR D'APPEL DE GRENOBLE 1ère CHAMBRE CIVILE ARRÊT DU MARDI 13 JANVIER 2015	AM		0			333 518,23	0,00		333 518,23	0,00				
COUR D'APPEL DE LYON Sécurité sociale ARRÊT DU 13 JANVIER 2015 RG : 13/08308	Maladie prof	Aucune créance donnée	0			113 000,00	0,00	0,00	113 000,00	0,00		0,90		64 000,00
COUR D'APPEL DE LYON RG : 14/02972 Sécurité sociale ARRÊT DU 13 JANVIER 2015	AT		0			19 930,00	0,00	0,00	19 930,00	0,00				
COUR D'APPEL DE RENNES ARRÊT DU 14 JANVIER 2015 V	AT		0			35 067,00	6 622,01		28 444,99	0,19				

Référence arrêt	Domaine	Commentaires	OGROSS appelée O/N	Pansxité	Atteinte à l'intégrité physique	Total indem.	Total créance indemnisée	Créance produite	Total indem hors cré indem	Ratio cré indem/total indem	Partage de responsabilité (taux pour la personne qui n'est pas le tiers - victime)	Taux AIPP (%)	Rente	Victimes par ricochet (montants totaux)
COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 10e Chambre ARRÊT AU FOND DU 15 JANVIER 2015 N° 2015/2	AVP		0			61 579,05	22 607,28		38 971,77	0,37				
COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 3e Chambre B ARRÊT AU FOND DU 15 JANVIER 2015 N° 2015/011 Rôle N° 12/14826	Avc (Accident vie courante)	chute de vélo : pas de tiers responsable	0			0,00	0,00	0,00	0,00	-				
COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 10e Chambre ARRÊT AU FOND DU 15 JANVIER 2015 N° 2015/11 Rôle N° 13/04878	Avc (Accident vie courante)	échanges de coups- Agent judiciaire de l'État	0			3 160,00	0,00		3 160,00	0,00	0,50	0,02		
COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 10e Chambre ARRÊT AU FOND ET AVANT DIRE DROIT DU 15 JANVIER 2015 N° 2015/14 Rôle N° 13/08394	Avc (Accident vie courante)		0			2 064 308,74	93 738,18		1 970 570,56	0,05				20 000,00
COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 10e Chambre ARRÊT AU FOND DU 15 JANVIER 2015 N° 2015/17 Rôle N° 13/13247	AVP (accident voie publique)	enfant de 11 ans	0			13 333,91	3 733,91		9 600,00	0,28				
COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 10e Chambre ARRÊT AU FOND DU 15 JANVIER 2015 N° 2015/3 Rôle N° 13/15274	AM	Dentiste	0			18 470,46	1 313,24		17 157,22	0,07		0,04		
COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 10e Chambre ARRÊT AU FOND DU 15 JANVIER 2015 N° 2015/5 Rôle N° 13/18564	AVP		0			125 866,00	25 197,50		100 668,50	0,20	0,50			

Référence arrêt	Domaine	Commentaires	OGROSS appelée O/N	Panxsiété	Atteinte à l'intégrité physique	Total indem.	Total créance indemnisée	Créance produite	Total indem hors cré indem	Ratio cré indem/total indem	Partage de responsabilité (taux pour la personne qui n'est pas le tiers - victime)	Taux AIPP (%)	Rente	Victimes par ricochet (montants totaux)
COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 10e Chambre ARRÊT AU FOND DU 15 JANVIER 2015 N° 2015/6 Rôle N° 13/19970	Avc (Accident vie courante)	Aucune responsabilité engagée	0			0,00	0,00		0,00	-				
COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 10e Chambre ARRÊT AU FOND DU 15 JANVIER 2015 N° 2015/13 Rôle N° 14/06611	AM	RSI + CPAM ; perte de chance de 60%	0			41 335,26	16 820,12		24 515,14	0,41				
COUR D'APPEL DE LYON 6ème Chambre ARRÊT DU 15 janvier 2015	Avc (Accident vie courante)	coups portés	0			4 209,12	184,12		4 025,00	0,04		0,00		
COUR D'APPEL DE NÎMES CHAMBRE CIVILE 1ère Chambre A ARRÊT DU 15 JANVIER 2015	AVP	Absence d'éléments chiffrés: renvoi au TGI	0			0,00	0,00		0,00	-				
COUR D'APPEL D'AMIENS 1ERE CHAMBRE CIVILE ARRÊT DU SEIZE JANVIER DEUX MILLE QUINZE Numéro d'inscription de l'affaire au répertoire général de la cour : 13/02044	AVC	Chute/ pas de créance CPAM	0			9 060,34	0,00		9 060,34	0,00		0,05		
COUR D'APPEL D'AMIENS 1ERE CHAMBRE CIVILE ARRÊT DU SEIZE JANVIER DEUX MILLE QUINZE Numéro d'inscription de l'affaire au répertoire général de la cour : 13/02951	AM		0			32 720,35	27 739,50		4 980,85	0,85				
COUR D'APPEL DE PARIS Pôle 2 - Chambre 2 ARRÊT DU 16 JANVIER 2015 Numéro d'inscription au répertoire général : 13/19013	AM	Pour expertise	0			0,00	0,00		0,00	-				
13 JANVIER 2015 /RIOM Arrêt n° JLT/NS/NB Dossier n°12/00954	AT	Aucune créance	0			15 239,05	0,00		15 239,05	0,00				
13 JANVIER 2015 RIOM Arrêt n° FM/NS/NB Dossier n°13/02858	AT	Aucune créance	0			0,00	0,00		0,00	-				
CA TOULOUSE 16/01/2015 ARRÊT N° N° RG : 14/01071	AT	Aucune créance. Taux d'incapacité de 95%	0			119 926,54	0,00		119 926,54	0,00				
COUR D'APPEL DE LYON 1ère chambre civile B ARRÊT DU 20 janvier 2015	Avc (Accident vie courante) ski		0			93 224,16	28 383,58		64 840,58	0,30		0,12		180,00

Référence arrêt	Domaine	Commentaires	OGRSS appelée O/N	Panxiété	Atteinte à l'intégrité physique	Total indem.	Total créance indemnisée	Créance produite	Total indem hors cré indem	Ratio cré indem/total indem	Partage de responsabilité (taux pour la personne qui n'est pas le tiers - victime)	Taux AIPP (%)	Rente	Victimes par ricochet (montants totaux)
COUR D'APPEL DE METZ RENVOI APRÈS CASSATION ARRÊT DU 20 JANVIER 2015	AT	Aucune créance	0			36 000,00	0,00		36 000,00	0,00				
COUR D'APPEL DE PARIS Pôle 2 - Chambre 3 ARRÊT DU 19 JANVIER 2015	Avc (Accident vie courante) - enfant	Mineur	0			2 844 440,72	1 094 657,35		1 749 783,37	0,38		0,97		132 483,65
COUR D'APPEL DE GRENOBLE 2EME CHAMBRE CIVILE ARRÊT DU MARDI 20 JANVIER 2015	Avc (Accident vie courante) - achat de fauteuil- eczéma aigu	Affaire Conforama/ manque les deux semaines d'hospitalisation dans l'arrêt	0			13 886,89	0,00		13 886,89	0,00		0,10		
COUR D'APPEL DE GRENOBLE CHAMBRE SOCIALE SECTION A ARRÊT DU MARDI 20 JANVIER 2015	AT	Aucune créance	0			7 000,00	0,00		7 000,00	0,00				
COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 10e Chambre ARRÊT AU FOND DU 22 JANVIER 2015 N° 2015/20 Rôle N° 13/09179	AVP		0			112 291,24	44 844,82		67 446,42	0,40				
COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 10e Chambre ARRÊT AU FOND DU 22 JANVIER 2015 N° 2015/33 Rôle N° 13/13898	AVP	OGRSS appelé en première instance/ renvoi au TGI	N			5 141,41	1 851,41		3 290,00	0,36		0,04		
COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 10e Chambre ARRÊT AU FOND DU 22 JANVIER 2015 N° 2015/25 Rôle N° 13/14903	Avc (Accident vie courante)	Chute d'escalier/ pas de tiers	0			0,00	0,00		0,00	-				
COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 10e Chambre ARRÊT AU FOND DU 22 JANVIER 2015 N° 2015/26 Rôle N° 13/15710	AVP		0			27 089,21	3 889,21		23 200,00	0,14		0,05		
COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 10e Chambre ARRÊT AU FOND DU 22 JANVIER 2015 N° 2015/27 Rôle N° 13/16209	Avc (Accident vie courante)	chasse	0			506 352,78	301 929,54		204 423,24	0,60		0,25		

Référence arrêt	Domaine	Commentaires	OGRSS appelée O/N	Panxioté	Atteinte à l'intégrité physique	Total indem.	Total créance indemnisée	Créance produite	Total indem hors cré indem	Ratio cré indem/total indem	Partage de responsabilité (taux pour la personne qui n'est pas le tiers - victime)	Taux AIPP (%)	Rente	Victimes par ricochet (montants totaux)
COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 10e Chambre ARRÊT AU FOND DU 22 JANVIER 2015 N° 2015/30 Rôle N° 13/17652	AVP	Rente TP de 1095/ mois viager valorisée 209 201,94	0			830 803,15	202 981,23		627 821,92	0,24		0,60		
COUR D'APPEL DE BESANÇON - 172 501 116 00013 - ARRÊT DU 20 JANVIER 2015 PREMIÈRE CHAMBRE CIVILE ET COMMERCIALE	Avc (Accident vie courante)	évolution des débours CPAM	0			447 683,64	167 052,68		280 630,96	0,37		0,35		
COUR D'APPEL DE BORDEAUX CHAMBRE SOCIALE - SECTION B ***** ARRÊT DU : 22 JANVIER 2015 (Rédacteur : Madame Elisabeth LARSABAL, Présidente) SÉCURITÉ SOCIALE N° de rôle : 14/03222	AT	Maladie pro - arrêt partiel	0			18 000,00	0,00		18 000,00	0,00		0,05		
COUR D'APPEL de CHAMBÉRY 2ème Chambre Arrêt du Jeudi 22 janvier 2015 RG : 14/00280	Avc (Accident vie courante)	Accident de ski. 12 ans / provisions	0			0,00	0,00		0,00	-				
COUR D'APPEL DE LYON 6ème Chambre ARRÊT DU 22 janvier 2015	AT (trajet)	Rente AT s'imputant sur le DEP	0			1 160 234,27	511 191,74		649 042,53	0,44		0,66		38 000,00
COUR D'APPEL DE LYON 6ème Chambre ARRÊT DU 22 Janvier 2015	AT (trajet)	rente AT de 46 391,27	0			112 847,45	69 370,65		43 476,80	0,61		0,15		
COUR D'APPEL DE PARIS Pôle 2 - Chambre 2 ARRÊT DU 23 JANVIER 2015 (n° 2015-, 9 pages) Numéro d'inscription au répertoire général : 13/16813	AM	Aucune créance de la CPAM	0			20 590,00	0,00		20 590,00	0,00				
ARRÊT N°14/00568 COUR D'APPEL DE METZ 1ère Chambre ARRÊT DU 20 JANVIER 2015	AM	Indemnisation 30 000 (mort)	0			34 086,80	0,00		34 086,80	0,00				96 007,37
CA ORLEANS ARRÊT du : 26 JANVIER 2015 N° : - N° RG : 14/00150 & 14/00462	AM		0			533 198,77	260 008,65		273 190,12	0,49		0,45		
COUR D'APPEL DE PARIS Pôle 2 - Chambre 3 ARRÊT DU 26 JANVIER 2015 (n°15/, 7 pages) Numéro d'inscription au répertoire général : 13/18298	AVP		0			194 044,98	112 774,98		81 270,00	0,58				

Référence arrêt	Domaine	Commentaires	OGROSS appelée O/N	Panxiété	Atteinte à l'intégrité physique	Total indem.	Total créance indemnisée	Créance produite	Total indem hors cré indem	Ratio cré indem/total indem	Partage de responsabilité (taux pour la personne qui n'est pas le tiers - victime)	Taux AIPP (%)	Rente	Victimes par ricochet (montants totaux)
COUR D'APPEL DE PARIS Pôle 6 - Chambre 12 ARRÊT DU 26 Janvier 2015 (n° : 5 pages) Numéro d'inscription au répertoire général : S 14/03052	AT	Expertise	0			0,00	0,00		0,00					
COUR D'APPEL DE GRENOBLE 2EME CHAMBRE CIVILE ARRÊT DU MARDI 27 JANVIER 2015	AVP	Créance de 42935,36 présentée par la CPAM; le juge ne donne pas de DSA	0			10 000,00	0,00		10 000,00	0,00	0,50			
COUR D'APPEL DE RENNES ARRÊT DU 28 JANVIER 2015 Numéro 15/00387	AM	Arrêt revient après une cassation/ perte de chance de 80%	0			471 362,49	326 597,67		144 764,82	0,69		0,45		
COUR D'APPEL DE PAU Chambre sociale ARRÊT DU 29/01/2015	AT		0			67 730,00	0,00		67 730,00	0,00				
COUR D'APPEL/ DU 29 JANVIER 2015 DE VERSAILLES Code nac : 63A 3e chambre	AM	Perte de chance de 50%	0			169 150,23	26 687,69		142 462,54	0,16		0,22		
COUR D'APPEL 29 JANVIER 2015 DE VERSAILLES Code nac : 89A CRF 5e Chambre	AT	Médecine du travail	0			92 696,00	0,00		92 696,00	0,00				
COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 10e Chambre ARRÊT AU FOND DU 30 JANVIER 2015 N° 2015/37 Rôle N° 10/20180	AVP	CPAM/RSI/CARMF - pas de DSA ni de SE, PS ou PE	0			1 474 936,00	329 000,78		1 145 935,22	0,22		0,74		
COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 10e Chambre ARRÊT AU FOND DU 30 JANVIER 2015 N°2015/44 Rôle N° 13/22610	AVP		0			26 918,75	8 068,75		18 850,00	0,30				
COUR D'APPEL DE DOUAI TROISIEME CHAMBRE ARRÊT DU 22/01/2015 *** N° MINUTE : 15/54 N° RG : 14/00463	AM	Confirmation du jugement	0			4 478,86	1 899,34		2 579,52	0,42	0,20			
COUR D'APPEL DE DOUAI TROISIEME CHAMBRE ARRÊT DU 22/01/2015 *** N° MINUTE : 15/41 N° RG : 14/00544	AVC (cyle)		0			10 462,96	5 537,88		4 925,08	0,53		0,00		

Référence arrêt	Domaine	Commentaires	OGROSS appelée O/N	Panxioté	Atteinte à l'intégrité physique	Total indem.	Total créance indemnisée	Créance produite	Total indem hors cré indem	Ratio cré indem/total indem	Partage de responsabilité (taux pour la personne qui n'est pas le tiers - victime)	Taux AIPP (%)	Rente	Victimes par ricochet (montants totaux)
COUR D'APPEL DE NANCY première chambre civile ARRÊT N° 2015 DU 26 JANVIER 2015 Numéro d'inscription au répertoire général : 13/02327	AVC	chute d'un plancher de 3,5M	0			27 303,83	12 211,33		15 092,50	0,45		0,08		
CA TOULOUSE 30/01/2015 ARRÊT N° N° RG : 13/02514	AT	Renvoi au jugement du TGI non disponible/ provision de 50 000/ éléments de préjudice à préciser	0			0,00	0,00		0,00	-				
CA CAEN ARRÊT DU 02 Février 2015 TP / NC** ***** RG N° : 13/01445	AVP		0			36 361,99	4 138,34		32 223,65	0,11				
COUR D'APPEL DE BESANCON - 172 501 116 00013 - ARRÊT DU 06 JANVIER 2015 CHAMBRE SOCIALE	AT (maladie pro)		0			40 935,00	0,00		40 935,00	0,00				
CA ORLEANS ARRÊT du : 02 FEVRIER 2015 N° : - N° RG : 13/03862	CBV Violences commises		0			18 559,20	1 557,97		17 001,23			0,05		
COUR D'APPEL DE PARIS Pôle 2 - Chambre 3 ARRÊT DU 02 FEVRIER 2015 (n°15/ / 7 pages) Numéro d'inscription au répertoire général : 10/19950	AVP		0			175 593,16	136 566,70		39 026,46	0,78				
COUR D'APPEL DE PARIS Pôle 2 - Chambre 3 ARRÊT DU 02 FEVRIER 2015 (n° 15/ / 15 pages) Numéro d'inscription au répertoire général : 14/01913	AVP	Centre hospitalier vient aussi réclamer/ mineur ici	0			1 172 862,95	156 028,95		1 016 834,00	0,13		0,75	Rente PGPF de 1620/mois rente viagère + rente ATP de 29520 annuel (rente viagère)	88 167,15
COUR D'APPEL de CHAMBERY chambre civile - première section Arrêt du Mardi 03 Février 2015 RG : 14/01538	AVP	Aucune répartition des différents postes	0			31 024,00	3 023,77		28 000,23	0,10				
COUR D'APPEL DE MONTPELLIER 1° Chambre Section D ARRÊT DU 03 FEVRIER 2015 Numéro d'inscription au répertoire général : 11/04826	AM	Chute de roller/ contre expertise/ aucun montant/ la CA considère qu'il n'y a pas de faute	0			0,00	0,00		0,00	-				
COUR D'APPEL DE MONTPELLIER 1° Chambre Section D ARRÊT DU 03 FEVRIER 2015 Numéro d'inscription au répertoire général : 13/04731	AVP	Demande d'expertise	0			0,00	0,00		0,00	-				

Référence arrêt	Domaine	Commentaires	OGROSS appelée O/N	Panxioté	Atteinte à l'intégrité physique	Total indem.	Total créance indemnisée	Créance produite	Total indem hors cré indem	Ratio cré indem/total indem	Partage de responsabilité (taux pour la personne qui n'est pas le tiers - victime)	Taux AIPP (%)	Rente	Victimes par ricochet (montants totaux)
COUR D'APPEL DE POITIERS 3ème Chambre Civile ARRÊT DU 21 JANVIER 2015 Numéro d'inscription au répertoire général : 14/01042	AVC	chute/ absence de responsabilité	0			0,00	0,00		0,00	-				
CA TOULOUSE 03/02/2015 ARRÊT N° 15/108 N°RG: 13/00665	AVP	Pas d'indemnisat	0			0,00	0,00		0,00	-				
COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 14e Chambre ARRÊT AU FOND DU 03 FÉVRIER 2015 N°2015/54 Rôle N° 14/12165	AT	pas de créance CPAM	0			13 000,00	0,00		13 000,00	0,00				
ARRÊT N°14/00580 COUR D'APPEL DE METZ 1ère Chambre ARRÊT DU 03 FÉVRIER 2015	AVC	mineur	0			5 527,34	127,34		5 400,00	0,02				
ARRÊT N°14/00576 COUR D'APPEL DE METZ 1ère Chambre ARRÊT DU 03 FÉVRIER 2015	AVP		0			42 395,42	12 559,68		29 839,74	0,30				1 550,00
COUR D'APPEL DE RENNES ARRÊT DU 04 FÉVRIER 2015	AVC	Chute/ arrêt provisoire	0			0,00	0,00		0,00	-				
COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 10e Chambre ARRÊT AU FOND DU 05 FÉVRIER 2015 N° 2015/46 Rôle N° 13/07990	AT	pas de créance	0			115 229,23	80 129,23		35 100,00	0,70		0,09		
COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 10e Chambre ARRÊT AU FOND DU 05 FÉVRIER 2015 N°2015/48 Rôle N° 13/11496	AVC (skt)		0			41 113,45	11 999,86		29 113,59	0,29				
COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 10e Chambre ARRÊT AU FOND DU 05 FÉVRIER 2014 N° 2014/55 Rôle N° 13/12234	AM	Perte de chance de 80%	0			2 388 009,23	831 388,12		1 556 621,11	0,35		0,70		20 000,00
COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 10e Chambre ARRÊT AU FOND DU 05 FÉVRIER 2015 N°2015/49 Rôle N° 13/12701	AVP		0			128 691,87	10 200,25		118 491,62	0,08				
COUR D'APPEL de CHAMBÉRY 2ème Chambre Arrêt du Jeudi 05 Février 2015 RG : 13/02181	AVC (skt)		0			22 712,83	12 843,08		9 869,75	0,57				
COUR D'APPEL de CHAMBÉRY 2ème Chambre Arrêt du Jeudi 05 Février 2015	AVC	Accident ULM/ limitation de garantie	0	50 000,00		1 012 641,21	423 888,50		588 752,71	0,42		0,60		52 236,12

Référence arrêt	Domaine	Commentaires	OGROSS appelée O/N	Panxioté	Atteinte à l'intégrité physique	Total indem.	Total créance indemnisée	Créance produite	Total indem hors cré indem	Ratio cré indem/total indem	Partage de responsabilité (taux pour la personne qui n'est pas le tiers - victime)	Taux AIPP (%)	Rente	Victimes par ricochet (montants totaux)
COUR D'APPEL DE LIMOGES CHAMBRE CIVILE ---o0o--- ARRÊT DU 05 FEVRIER 2015	AM	totaux uniquement	0			939 326,25	105 913,39		833 412,86	0,11		0,60		
COUR D'APPEL DE LYON 6ème Chambre ARRÊT DU 05 Février 2015	AVP	accident de 1988/ aggravation	0			13 650,00	0,00		13 650,00	0,00				
COUR D'APPEL DE NIMES CHAMBRE CIVILE 1ère Chambre A ARRÊT DU 05 FEVRIER 2015	AT(trajet)		0			252 534,79	139 762,76		112 772,03	0,55		0,18		3 867,19
COUR D'APPEL DE VERSAILLES Code nac : 00A 3e chambre ARRÊT N° CONTRADICTOIRE DU 05 FEVRIER 2015 R.G. N° 12/07459	Agressions	Expertise				0,00	0,00		0,00	-				
COUR D'APPEL DE VERSAILLES Code nac : 60C 3e chambre ARRÊT N° CONTRADICTOIRE DU 05 FEVRIER 2015 R.G. N° 12/08628	AVC	Réduction de garantie	0			531 099,01	12 690,99		518 408,02	0,02		0,62		
COUR D'APPEL DE VERSAILLES Code nac : 88H CRF 5e Chambre ARRÊT N° CONTRADICTOIRE DU 05 FEVRIER 2015 R.G. N° 13/02478 R.G. N° 13/02886	AT	Pas de créance CPAM	0			217 386,98	0,00		217 386,98	0,00				
COUR D'APPEL D'AMIENS IERE CHAMBRE CIVILE ARRÊT DU SIX FEVRIER DEUX MILLE QUINZE	AVP	cascaeur professionnel	0			393 247,09	11 350,54		381 896,55	0,03		0,35		
COUR D'APPEL DE DOUAI TROISIEME CHAMBRE ARRÊT DU 05/02/2015 *** N° MINUTE : 15/89 N° RG : 13/03557	AVP		0			215 230,63	36 227,93		179 002,70	0,17		0,20		
COUR D'APPEL DE PARIS Pôle 6 - Chambre 12 ARRÊT DU 29 Janvier 2015 (t° , 7 pages) Numéro d'inscription au répertoire général : S 11/11076	AT	Pas de créance CPAM	0			0,00	0,00		0,00	-				

Référence arrêt	Domaine	Commentaires	OGROSS appelée O/N	Panxioté	Atteinte à l'intégrité physique	Total indem.	Total créance indemnisée	Créance produite	Total indem hors cré indem	Ratio cré indem/total indem	Partage de responsabilité (taux pour la personne qui n'est pas le tiers - victime)	Taux AIPP (%)	Rente	Victimes par ricochet (montants totaux)
COUR D'APPEL DE PARIS Pôle 6 - Chambre 12 ARRÊT DU 05 FÉVRIER 2015 (n° 194, 6 pages) Numéro d'inscription au répertoire général :S.12/11917	AT	Demande d'expertise	0			0,00	0,00		0,00	-				
COUR D'APPEL DE PARIS Pôle 2 - Chambre 3 ARRÊT DU 09 FÉVRIER 2015 (n°15/, 8 pages) Numéro d'inscription au répertoire général :13/19291	AVP	Aggravation de la situation de la victime	0			94 570,00	54 783,50		39 786,50	0,58		0,35		
COUR D'APPEL DE TOULOUSE 1ere Chambre Section 1 ARRÊT DU NEUF FEVRIER DEUX MILLE QUINZE	CBV Violences commises		0			2 750,00	0,00		2 750,00	0,00				
ARRÊT DU 09 Février 2015 FG / NC** RG N° : 13/00477 ARRÊT n° 117-15 COUR D'APPEL D'AGEN Chambre Civile	AVP	Chambre civile	0			90 431,54	17 501,82		72 929,72	0,19		0,12		
COUR D'APPEL DE BESANCON -172 501 116 00013 - ARRÊT DU 27 JANVIER 2015 CHAMBRE SOCIALE	AT	Pas de créance CPAM	0			15 841,00	0,00		15 841,00	0,00				
COUR D'APPEL DE MONTPELLIER 1° Chambre Section D ARRÊT DU 10 FÉVRIER 2015 Numéro d'inscription au répertoire général :13/00487	AVC		0			517 029,18	290 224,26		226 804,92	0,56		0,34		15 000,00
COUR D'APPEL DE PARIS Pôle 2 - Chambre 5 ARRÊT DU 10 FÉVRIER 2015 (n° 2015/ - 5 pages) Numéro d'inscription au répertoire général :13/00681	AVC	chute de vélo/ pas de tiers responsable				0,00	0,00		0,00	-				
COUR D'APPEL DE PARIS Pôle 6 - Chambre 12 ARRÊT DU 29 Janvier 2015 (n° - 4 pages) Numéro d'inscription au répertoire général :S.11/11201	AT	Aucun montant	0			0,00	0,00		0,00	-				
COUR D'APPEL DE BORDEAUX CINQUIÈME CHAMBRE CIVILE ARRÊT DU : 11 février 2015 (Rédacteur : Madame Béatrice SALLABERRY, Conseiller) N° de rôle : 13/5617 - jonction avec 13/5636	AVC	Fonds de garantie				0,00	0,00		0,00	-				

Référence arrêt	Domaine	Commentaires	OGRSS appelée O/N	Panxiété	Atteinte à l'intégrité physique	Total indem.	Total créance indemnisée	Créance produite	Total indem hors cré indem	Ratio cré indem/total indem	Partage de responsabilité (taux pour la personne qui n'est pas le tiers - victime)	Taux AIPP (%)	Rente	Victimes par ricochet (montants totaux)
COUR D'APPEL DE BORDEAUX CINQUIÈME CHAMBRE CIVILE ----- ARRÊT DU : 11 février 2015 (Rédacteur: Madame Béatrice SALLABERRY, Conseiller.) N° de rôle : 14/429 Madame Khadra MEDJAHIDI	AVC	une gifle	0			11 562,90	5 023,40		6 539,50	0,43				
COUR D'APPEL DE RENNES ARRÊT DU 11 FEVRIER 2015 COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 10e Chambre	AT	Aucun montant	0			0,00	0,00		0,00	-				
ARRÊT AU FOND DU 12 FEVRIER 2015 N°2015/64 Rôle N° 13/15650	AM	Pas de responsable	0			0,00	0,00		0,00	-				
COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 10e Chambre ARRÊT AU FOND DU 12 FEVRIER 2015 N°2015/60 Rôle N° 13/14870	AVP	Imputation en cascade	0			224 867,26	185 418,15		39 449,11	0,82				1 000,00
COUR D'APPEL DE BORDEAUX CHAMBRE SOCIALE - SECTION B ----- ARRÊT DU : 12 FEVRIER 2015 gr	AT	Renvoi au jugement	0			11 000,00	0,00		11 000,00	0,00				
(Rédacteur: Madame Catherine MAILHES, Conseiller) SÉCURITÉ SOCIALE N° de rôle : 13/04625														
COUR D'APPEL DE LYON 6ème Chambre ARRÊT DU 12 Février 2015	AVP		0			66 308,00	49 340,36		16 967,64	0,74				
COUR D'APPEL DE NANCY première chambre civile ARRÊT N° 15/00354 DU 09 FEVRIER 2015 Numéro d'inscription au répertoire général : 14/00595	AVP		0			146 795,52	116 780,90		30 014,62	0,80				
10 FEVRIER 2015 Arrêt n° DA/DB/IM Dossier n°13/01238	AT	Demande d'expertise	0			0,00	0,00		0,00	-		0,20		
SALAISSONS DU LIGNON 10 FEVRIER 2015 Arrêt n° JLT/DB/IM Dossier n°13/01904 SA ALLIANZ	AT		0			149 829,40	0,00		149 829,40	0,00		0,68		
R.G. : 14/02516 COUR D'APPEL DE ROUEN CHAMBRE CIVILE ET COMMERCIALE ARRÊT DU 12 FEVRIER 2015	AVP		0			391 256,99	176 439,53		214 817,46	0,45		0,50	Rente ATP trimestrielle viaièrè de 3600	

Référence arrêt	Domaine	Commentaires	OGROSS appelée O/N	Pansité	Atteinte à l'intégrité physique	Total indem.	Total créance indemnisée	Créance produite	Total indem hors cré indem	Ratio cré indem/total indem	Partage de responsabilité (taux pour la personne qui n'est pas le tiers - victime)	Taux AIPP (%)	Rente	Victimes par ricochet (montants totaux)
COUR D'APPEL DE PARIS Pôle 2 - Chambre 3 ARRÊT DU 16 FÉVRIER 2015 (n°15/ , 9 pages) Numéro d'inscription au répertoire général : 13/24412	AVC		0			177 851,96	11 750,96		166 101,00	0,07				7 053,26
COUR D'APPEL DE MONTPELLIER 1 ^{er} Chambre Section D ARRÊT DU 17 FÉVRIER 2015 Numéro d'inscription au répertoire général : 13/07723	Accident de trajet	pas de DSA	0			23 203,00	0,00		23 203,00	0,00		0,00		
COUR D'APPEL DE MONTPELLIER 1 ^{er} Chambre Section D ARRÊT DU 17 FÉVRIER 2015 Numéro d'inscription au répertoire général : 13/04907	AM	Pas de responsable	0		0,00	0,00	0,00		0,00	-				
CA TOULOUSE 16/02/2015 ARRÊT N°93 N°RG: 14/01184	AVP	Pas de CPAM	N		7 008,50	0,00	0,00		7 008,50	0,00				
COUR D'APPEL DE BORDEAUX CINQUIÈME CHAMBRE CIVILE ARRÊT DU : 18 février 2015 (Rédacteur: Madame Béatrice SALLABERRY, Conseiller.) N° de rôle : 13/2554	AM		0		35 985,45	10 470,45			25 515,00	0,29				
14/08559	AM	Expertise			0,00	0,00	0,00		0,00	-				
13/00110	AM				174 515,32	31 680,09			142 835,23	0,18	0,40			3 200,00
13/03656	AVP	Pas de responsable			0,00	0,00			0,00					
09/05459	AVP	Il pas présentées	0		6 213,19	818,19			5 395,00	0,13		0,03		
13/02368 (Chambéry)	CBV	Données non disponibles	N		0,00	0,00			0,00	-				
13/02315 (Chambéry)	AVC	Pas de responsabilité	0		0,00	0,00			0,00	-				
14/00318 (Bourges)		Pas de données			0,00	0,00			0,00	-				
13/01846 (Bourges)	AVP	Recours partiel sur poste rémunération			0,00	0,00			0,00	-				
13/02470 (Colmar)	AM	Données insuffisantes	0		67 953,93	9 182,96			58 770,97	0,14		0,05		
13/02794 (Colmar)	AVP	Que des victimes par ricochet mais RCT: - ville de Thann - maintien des indemnités 5723€ - CDC au titre de la pension de réversion 88 961€24 La CPAM a disparu			0,00	0,00			0,00	-				
14/01996 (Douai)	AM				1 991 866,00	1 633 483,00			358 383,00	0,82		0,95		147 740,00
13/14680 (Paris)	AM				21 906,90	17 256,90			4 650,00	0,79				
13/21538 (Paris)	AM				239 214,41	11 789,09			227 425,32	0,05		0,02		
13/21742 (Paris)	AM				130 487,42	7 942,49			122 544,93	0,06		0,05		
14/01888 (Rouen)	AVP	Aggravation			49 622,23	16 247,38			33 374,85	0,33		0,05		
13/00544 (Paris)	AVP				67 556,09	2 173,53			65 382,56	0,03				
13/16407 (Paris)	AVP				199 206,54	62 046,54			137 160,00	0,31				
14/00269 (Orléans)	AVP				863 544,22	164 762,67			698 781,55	0,19		0,55		

Référence arrêt	Domaine	Commentaires	OGRSS appelée O/N	Panxiété	Atteinte à l'intégrité physique	Total indem.	Total créance indemnisée	Créance produite	Total indem hors cré indem	Ratio cré indem/total indem	Partage de responsabilité (taux pour la personne qui n'est pas le tiers - victime)	Taux AIPP (%)	Rente	Victimes par ricochet (montants totaux)
13/02086 (Nancy)	AT	Par accident du travail, pas d'indemnisation				0,00	0,00	0,00	0,00	-				
14/02293 (Orléans)	AT	Pas de créances admissibles				22 730,50	0,00		22 730,50	0,00				
13/02583 (Riom)	AVP					2 952 887,88	1 055 891,58		1 896 996,30	0,36		0,75	27740€ de rente annuelle (K=958500,22€)	55 360,21
11/06323 (Aix)	AVP					887 537,08	5 593,18		881 943,90	0,01		0,50	Rente trimestrielle viagère de 1105€ exceptionnellem	
12/04730 (Aix)	AVP					76 190,93	43 204,93		32 986,00	0,57		0,05		23 659,28
12/06219 (Aix)	AVP	Pas exploitable				0,00	0,00		0,00	-				
13/18104 (Aix)	AVP					5 722,05	182,05		5 540,00	0,03				
13/19967 (Aix)	AVC	Aggravation				58 406,97	841,97		57 565,00	0,01		0,03		
13/20550 (Aix)	AVC					24 024,66	1 935,35		22 089,31	0,08		0,05		
13/20901 (Aix)	AVC	Expertise				0,00	0,00		0,00	-				
13/21732 (Aix)	AVP	Pas de créances cepam produites				124 237,50	0,00		124 237,50	0,00		0,30		
13/23894 (Aix)	AVP					16 199,36	999,36		15 200,00	0,06		0,07		
14/00863 (Aix)	AVP					47 238,90	1 363,65		45 875,25	0,03				
13/02484 (Chambéry)	AVP	Expertise				0,00	0,00		0,00	-				
14/01425 (Chambéry)	CBV					595 792,72	10 364,65		585 428,07	0,02		0,40		7 500,00
10/08971 (Lyon)	CBV	Poste non duntiliac				696 679,48	1 642 277,20		532 402,28	0,24				
12/08876 (Lyon)	AVC	Pas d'indemnisation				0,00	0,00		0,00	-				
14/03821 (Montpellier)	CBV	Expertise				0,00	0,00		0,00	-				
13/02247 (Nîmes)	CBV					71 284,53	48 940,56		22 343,97	0,69				
12/19315 (Paris)	AM	Franchise opposée à la victime				97 815,46	0,00		97 815,46	0,00				13 000,00
13/11870 (Paris)	AM	Débours CPAM?				0,00	0,00		0,00	-				
14/00797 (Poitiers)	AVP	Pas de responsable				20 866,68	392,70		20 473,98	0,02		0,05		
14/02254 (Poitiers)	AVC					131 565,07	34 231,83		97 333,24	0,26		0,23		
14/07598	AVP	DS non indiquées				22 174,96	2 825,58		19 349,38	0,13		0,06		
14/00981	AVP	expertise				0,00	0,00		0,00	-				
14/09239 (Lyon)	AVC	Pas de débours CPAM				24 964,44	0,00		24 964,44	0,00		0,03		
14/07073 (Montpellier)	AVC					9 981,84	81,84		9 900,00	0,01		0,04		
13/17782 (Aix)	AM					69 628,32	1 841,08		67 787,24	0,03				
13/18526 (Aix)	AVP					61 450,58	45 146,55		16 304,03	0,23				
13/18956 (Aix)	AVP					31 698,13	71 739,72		24 524,41	0,23		0,18		
14/01905 (Aix)	AVC					9 177,77	1 081,15		8 096,62	0,12				
14/00550 (Chambéry)	AVC	Pas exploitable				0,00	0,00		0,00	-				
14/01182 (Nancy)	CBV	Renvoi après cassation pas exploitable				0,00	0,00		0,00	-				
14/01169 (Poitiers)	AVP					31 815,18	17 711,14		14 104,04	0,56		0,03		

Référence arrêt	Domaine	Commentaires	OGROSS appelée O/N	PGPF	Créance	IP	Créance	PSU	Préjudices extra-patrimoniaux temporaires				Préjudices extra-patrimoniaux permanents							
									DFT-T	Créance	SE	PET	DFP-P	Créance	PA	PEP	PS	PE	PPE	
COUR D'APPEL DE PARIS 17ème Chambre - Section A ARRÊT DU 10 DECEMBRE 2007 (n° , pages) Numéro d'inscription au répertoire général : 06/08771	AVP	Militaire	0	0	0	0			10 950		18 000	2 000	6 500		5 000					
COUR D'APPEL DE MONTPELLIER 3ème CHAMBRE CORRECTIONNELLE ARRÊT N° DU 15/05/2008 DOSSIER 07/01089 GN/CC	CBC violences	Militaire	0						5 000		7 000	7 000	15 000		3 000					
COUR D'APPEL DE PARIS 17ème Chambre - Section A ARRÊT DU 30 JUIN 2008 (n°155, 9 pages) Numéro d'inscription au répertoire général : 06/15418	AVP	OGROSS n'a pas demandé le remboursement	0		410 000						6 400		9 600		3 000				762	
COUR D'APPEL DE NÎMES CHAMBRE CIVILE 1ère Chambre A ARRÊT DU 02 DÉCEMBRE 2008	AT/trajet	Défaillance de la caisse nationale	0		420 000		214 885		8 000		30 000	9 000	9 000		11 000					
COUR D'APPEL DE RENNES ARRÊT DU 06 MAI 2009 COMPOSITION DE LA COUR LORS DES DÉBATS ET DU DÉLIBÉRÉ	AVP		0	80 000	60 000				6 657		6 500				10 000					
COUR D'APPEL DE BORDEAUX CINQUIÈME CHAMBRE CIVILE ARRÊT DU : 22 juin 2009 (Rédacteur : Madame Danièle Bowie) IT N° de rôle : 07/05646	AM	Dentiste	0								2 000	0	2 700		3 000					
COUR D'APPEL DE FOURGES 2ème CHAMBRE ARRÊT SUR INTÉRÊTS CIVILS Prononcé publiquement le 12 FÉVRIER 2009, par la 2ème Chambre des Appels Co	Accident non précisé	Demande d'une nouvelle expertise	0																	
COUR D'APPEL DE MONTPELLIER 1° Chambre Section D ARRÊT DU 20 JANVIER 2010 Numéro d'inscription au répertoire général : 09/00478	AM	Traumatisme cranien; Hépatite C	0						4 675		9 000	1 200	24 000							
COUR D'APPEL DE PARIS Pôle 2 - Chambre 3 ARRÊT DU 01 FÉVRIER 2010 (n° 31, 9 pages) Numéro d'inscription au répertoire général : 06/18981	AVP	Créance Ville de Paris	0		1 000				2 500		3 000		2 000		1 500	800				
COUR D'APPEL DE FOURGES 2ème CHAMBRE	AVP		0						10 320		20 000	3 000	210 000		20 000	10 000	15 000			

Référence arrêt	Domaine	Commentaires	OGRROSS appelée O/N	Panxiété	Atteinte à l'intégrité physique	Total indem.	Total créance indemnisée	Créance produite	Total indem hors cré indem	Ratio cré indem/t otal indem	Partage de responsabilité (taux pour la personne qui n'est pas le tiers - victime)	Taux AIPP (%)	Rente	Victimes par ricochet (montants totaux)
COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 10° Chambre B ARRÊT AU FOND DU 07 FEVRIER 2007 N° 2007/ C.T. Rôle N° 05/00853	AVP	Militaire	0			352 240	82 039		270 201	0				
COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 10° Chambre B ARRÊT - Exertise - DU 13 JUIN 2007 N° 2007/ A.M.P.C. Rôle N° 05/01116	AVP	Militaire- aucun chiffre car renvoi à une nouvelle expertise	0			0	0		0	-				
COUR D'APPEL DE PARIS 17ème Chambre - Section A ARRÊT DU 25 SEPTEMBRE 2006 (n° , pages) Numéro d'inscription au répertoire général : 05/17282	AVP	Militaire	0			5 585	573		5 011	0				
COUR D'APPEL DE VERSAILLES Code nac : 63A 3ème chambre ARRÊT N° REPUTE CONTRADICTOIRE DU 21 DECEMBRE 2006 R.G. N° 05/06692	AM	Militaire	0			74 985	8 985		66 000	0		0		17 000
COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 10° Chambre B ARRÊT AU FOND DU 13 DECEMBRE 2007 N° 2007/ A.M.P.C. Rôle N° 07 /01433	AVC	Militaire/ chute	0			29 914	9 764		20 150	0		0		
COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 10° Chambre B ARRÊT AU FOND DU 19 DECEMBRE 2007 N° 2007/ A.M.P.C. Rôle N° 06/10199	AVP	Militaire. Pas de créance de la Sécu indiquée	0			37 535	0		37 535	0		0		1 500

Référence arrêt	Domaine	Commentaires	OGROSS appelée O/N	Panxiété	Atteinte à l'intégrité physique	Total indem.	Total créance indemnisée	Créance produite	Total indem hors cré indem	Ratio cré indem/total indem	Partage de responsabilité (taux pour la personne qui n'est pas le tiers - victime)	Taux AIPP (%)	Rente	Victimes par ricochet (montants totaux)
MART/n DOSSIER N° 05/01407-1 ARRÊT DU 26 NOVEMBRE 2007 3ème CHAMBRE, COUR D'APPEL DE TOULOUSE 3ème Chambre, N° 2007/1127	Non disponible	Non disponible créance sécu	0			3 000	0		3 000	0				
COUR D'APPEL DE PARIS 17ème Chambre - Section A ARRÊT DU 10 DECEMBRE 2007 (n° , pages) Numéro d'inscription au répertoire général : 06/08771	AVP	Militaire	0			206 613	63 337		143 276	0		0		
COUR D'APPEL DE MONTPELLIER 3ème CHAMBRE CORRECTIONNELLE ARRÊT N° DU 15/05/2008 DOSSIER 07/01089 GN/GC	CBC, violences	Militaire	0			49 206	9 206		40 000	0				
COUR D'APPEL DE PARIS 17ème Chambre - Section A ARRÊT DU 30 JUIN 2008 (n°155, 9 pages) Numéro d'inscription au répertoire général : 06/15418	AVP	OGROSS n'a pas demandé le remboursement	0			456 198	12 526		443 672	0		0		
COUR D'APPEL DE NÎMES CHAMBRE CIVILE 1ère Chambre A ARRÊT DU 02 DECEMBRE 2008	AT /trajet	Défaillance de la caisse nationale	0			636 844	357 062		279 782	1		0		
COUR D'APPEL DE RENNES ARRÊT DU 06 MAI 2009 COMPOSITION DE LA COUR LORS DES DÉBATS ET DU DÉLIBÉRÉ	AVP		0			216 597	51 632		164 964	0				
COUR D'APPEL DE BORDEAUX CINQUIÈME CHAMBRE CIVILE ----- ARRÊT DU : 22 juin 2009 (Rédacteur : Madame Danièle Bowie) IT N° de rôle : 07/05646	AM	Dentiste	0			7 700	0		7 700	0		0		
COUR D'APPEL DE BOURGES 2ème CHAMBRE ARRÊT SUR INTERÊTS CIVILS Prononcé publiquement le 12 FÉVRIER 2009, par la 2èmeChambre des Appels Co	Accident non précisé	Demande d'une nouvelle expertise	0			0	0		0	-				

Référence arrêt	Domaine	Commentaires	OGRROSS appelée O/N	Panxiété	Atteinte à l'intégrité physique	Total indem.	Total créance indemnisée	Créance produite	Total indem hors cré indem	Ratio cré indem/total indem	Partage de responsabilité (taux pour la personne qui n'est pas le tiers - victime)	Taux AIPP (%)	Rente	Victimes par ricochet (montants totaux)
COUR D'APPEL DE MONTPELLIER 1 ^{er} Chambre Section D ARRÊT DU 20 JANVIER 2010 Numéro d'inscription au répertoire général : 09/00478	AM	Traumatisme crânien; Hépatite C	0			48 853	9 978		38 875	0				
COUR D'APPEL DE PARIS Pôle 2 - Chambre 3 ARRÊT DU 01 FEVRIER 2010 (n° 31, 9 pages) Numéro d'inscription au répertoire général : 06/18981	AVP	Créance Ville de Paris	0			21 021	9 332		11 689	0				
COUR D'APPEL DE BOURGES 2 ^{ème} CHAMBRE	AVP		0			1 577 665	747 078		830 587	0				
COUR D'APPEL DE BORDEAUX CINQUIÈME CHAMBRE CIVILE ----- ARRÊT DU : 17 NOVEMBRE 2010 (Rédacteur : Madame Catherine MASSIEU, Président.) N° de rôle : 09/1907	AVP		0			55 643	28 195		27 448	1		0		
COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 10 ^e Chambre ARRÊT AU FOND DU 23 MARS 2011 N° 2011/135 Rôle N° 08/18316	AVP		0			95 486	11 986		83 500	0		0		

Référence arrêt	Domaine	Commentaires	OGROSS appelée O/N	P-GPF	Créance	IP	Créance	PSU	Préjudices extra-patrimoniaux temporaires				Préjudices extra-patrimoniaux permanents							
									DFT-T	Créance	SE	PET	DFP-P	Créance	PA	PEP	PS	PE	PPE	
DOSSIER N° 09/00735 ARRÊT DU 22 JUIN 2009 MAURY Bertrand N° 09/554 INTÉRÊTS-CIVILS CONTRADICTOIRE COUR D'APPEL DE CAEN CHAMBRE DES APPELS CORRECTIONNELS AUDIENCE DU 16 MARS 2009	AVP	Homicide involontaire	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
COUR D'APPEL DE COLMAR DEUXIEME CHAMBRE CIVILE - SECTION B ARRÊT DU 05 mars 2010 Numéro d'inscription au répertoire général : 2 B 06/01744	AVP	DSA sans indemnisation de la CPAM	0	308 490,60	215 667,18				15 000,00	25 000,00		55 000,00	6 000,00	5 000,00						
COUR D'APPEL DE RENNES ARRÊT DU 16 JUIN 2010	AVP	Chambre correctionnelle/ pas de créance CPAM	0	121 500,00	63 420,01				23 860,00	8 000,00		66 500,00	2 000,00		15 000,00	5 000,00			5 000,00	
COUR D'APPEL D'AMIENS CHAMBRE CORRECTIONNELLE	AVP	Reliquat PGP non récupéré sur le DFP	0	164 959,00	164 959,00				20 500,00	10 000,00		106 400,00	5 000,00	4 000,00						
AGEN ARRÊT DU 10 janvier 2011 C.A./S.B ----- RG N° : 10/00115	AVP		0	679 895,87	259 302,65	184 566,40			11 543,55			304 000,00	30 000,00	30 000,00						50 000,00
COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 10e Chambre ARRÊT AU FOND DU 19 OCTOBRE 2011 N° 2011/396 Règle N° 09/12965	AVP	La CPAM n'a pas pris en charge l'accident	0	204 024,35	0,00	0,00			26 000,00	10 000,00		17 000,00	10 000,00							1 000,00
COUR D'APPEL DE VERSAILLES Code nac : 60A 3eme chambre ARRÊT N° CONTRADICTOIRE DU 12 AVRIL 2012 R.G. N° 11/02000	AVP	Pas de CPAM. Renvoi au TGI	0																	
CA LYON R.G : 10/05214 Décision du Tribunal de Grande Instance de LYON au fond du 17 mai 2010	AM	Victimes uniquement par ricochet	0																	
COUR D'APPEL DE DIJON 1ERE CHAMBRE CIVILE ARRÊT DU 22 MAI 2012 N° RÉPERTOIRE GÉNÉRAL N° 11/01115 Décision déférée à la Cour : AU FOND du 01 MARS 2011, rendue par le	AM		0	76 032,10	69 950,72				16 500,00							4 500,00				

Référence arrêt	Domaine	Commentaires	GROSS appelée O/N	P.GPF	Créance	IP	Créance	PSU	Préjudices extra-patrimoniaux temporaires				Préjudices extra-patrimoniaux permanents							
									DFFT-T	Créance	SE	PET	DFFP-P	Créance	PA	FEP	PS	PE	PPE	
COUR D'APPEL DE NÎMES CHAMBRE CIVILE 1ère Chambre B ARRÊT DU 7 JUIN 2012	AVP		0	51 011,13	35 000,00					8 000,00		7 000,00	0,00	10 000,00		4 000,00	2 000,00	5 000,00		

Référence arrêt	Domaine	Commentaires	OGROSS appelée O/N	Panxété	Atteinte à l'intégrité physique	Total indem.	Total créance indemnisée	Créance produite	Total indem hors cré indem	Ratio cré indem/total indem	Partage de responsabilité (taux pour la personne qui n'est pas le tiers - victime)	Taux AIPP (%)	Rente	Victimes par ricochet (montants totaux)
DOSSIER N°05/00161-F- ARRÊT DU 29 JUIN 2006 ARRÊT N° 221 /06 CHAMBRE CORRECTIONNELLE COUR D'APPEL D'AGEN ARRÊT DU 29 JUIN 2006 SUR INTERETS CIVILS	CBV		0			369 707,11	358 909,15		10 797,96	0,97				
COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 10 ^e Chambre ARRÊT AU FOND DU 12 DECEMBRE 2006 N° 2006/ Rôle N° 00/01043	AVP		0			241 936,95	97 030,03		144 906,92	0,40		0,60	Pension d'invalidité 62 044,97	59 281,78
COUR D'APPEL DE DIJON CHAMBRE CIVILE A RENVOI DE CASSATION ARRÊT DU 16 OCTOBRE 2007 N° RÉPERTOIRE GÉNÉRAL N° 07/00032	AVP	Expertise complémentaire sur ATP	0			325 073,18	218 491,89		106 581,29	0,67		0,35		
COUR D'APPEL DE PAU 2ème CH - Section 1 ARRÊT DU 7 février 2008 Dossier : 06/02357	AVP		0			84 850,76	32 231,14		52 619,62	0,38		0,07		
COUR D'APPEL DE RENNES ARRÊT DU 19 DECEMBRE 2007 PhD/AM	AM	Aucune créance produite	0			205 371,91	77 466,91		127 905,00	0,38		0,20		6 000,00
Numéro 2129 /08 COUR D'APPEL DE PAU 2ème CH - Section 1 ARRÊT DU 15 mai 2008 Dossier : 06/02937	AVP		0			5 038,00	0,00		5 038,00	0,00	0,50			
DOSSIER N° 08/00735 ARRÊT DU 12 DECEMBRE 2008 MAURY Bertrand N° 08/00820 INTÉRÊTS-CIVILS CONTRADICTOIRE COUR D'APPEL DE CAEN CHAMBRE DES APPELS CORRECTIONNELS	AVP	Renvoi à une autre audience	0			0,00	0,00		0,00	-				
COUR D'APPEL DE FORT DE FRANCE CHAMBRE CIVILE ARRÊT DU 09 OCTOBRE 2009	AVP	Centre d'action sociale de la ville de Paris	0			186 248,74	82 039,87		104 208,87	0,44		18,00		
Septième Chambre ARRÊT N° R.G.-04/00971 CA RENNES	AM		0			285 576,78	167 425,95		118 150,83	0,59	0,50	0,50		

Référence arrêt	Domaine	Commentaires	OGROSS appelée O/N	Painxété	Atteinte à l'intégrité physique	Total indem.	Total créance indemnisée	Créance produite	Total indem hors cré indem	Ratio cré indem/total indem	Partage de responsabilité (taux n'est pas le tiers - victime)	Taux AIPP (%)	Rente	Victimes par ricochet (montants totaux)
DOSSIER N° 08/00735 ARRÊT DU 22 JUIN 2009 MAURY Bertrand N° 09/554 INTÉRÊTS-CIVILS CONTRADICTOIRE COUR D'APPEL DE CAEN CHAMBRE DES APPELS CORRECTIONNELS AUDIENCE DU 16 MARS 2009	AVP	Homicide involontaire	0			0,00	0,00		0,00					263 746,81
COUR D'APPEL DE COLMAR DEUXIEME CHAMBRE CIVILE - SECTION B ARRÊT DU 05 mars 2010 Numéro d'inscription au répertoire général : 2 B 06/01744	AVP	DSA sans indemnisation de la CPAM	0			508 931,68	262 267,62		246 664,06	0,52		0,30		11 408,38
COUR D'APPEL DE RENNES ARRÊT DU 16 JUIN 2010	AVP		0			440 285,48	183 627,12		256 658,36	0,42		0,35		
COUR D'APPEL D'AMIENS CHAMBRE CORRECTIONNELLE	AVP	Chambre correctionnelle/ pas de créance CPAM présentée	N			40 000,00	15 600,00		24 400,00	0,39		0,13		
ARRÊT N° CA NIMES R.G. : 06/04975 AGEN ARRÊT DU 10 janvier 2011 C.A/SB ----- R.G. N° : 10/00115	AVP	Reliquat PCPF non récupéré sur le DFP	0			543 194,58	349 765,30		193 429,28	0,64				
COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 10e Chambre ARRÊT AU FOND DU 19 OCTOBRE 2011 N° 2011/396 Rôle N° 09/12965	AVP	La CPAM n'a pas pris en charge l'accident	0			2 989 647,55	962 816,70		2 026 830,85	0,32		0,80		88 833,40
COUR D'APPEL DE VERSAILLES Code nac : 60A 3ème chambre ARRÊT N° CONTRADICTOIRE DU 12 AVRIL 2012 R.G. N° 11/02000	AVP	Pas de CPAM. Renvoi au TGI	0			0,00	0,00		0,00			0,10		
CA LYON R.G. : 10/05214 Décision du Tribunal de Grande Instance de LYON au fond du 17 mai 2010	AM	Victimes uniquement par ricochet	0			574 784,97	113 784,79		461 000,18	0,20				574 784,97

Référence arrêt	Domaine	Commentaires	OGROSS appelée O/N	Panxété	Atteinte à l'intégrité physique	Total indem.	Total créance indemnisée	Créance produite	Total indem hors cré indem	Ratio cré indem/total indem	Partage de responsabilité (taux pour la personne qui n'est pas le tiers - victime)	Taux AIPP (%)	Rente	Victimes par ricochet (montants totaux)
COUR D'APPEL DE DIJON 1ERE CHAMBRE CIVILE ARRÊT DU 22 MAI 2012 N° 11/01115 RÉPERTOIRE GÉNÉRAL N° AM Décision déferée à la Cour : AU FOND du 01 MARS 2011, rendue par le			0			331 753,63	74 425,87		257 327,76	0,22				
COUR D'APPEL DE NÎMES CHAMBRE CIVILE 1ère Chambre B ARRÊT DU 7 JUIN 2012	AVP		0			125 896,07	54 507,23		71 388,84	0,43		0,08		

Référence arrêt	Domaine	Commentaires	OGROSS appelée O/N	Préjudices patrimoniaux temporaires						Préjudices patrimoniaux permanents							
				DSA-T	Créance	FD-T	Créance	PGPA-T	Créance CPAM	DSF-T	Créance	FLA	FVA	ATP	Créance		
COUR D'APPEL DE NANCY DEUXIÈME CHAMBRE CIVILE ARRÊT N° /10 DU 18 NOVEMBRE 2010 Numéro d'inscription au répertoire général : 10/01641	Amiante	FIVA/ Amiante - pas de recours	0														
COUR D'APPEL DE BESANÇON - 172 501 116 00013 - ARRÊT DU 23 NOVEMBRE 2010 PREMIÈRE CHAMBRE CIVILE SECTION A	CBV	Expertise ordonnée	0														
COUR D'APPEL DE NANCY première chambre civile ARRÊT N° 11 /00069 DU 10 JANVIER 2011 Numéro d'inscription au répertoire général : 07/02927	AVC	Fracture dans un centre commercial	0	59 567,85								12 462,14					

Référence arrêt	Domaine	Commentaires	OGROSS appelée O/N	PGPF	Créance	IP	Créance	Préjudices extra-patrimoniaux temporaires							Préjudices extra-patrimoniaux permanents				
								DFT-T	Créance	SE	PET	DFF-P	Créance	PA	PEP	PS	PE	PPE	
REPUBLIQUE FRANCAISE AU NOM DU PEUPLE FRANCAIS COUR D'APPEL DE POTTIERS 4eme Chambre Civile ARRÊT DU 07 MARS 2007 Numéro d'inscription au répertoire général : 05/2153	AVP	Renvoi au TGI	0			32 832,90			1 107,24	11 400,00	2 800,00	21 000,00	11 650,00						
COUR D'APPEL DE DIJON CHAMBRE CIVILE A ARRÊT DU 18 DECEMBRE 2007 N° RÉPERTOIRE GÉNÉRAL N° 07 /00488	AVP		0						16 500,00	8 000,00		16 500,00	5 000,00	1 000,00					
COUR D'APPEL DE RENNES ARRÊT DU 28 JANVIER 2009	AT/Maladie prof	FIVA/ Amiante - pas de recours	0																
COUR D'APPEL DE GRENOBLE 2EME CHAMBRE CIVILE ARRÊT DU MARDI 13 JANVIER 2009 Appel d'un Jugement (N° R.G. 04/6249)	AVC		0			10 236,00	7 971,42			3 500,00		2 400,00		1 500,00					
COUR D'APPEL DE GRENOBLE 1ERE CHAMBRE CIVILE ARRÊT DU LUNDI 02 FEVRIER 2009 Appel d'un Jugement (N° R.G. 07/00199)	AM	Mineur concerné/ Jugement infirmé	0																
COUR D'APPEL DE DOUAI TROISIEME CHAMBRE ARRÊT DU 22/01/2009 * ** N° MINUTE : /09 N° R.G. :08/06418	Amiante	FIVA/ Amiante - pas de recours	0																
IF/AM Numéro 2284/09 COUR D'APPEL DE PAU 2eme CH - Section 1 ARRÊT DU 18 mai 2009 Dossier : 08/01477	CBV	Fonds de garantie de victime/ Pas de recours	0																
PNV/PS. DOSSIER N° 07/01489 ARRÊT N° 4 ème CHAMBRE JEUDI 30 AVRIL 2009 AFF : MINISTÈRE PUBLIC	CBV	Sursis à statuer	0																
COUR D'APPEL DE DIJON CHAMBRE CIVILE A ARRÊT DU 17 NOVEMBRE 2009 N°	AVP	Renvoi	0																
RÉPERTOIRE GÉNÉRAL N° 08 /01610 COUR D'APPEL DE TOULOUSE 3eme Chambre Section 1 *** ARRÊT DU VINGT QUATRE NOVEMBRE DEUX MILLE NEUF	AVP	Non répartition de l'indemnisation entre DFF et SE	0																
COUR D'APPEL DE METZ 1ère Chambre ARRÊT DU 12 NOVEMBRE 2009	AVP		0			0,00			7 375,00	4 800,00	0,00	9 500,00	2 500,00	2 500,00					

Référence arrêt	Domaine	Commentaires	OGROSS appelée O/N	PGPF	Créance	IP	Créance	PSU	Préjudices extra-patrimoniaux temporaires				Préjudices extra-patrimoniaux permanents				
									DFT-T	Créance	SE	PET	DFF-P	Créance	PA	PEP	PS	PE	PPE
DOSSIER N° 09/00163 ARRÊT N° 09/00047 DU 17 NOVEMBRE 2009 AL/LM COUR D'APPEL DE REIMS CHAMBRE SPECIALE DES MINEURS	CBV		0	32 688,12	32 688,12					17 934,00		13 915,00	1 400,00	4 000,00			
COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 10 ^e Chambre ARRÊT AU FOND DU 24 MARS 2010 N° 2010/ Rôle N° 08/10716 GARANTIE MUTUELLE DES FONCTIONNAIRES (GMF)	AVP	Pas de frais d'hospitalisation	0							21 000,00	3 500,00	102 340,00	7 000,00	4 000,00			
COUR D'APPEL DE MONTPELLIER 3ème CHAMBRE CORRECTIONNELLE ARRÊT N° DU 21/10/2009 DECISION INTERETS CIVILS DOSSIER 08/00513	CBV	Chambre correctionnelle	0	6 362,21						4 000,00						2 000,00	
COUR D'APPEL D'AMIENS CHAMBRE CORRECTIONNELLE	AVP	Chambre correctionnelle. Aucune information sur les DSA	0			20 000,00				20 000,00		32 000,00		2 500,00	20 000,00		
COUR D'APPEL DE NANCY première chambre civile ARRÊT N° /2010 DU 30 AOUT 2010 Numéro d'inscription au répertoire général : 06/00598	AVC	Chute/	0														
COUR D'APPEL DE DIJON 1ère CHAMBRE CIVILE ARRÊT DU 14 SEPTEMBRE 2010 N° RÉPERTOIRE GÉNÉRAL N° 08/01610	AVP			43 605,01	43 605,01					16 000,00		0,00	800,00	8 500,00		2 000,00	
COUR D'APPEL DE NANCY DEUXIÈME CHAMBRE CIVILE ARRÊT N° /10 DU 18 NOVEMBRE 2010 Numéro d'inscription au répertoire général : 10/01641	Amiante	FIVA/ Amiante - pas de recours	0														
COUR D'APPEL DE BESANÇON - 172 501 116 00013 - ARRÊT DU 23 NOVEMBRE 2010 PREMIÈRE CHAMBRE CIVILE SECTION A	CBV	Expertise ordonnée	0														
COUR D'APPEL DE NANCY première chambre civile ARRÊT N° 11/00069 DU 10 JANVIER 2011 Numéro d'inscription au répertoire général : 07/02927	AVC	Fracture dans un centre commercial	0							8 000,00		7 200,00		1 200,00			

Référence arrêt	Domaine	Commentaires	OGROSS appelée O/N	Panxiété	Atteinte à l'intégrité physique	Total indem.	Total créance indemnisée	Créance produite	Total indem hors cré indem	Ratfo créé indem/total indem	Partage de responsabilité (taux pour la personne qui n'est pas le tiers - victime)	Taux AIPP (%)	Rente	Victimes par ricochet (montants totaux)
REPUBLIQUE FRANCAISE AU NOM DU PEUPLE FRANCAIS COUR D'APPEL DE POITIERS 4ème Chambre Civile ARRÊT DU 07 MARS 2007 Numéro d'inscription au répertoire général : 05/2153	AVP	Renvoi au TGI	0			146 151	54 671		91 481	37%				
COUR D'APPEL DE DIJON CHAMBRE CIVILE A ARRÊT DU 18 DECEMBRE 2007 N° RÉPERTOIRE GÉNÉRAL N° 07/00488	AVP		0			91 127	0		91 127	0%		15%		
COUR D'APPEL DE RENNES ARRÊT DU 28 JANVIER 2009	AT/Maladie prof	FIVA/ Amiante - pas de recours	0			0	0		0	-				
COUR D'APPEL DE GRENOBLE 2EME CHAMBRE CIVILE ARRÊT DU MARDI 13 JANVIER 2009 Appel d'un Jugement (N° R.G. 04/6249)	AVC		0			20 479	10 815		9 665	53%		3%		
COUR D'APPEL DE GRENOBLE 1ERE CHAMBRE CIVILE ARRÊT DU LUNDI 02 FEVRIER 2009 Appel d'un Jugement (N° R.G. 07/00199)	AM	Mineur concerné/ Jugement infirmé	0									100%		
COUR D'APPEL DE DOUAI TROISIEME CHAMBRE ARRÊT DU 22/01/2009 ** N° MINUTE : /09 N° RG : 08/06418	Amiante	FIVA/ Amiante - pas de recours	0			0	0		0	-				
IF/AM Numéro 2284/09 COUR D'APPEL DE PAU 2eme CH - Section 1 ARRÊT DU 18 mai 2009 Dossier: 08/01477	CBV	Fonds de garantie de victime/ Pas de recours	0			0	0		0	-				
PNV/PS. DOSSIER N° 07/01489 ARRÊT N° 4 ÈME CHAMBRE JEUDI 30 AVRIL 2009 AFF : MINISTÈRE PUBLIC	CBV	Sursis à statuer	0			0	0		0	-				
COUR D'APPEL DE DIJON CHAMBRE CIVILE A ARRÊT DU 17 NOVEMBRE 2009 N° RÉPERTOIRE GÉNÉRAL N° 08/01610	AVP	Renvoi	0			0	0		0	-				
COUR D'APPEL DE TOULOUSE 3ème Chambre Section 1 *** ARRÊT DU VINGT QUATRE NOVEMBRE DEUX MILLE NEUF	AVP	Non répartition de l'indemnisation entre DFP et SE	0			11 247	4 674		6 574	42%				
COUR D'APPEL DE METZ 1ère Chambre ARRÊT DU 12 NOVEMBRE 2009	AVP		0			158 371	128 021		30 350	81%		10%		

Référence arrêt	Domaine	Commentaires	OGROSS appelée O/N	Panxiété	Atteinte à l'intégrité physique	Total indem.	Total créance indemnisée	Créance produite	Total indem hors cré indem	Ratfo cré indem/total indem	Partage de responsabilité (taux pour la personne qui n'est pas le tiers - victime)	Taux AIPP (%)	Rente	Victimes par ricochet (montants totaux)
DOSSIER N° 09/00163 ARRÊT N° 09/00047 DU 17 NOVEMBRE 2009 AL/LM COUR D'APPEL DE REIMS CHAMBRE SPÉCIALE DES MINEURS	CBV		0			99 909	54 263		45 646	54%				
COUR D'APPEL D'AIX EN PROVENCE 10 ^e Chambre ARRÊT AU FOND DU 24 MARS 2010 N° 2010/ Rôle N° 08/10716 GARANTIE MUTUELLE DES FONCTIONNAIRES (GMF)	AVP	Pas de frais d'hospitalisation	0			305 502	0		305 502	0%			Rente de 8212,50/trim estire viagère	15 000
COUR D'APPEL DE MONTPELLIER 3ème CHAMBRE CORRECTIONNELLE ARRÊT N° DU 21/10/2009 DECISION INTERETS CIVILS DOSSIER 08/00513	CBV	Chambre correctionnelle	0			66 698	50 675		16 022	76%				
COUR D'APPEL D'AMIENS CHAMBRE CORRECTIONNELLE	AVP	Chambre correctionnelle. Aucune information sur les DSA	0			111 557	0		111 557	0%		20%		
COUR D'APPEL DE NANCY première chambre civile ARRÊT N° / 2010 DU 30 AOÛT 2010 Numéro d'inscription au répertoire général : 06/006598	AVC	Chute/ 	0			22 411	12 845		9 566	57%				
COUR D'APPEL DE DIJON 1ERE CHAMBRE CIVILE ARRÊT DU 14 SEPTEMBRE 2010 N° REPERTOIRE GÉNÉRAL N° 08/01610	AVP					258 520	214 138		44 382	83%				52 602
COUR D'APPEL DE NANCY DEUXIÈME CHAMBRE CIVILE ARRÊT N° /10 DU 18 NOVEMBRE 2010 Numéro d'inscription au répertoire général : 10/01641	Amalinate	FIVA/ Amiante - pas de recours	0			0	0		0	-				
COUR D'APPEL DE BESANÇON - 172 501 116 00013 - ARRÊT DU 23 NOVEMBRE 2010 PREMIÈRE CHAMBRE CIVILE SECTION A.	CBV	Expertise ordonnée	0			0	0		0	-				
COUR D'APPEL DE NANCY première chambre civile ARRÊT N° 11/00069 DU 10 JANVIER 2011 Numéro d'inscription au répertoire général : 07/02927	AVC	Fracture dans un centre commercial	0			100 950	72 030		28 900	71%			8%	

Tribunal de grande instance

Référence arrêt	Domaine	Commentaires	OGROSS appelée O/N	Préjudices patrimoniaux temporaires							Préjudices patrimoniaux permanents				
				DSA-T	Créance	FD-T	Créance	PGPA-T	Créance CPAM	DSF-T	Créance	FLA	FVA	ATP	Créance
13/12595	AVP		0	155 169,67	150 895,20	29 951,47	13 901,95	8 125,00	0,00	643 410,27	395 376,23	169 182,00	90 035,54	174 027,00	
14/08234	AVP		0	55 583,33	55 583,33	0,00				696,28				1 152,00	
15/04031			0	35 308,67	27 693,34	2 723,44				886,06	886,06		5 113,77	90 881,36	
15/07577	AVP		0	21 534,07	21 494,09	5 046,00		66 186,59	51 708,59	18 655,98	18 665,98			6 552,00	
13/01014	AVP	Accident de 1982 indemnisé en 2017	0	5 192,80	5 192,80	0,00		161 031,52	49 952,66	5 571,76	5 571,76				
16/01996	AVP		0	29 100,33	29 100,33	884,50								1 339,00	
16/02720	AVP		0	24 213,34	24 182,19	675,00								2 392,00	
14/10547	AVP	IJ non indemnisées	0	13 401,00	13 351,00	178,60		273 863,00	222 098,00				5 905,00	51 106,00	
13/13072	AVP		0	9 606,77	9 606,77			22 007,79	22 007,79						
15/10998	AVP	Le juge n'est pas content des débours de la CPAM	0	10 008,67	10 008,67	430,00		2 000,22	2 000,22					1 696,00	
16/06009	AVP	IJ non indemnisées	0	5 867,60	5 609,60	728,00		17 027,81	17 027,81					315,00	
14/16397	AVP		0	51 420,86	51 420,86	2 774,40							0,00	2 235,00	
15/02302	AVP		0	163 807,76	157 778,19	6 001,04		0,00		193 942,49	52 578,90			56 843,34	
15/17895	AVP	Aggravation	0	18 541,28	18 422,58	2 667,22								2 760,00	
15/12556	AVP		0	226 832,55	226 816,52	1 814,94						9 299,82		83 078,30	
10/04756	AVP	Aggravation et poste non encore indemnisé		40 185,30	16 024,52			160 000,00	24 853,77	590 117,85	435 723,51				
15/02667	AVP	Créances CPAM fournies au tribunal qui ne les détaille pas	0	12 077,57	10 389,55	673,00		2 925,00						1 023,00	
14/18228	AVP		0	9 036,41	7 876,41	302,00		59 267,98	51 357,22						
15/13534	AVP		0	12 751,38	12 751,38	1 800,00		21 734,25						5 490,00	
16/08173	AVP		0	831 185,05	828 254,37	20 887,81		27 278,51	23 028,88	315 891,56	11 897,76		14 447,35	169 326,78	
16/04188	AVP		0	44 668,76	44 668,76	1 207,23		0,00					6 873,40	7 447,50	
14/07365	AVP		0	41 837,61	41 837,61	499,55		34 979,90	16 436,80	16 539,62		26 265,53		88 241,08	
16/06996	AVP	Ne porte que sur frais de logement, aides techniques et FVA	0			73 082,00						84 676,00	200 731,00		
14/16814	AVP		0	765 530,63	765 530,63	5 516,00								108 520,40	
15/00678	AVP	Impute l'allocation chômage	0	8 919,34	7 869,34	600,00		61 501,50	56 160,04				4 158,40	6 105,00	
16/11403	AVP		0	41 084,33	41 084,33	4 745,90								12 731,00	
15/12675	AVP	Pas d'assureur responsable	0												
13/10675	AVP		0	14 768,96	14 603,86			23 588,77						325,00	
15/11036	AVP		0	99 148,78	91 891,93	3 000,00								35 994,00	
15/18485	AVP		0	68 493,33	68 493,33	2 600,00								10 634,00	
15/16967	AVP		0	299 077,06	293 106,88	3 960,00		32 009,08	11 662,92	774 505,94	774 505,94			1 137 991,76	

Référence arrêt	Domaine	Commentaires	OGROSS appelée O/N	PGPF	Créance	IP	Créance	Préjudices extra-patrimoniaux temporaires						Préjudices extra-patrimoniaux permanents					
								PSU	DFT-T	Créance	SE	PET	DFF-P	Créance	PA	PEP	PS	PE	PPE
13/12595	AVP		0	67 398,00	0,00	20 000,00	0,00	21 075,50	40 000,00	3 000,00	401 170,00	0,00	20 000,00	30 000,00	15 000,00				
14/08234	AVP		0	520 632,00		50 000,00		36 630,75	30 000,00	2 000,00	108 900,00		0,00	1 500,00	5 000,00				
15/04031	AVP		0			20 000,00		7 120,83	13 333,33	1 000,00	31 066,66		6 666,66	6 666,66					
15/07377	AVP		0	100 000,00	58 693,19			6 348,50	15 000,00	500,00	32 000,00		0,00	3 000,00					
13/01014	AVP	Accident de 1982 indemnisé en 2017	0	52 788,17	26 702,81	50 000,00		63 403,75	25 000,00	2 000,00	111 150,00		0,00	5 000,00	3 000,00				
16/01996	AVP	Il non indemnisées	0			10 000,00		1 708,90	8 000,00	1 500,00	5 340,00			1 000,00	400,00				
16/02720	AVP		0	291 425,00	178 126,00			13 350,00	20 000,00	800,00	34 000,00			3 000,00	5 000,00				
14/10547	AVP		0			0,00		2 765,00	6 000,00		2 540,00					1 000,00			
13/13072	AVP	Le juge n'est pas content des débours de la CPAM	0					2 031,25	10 000,00	1 000,00	13 600,00		8 000,00	3 000,00					
15/10998	AVP		0					1 800,87	2 008,00		4 032,00		4 200,00	2 100,00					
16/06009	AVP		0	201 291,08	84 395,76	60 000,00		5 046,00	35 000,00	2 000,00	51 800,00		10 000,00	4 500,00	5 000,00				
14/16397	AVP		0	47 009,70		40 000,00		11 610,00	18 000,00	2 500,00	218 400,00		0,00	6 000,00	8 000,00				
15/02302	AVP	Aggravation	0					4 246,00	8 000,00		3 900,00			1 200,00					
15/17895	AVP		0					15 099,50	30 000,00		52 000,00			8 000,00					
11/12556	AVP	Aggravation et poste non encore indemnisé	0	595 845,00	248 340,23	100 000,00					7 500,00								
10/04756	AVP	Créances CPAM fournies au tribunal qui ne les détaille pas	0					1 836,00	6 000,00		10 500,00			1 500,00					
15/02667	AVP		0	71 061,21	41 061,21			3 850,00	8 000,00		9 800,00		10 000,00						
14/18228	AVP		0			50 000,00		2 231,00	18 000,00	500,00	23 000,00		10 000,00	3 000,00					
15/13534	AVP		0	234 296,38	234 296,38	50 000,00		10 940,00	30 000,00	1 500,00	136 800,00		10 000,00	15 000,00					
16/08173	AVP		0			10 000,00		5 439,50	15 000,00	1 500,00	22 081,00		5 000,00	4 000,00					
16/04188	AVP		0	115 989,95	0,00	3 000,00		13 276,87	15 000,00	0,00	63 336,00		3 000,00	1 500,00	6 000,00				
14/07365	AVP	Ne porte que sur frais de logement, aides techniques et FVA	0																
16/06996	AVP		0																
14/16814	AVP		0	0,00		100 000,00		21 100,00	60 000,00	5 000,00	500 720,00		0,00	35 000,00	20 000,00				
15/00678	AVP	Impute l'allocation chômage	0	89 574,50	63 356,58	5 000,00		4 493,75	12 000,00		28 000,00		5 000,00						
16/11403	AVP	Pas d'assureur responsable	0					11 062,00	10 000,00		36 000,00		0,00						
15/12675	AVP		0	0,00															
13/10675	AVP		0			30 000,00		3 091,20	10 000,00	800,00	2 760,00		2 000,00	2 000,00	0,00				
15/11036	AVP		0			70 000,00		8 400,00	30 000,00	6 000,00	93 900,00		8 000,00	12 000,00	3 000,00				
15/18485	AVP		0	0,00				10 544,00	25 000,00	500,00	65 000,00		0,00	3 000,00	8 000,00				
15/16967	AVP		0	642 986,46	133 331,95	60 000,00		24 725,00	35 000,00		409 500,00		25 000,00	25 000,00	20 000,00				

Référence arrêt	Domaine	Commentaires	OGRROSS appelée O/N	Panxiété	Atteinte à l'intégrité physique	Total indem.	Total créance indemnisée	Créance produite	Total indem hors cré indem	Ratio cré indem/total indem	Partage de responsabilité (taux pour la personne qui n'est pas le tiers - victime)	Taux AIPP (%)	Rente	Victimes par ricochet (montants totaux)
13/12595	AVP		0			1 901 446,40	560 173,38		1 341 273,02	0,29		0,77	7 665€ (AIP)	96 000,00
14/08234	AVP		0			832 094,36	55 583,33		776 511,03	0,07		0,33		20 000,00
15/04031	AVP		0			227 434,10	28 579,40		198 854,70	0,13	0,33			
15/07577	AVP		0			274 823,14	150 561,85		124 261,29	0,55				
13/01014	AVP	Accident de 1982 indemnisé en 2017	0			484 138,00	87 420,03		396 717,97	0,18		0,45		
16/01996	AVP		0			70 247,58	29 100,33		41 147,25	0,41		0,10		
16/02720	AVP	IJ non indemnisés	0			55 229,24	24 182,19		31 047,05	0,44		0,03		
14/10547	AVP		0			712 028,60	413 575,00		298 453,60	0,58				
13/13072	AVP		0			43 919,56	33 896,69		10 022,87	0,77				
15/10998	AVP	Le juge n'est pas content des débours de la CPAM	0			53 766,14	12 008,89		41 757,25	0,22				
16/06009	AVP	IJ non indemnisés	0			41 579,27	22 637,40		18 941,87	0,54				
14/16397	AVP		0			431 067,34	135 820,62		295 246,72	0,32		0,20		
15/02302	AVP		0			772 114,33	210 357,09		561 757,24	0,27		0,60		28 579,55
15/17895	AVP	Aggravation	0			41 314,50	18 422,58		22 891,92	0,45		0,03		
15/12556	AVP		0			426 125,11	226 816,52		199 308,59	0,53				
10/04756	AVP	Aggravation et poste non encore indemnisé	0			1 493 648,15	724 942,03		768 706,12	0,49		0,05		
15/02667	AVP	Créances CPAM fournies au tribunal qui ne les détaille pas	0			36 534,57	10 389,55		26 145,02	0,28		0,07		
14/18228	AVP		0			171 317,60	100 294,84		71 022,76	0,59				55 773,34
15/13534	AVP		0			598 506,63	12 751,38		585 755,25	0,02		0,15		
16/08173	AVP		0			1 867 553,44	1 228 417,37		639 136,07	0,66		0,45		2 729,36
16/04188	AVP		0			123 217,39	44 668,76		78 548,63	0,36		0,12		
14/07365	AVP		0			429 466,10	58 274,41		371 191,69	0,14		0,58		31 500,00
16/06996	AVP	Ne porte que sur frais de logement, aides techniques et FVA	0			358 489,00	0,00		358 489,00	0,00		0,90		
14/16814	AVP		0			1 656 387,03	765 530,63		890 856,40	0,46		0,887	0 69 128,96€	54 000,00
15/00678	AVP	Impute l'allocation chômage	0			226 852,49	127 385,96		99 466,53	0,56		0,20		
16/11403	AVP		0			115 623,23	41 084,33		74 538,90	0,36				4 150,00
15/12675	AVP	Pas d'assureur responsable	0			0,00	0,00		0,00	-				
13/10675	AVP		0			59 333,93	14 603,86		44 730,07	0,25				
15/11036	AVP		0			329 442,78	91 891,93		237 550,85	0,28			Rente viagère trimestrielle de 4575 euros	
15/18485	AVP		0			266 771,33	68 493,33		198 278,00	0,26		0,23		5 000,00
15/16967	AVP		0			3 509 755,30	1 212 607,69		2 297 147,61	0,35			Rente trimestrielle temporaire 7 ans de 1522,25€	

ANNEXE X

Comparaisons internationales

SOMMAIRE

1. CAS DE LA NOUVELLE-ZÉLANDE	1
1.1. Le contenu du rapport Woodhouse.....	2
1.2. Le régime « no fault » mis en place depuis 1974	2
1.3. Les évolutions du régime.....	2
1.4. Les chiffres.....	3
2. LE CAS DU QUÉBEC.....	3
2.1. Un régime d'indemnisation issu d'un compromis social.....	3
2.1.1. <i>Les principes directeurs de la loi : la personne avant toute chose</i>	4
2.1.2. <i>Les contours du compromis social</i>	6
2.2. La récupération des fonctions traditionnelles de la responsabilité civile par d'autres mécanismes	11
2.2.1. <i>La responsabilité pénale et administrative</i>	12
2.2.2. <i>Les réalités commerciales</i>	14
3. ETUDES DOCTRINALES POUR LA SUPPRESSION DE LA RESPONSABILITÉ	17
3.1. Le diagnostic	18
3.2. La thérapie	19

Annexe X

Cette annexe résulte de la compilation de documents communiqués par un expert rencontré par la mission et n'est donc pas le produit de travaux propres de la mission. Les auteurs sont les suivants :

- ◆ D. Gardnier, Sens et non-sens de la responsabilité civile en matière d'accidents de la circulation, in J. Le bourg et C. Quézel-Ambrunaz (dir.), Sens et non-sens de la responsabilité civile, Université Savoie Mont Blanc, à Paraître
- ◆ Rapport Woodhouse, qui a préfiguré le changement néozélandais.
- ◆ Ken Oliphant pour le résumé du système néozélandais.

Les accidents de la circulation ont constitué, au cours du dernier siècle, un laboratoire important de développement des règles de la responsabilité civile. Contrairement aux accidents du travail où le risque résultant d'une activité est, dans une large mesure, confiné à des lieux précis et ne concerne que des personnes qui sont déjà en relation entre elles (employeur / travailleur), l'utilisation de l'automobile crée un risque qui a des effets sur la société tout entière. Conducteur, passager, piéton, détenteur ou non d'un permis de conduire, nous sommes tous visés par le risque que représente la présence de l'automobile.

Si l'on ajoute à cela le fait que les accidents de la circulation sont à l'origine du plus grand nombre de décès et de préjudices corporels graves, lorsque comparé aux autres types d'accidents, on comprend que les développements les plus importants, en matière de responsabilité civile et d'assurance, ont généralement eu pour origine l'automobile. Assurance obligatoire, fonds de garantie, alourdissement du fardeau de preuve imposé au créateur du risque, amélioration des techniques d'évaluation du dommage corporel, voilà des exemples où l'automobile constitue souvent le point de départ des innovations apportées. En comparaison avec les accidents du travail, où le système d'indemnisation demeure archaïque dans la plupart des pays avec la survivance de barèmes « anatomiques » d'indemnisation, le domaine des accidents de la circulation a su évoluer en forçant la modernisation des règles traditionnelles de la responsabilité civile.

1. Cas de la Nouvelle-Zélande¹

En Nouvelle Zélande, un travail d'analyse relatif à l'indemnisation du dommage corporel a été effectué dans le cadre du rapport Woodhouse de décembre 1967 (« Compensation for personal injury in New Zealand, report of the royal Commission of inquiry »), et a préfiguré une refonte du système néo-zélandais.

Ce système dit « no fault » a été instauré le 1^{er} avril 1974. Il est connu sous l'acronyme ACC² d'après l'organisme qui le gère « Accident Compensation Corporation » qui indemnise toutes les victimes d'accidents pour leurs dommages corporels.

La Nouvelle-Zélande est le premier pays au monde à avoir instauré un tel système.

¹ Note résumé de la Cour de cassation (Ken Olifant)

² <http://www.acc.co.nz/index.htm>

1.1. Le contenu du rapport Woodhouse

Ecrit par le juge Sir Owen Woodhouse, ce rapport officiel a ouvert la voie à l'introduction d'un régime d'indemnisation sans prendre en compte l'existence ou non d'une faute. Le rapport reconnaît l'incapacité fondamentale du droit à indemniser efficacement les victimes d'accidents. Il se fonde sur cinq principes afin de promouvoir une réforme :

- ◆ la responsabilité communautaire ;
- ◆ une couverture complète ;
- ◆ une indemnisation réelle ;
- ◆ une réhabilitation complète ;
- ◆ l'efficacité administrative.

Le rapport propose l'abolition du droit d'action pour l'indemnisation du dommage corporel.

1.2. Le régime « no fault » mis en place depuis 1974

Le nouveau régime couvre tous les accidents : accidents du travail, de la route, accidents domestiques, sportifs ou médicaux. L'innovation à l'époque portait notamment sur les accidents médicaux. Sont exclues l'indemnisation des conséquences d'une maladie ou du vieillissement. L'article 69 de la loi décrit les prestations versées.

Le droit au recours est donc de ce fait supprimé (sauf lorsqu'il est souhaité obtenir la reconnaissance de dommages et intérêts exemplaires) : l'article 317 de la loi abolit l'action en responsabilité civile ; l'article 321 fait fonctionner le recours à l'envers : ainsi, si une personne a été indemnisée, c'est la corporation (le tiers payeur) qui déduit l'indemnisation de sa prestation ou effectue un recours contre le bénéficiaire.

Le régime indemnise les pertes économiques et non économiques, il couvre les frais médicaux, le manque à gagner et les services de réadaptation. L'indemnisation n'est pas totale puisque les indemnités de remplacement du revenu sont plafonnées à 80 % avec un plafond annuel. L'indemnisation du préjudice est globale, mais la souffrance endurée n'est pas indemnisée. En cas de décès, les membres de la famille à charge du défunt reçoivent une indemnisation.

Le régime est financé par un fonds géré par l'ACC. Ses ressources proviennent de cotisations payées par les employeurs, les travailleurs indépendants, une partie de la vente des permis de conduire motos et voitures, et 1 % de l'impôt sur le revenu).

1.3. Les évolutions du régime

Le régime doit faire face à une explosion des coûts en 1986, en raison d'une explosion des compensations sans que les recettes ne suivent. Une hausse sans précédent des cotisations a lieu : 192 % en moyenne pour les employeurs, 265 % pour les travailleurs indépendants.

Le régime ACC devient plus restrictif. Une loi en 1992 limite l'indemnisation. En ce qui concerne les accidents médicaux, seuls deux cas sont couverts : la négligence d'un prestataire de santé (« medical error ») et la conséquence rare et sévère d'un traitement (« medical mishap ») avec un seuil minimal en termes de durée d'invalidité. En outre, le risque de survenance doit être d'au maximum 1 %. En 1999, l'indemnisation des accidents du travail est à nouveau privatisée et renvoyée au marché par une loi, mais en 2000, le monopole d'Etat est à nouveau rétabli.

Annexe X

Le régime d'indemnisation des accidents médicaux a été modifié par une loi de 2005 dans un sens plus favorable en substituant au concept de « medical mishap » celui de préjudice personnel causé par un traitement médical (« treatment injury »). Il faut que le préjudice personnel soit lié à un traitement dispensé par des prestataires de soins enregistrés, qu'il ne soit pas une partie nécessaire ou une conséquence normale du traitement et qu'il ne soit pas causé par l'état de santé antérieur du patient.

La loi autonomise le processus d'indemnisation du processus de notification aux autorités disciplinaires.

La réforme conduit à accroître le coût de l'indemnisation dans le domaine des accidents médicaux de 8,7 M NZ\$. Les délais sont réduits et une analyse systématique des causes des accidents médicaux afin d'améliorer leur prévention est prévue.

1.4. Les chiffres

L'ACC a reçu 1,84 M de réclamation en 2015, dont 1,58 M ne concernent que les frais médicaux. L'acceptation sociale du régime est assurée par le fait que 30 % de la population, chaque année, a un dossier ouvert à l'ACC. Les provisions sont de 81 Mds NZ\$ fin 2015. Le total des recettes était de 4,24 Mds NZ\$ en 2015 et des recettes de 4,22 Mds NZ\$ avec un excédent de 868 M NZ\$.

Le personnel est de l'ordre de 2000 personnes. Seules 15 000 réclamations aboutissent au versement d'une indemnisation. Près de 2000 à 2500 réclamations sont adressées à l'ACC dans le domaine des accidents médicaux, dont 60 % sont rejetés.

2. Le cas du Québec

L'analyse suivante est de D. Gardner : Sens et non-sens de la responsabilité civile en matière d'accidents de la circulation, in J. Le Bourg et C. Quézel-Ambrunaz (dir.), Université Savoie Mont Blanc, à Paraître]

Le système d'assurance automobile en vigueur au Québec depuis 1978 est un exemple probant de la séparation des fonctions traditionnelles de la responsabilité civile : dans cet état, les fonctions de punition et de dissuasion, d'une part, ont pu être distinguées de la fonction de réparation au point de créer ce que les anglo-saxons appellent un système de *pure no-fault*.

2.1. Un régime d'indemnisation issu d'un compromis social

Face à une situation où six personnes perdaient la vie chaque jour sur les routes du Québec, pour une population inférieure à six millions d'habitants, un groupe de travail présidé par un actuaire a été formé avec le mandat de proposer des solutions visant à diminuer le montant des primes d'assurance et, surtout, à mieux indemniser les victimes d'accidents de la circulation. Ainsi, le rapport révélera que le quart des victimes de la route ne reçoivent aucune indemnité à la suite d'un accident, que ce soit en raison de leur propre faute, d'un délit de fuite ou de l'insolvabilité du responsable. Les coûts et les délais inhérents à un procès civil sont par ailleurs signalés comme représentant des irritants majeurs en ce domaine, alors que le principe de la réparation intégrale demeure davantage un vœu pieux qu'une réalité pour les victimes.

Annexe X

S'inspirant de la situation vécue en Nouvelle-Zélande, où un régime novateur d'indemnisation avait été mis en place à la même époque, le rapport Gauvin propose l'instauration d'un régime d'indemnisation « sans égard à la responsabilité de quiconque », où la faute ne joue plus aucun rôle et où la fonction de *réparation* de la responsabilité civile est isolée dans une loi dont le titre, fait significatif, renvoie à l'assurance et non plus à la responsabilité.

D'abord mis en veilleuse par le gouvernement qui avait commandé l'étude, le rapport sera « réactivé » trois ans après sa sortie (en 1974) à l'occasion de l'accession au pouvoir d'une autre formation politique. C'est ainsi que la *Loi sur l'assurance automobile*³ sera adoptée rapidement en novembre 1977, un an après l'arrivée au pouvoir du Parti Québécois, son entrée en vigueur étant fixée au 1^{er} mars 1978.

2.1.1. Les principes directeurs de la loi : la personne avant toute chose

Le titre apparaissant ci-dessus reprend le premier slogan utilisé pour faire connaître le nouveau régime d'indemnisation. *La personne avant toute chose*, cela signifie d'abord qu'une nette distinction est opérée entre les dommages corporels et les dommages matériels. Cela signifie également que l'indemnisation automatique de toutes les victimes est érigée au rang de règle cardinale, par un rejet total de la notion de faute.

2.1.1.1. Une nette distinction entre les dommages corporels et les dommages matériels

En raison de la difficulté inhérente à l'évaluation du dommage corporel, les auteurs du rapport Gauvin avaient noté que le régime traditionnel, fondé sur la faute, avait pour conséquence une indemnisation beaucoup plus rapide des dommages matériels résultant d'un accident de la circulation que des dommages corporels. La *Loi sur l'assurance automobile* cherche à renverser cette tendance, en distinguant nettement les acteurs chargés de l'indemnisation.

En ce qui concerne les dommages matériels, les compagnies d'assurances privées continueront à offrir les mêmes protections qu'auparavant :

- ◆ une assurance pour les dommages matériels causés à autrui, obligatoire depuis 1961 et qui est simplement reconduite dans le nouveau texte de loi (art. 85-87 LAA) ;
- ◆ une assurance tous risques ou assurance collision, optionnelle, par laquelle le propriétaire d'un véhicule choisit, moyennant une prime majorée, de s'assurer de toutes les conséquences d'un accident, sans égard à sa conduite (avec la limite habituelle de la faute intentionnelle).

En fait, la seule nouveauté consiste à mettre en place, à la demande des assureurs eux-mêmes, une *Convention d'indemnisation directe pour le règlement des sinistres automobiles*⁴ qui prédétermine les parts de responsabilité découlant d'une collision survenue au Québec entre les propriétaires identifiés de deux automobiles ou plus. L'assuré peut évidemment contester la part de responsabilité qui lui est attribuée, puisqu'il n'a pas signé l'entente en question. On rejoint ici le régime existant dans plusieurs pays à travers le monde, que l'on désigne en France sous le vocable Convention IRSA. **La différence est qu'au Québec, cette convention ne vise que les dommages matériels résultant d'une collision entre automobiles.**

Si la *Loi sur l'assurance automobile* modifie assez peu le domaine de l'indemnisation du dommage matériel, il en va tout autrement en ce qui concerne les dommages corporels, où une compagnie d'assurance publique est créée lors de l'adoption de la loi.

Annexe X

Cette nouvelle entité, d'abord appelée Régie de l'assurance automobile, deviendra la Société de l'assurance automobile du Québec (ci-après « SAAQ ») en 1989. **Il s'agit sans aucun doute de la modification la plus fondamentale dans les structures existantes, puisque la SAAQ opère dans un cadre monopolistique, les assureurs privés n'ayant plus la possibilité de vendre des produits d'assurance en lien avec l'indemnisation du dommage corporel sauf en complément du régime public** ; les parts de marché sont alors extrêmement faibles en raison de la couverture étendue offerte par la SAAQ.

Il est intéressant de noter que les auteurs du rapport Gauvin n'avaient pas proposé spécifiquement la création d'un monopole d'État. Le gouvernement en place en 1977 a jugé qu'un monopole permettrait de réaliser des économies d'échelle, en mettant par ailleurs sur pied un organisme plus proche du monde de la santé (un système public universel est en place au Québec). Au vu des statistiques qui seront dévoilées un peu plus loin, on ne peut lui donner tort.

En lien avec ce dernier point, il est nécessaire de bien comprendre le statut de la SAAQ, une compagnie d'assurance publique dont le patrimoine est distinct de celui de l'État. En ce qui concerne les sommes prévues pour l'indemnisation des victimes, on parle d'un « Fonds d'assurance, constitué à titre de patrimoine fiduciaire d'utilité sociale », qui ne fait pas partie des actifs de l'État et est protégé de toute ponction de la part de ce dernier. La *Loi sur la société de l'assurance automobile du Québec* prévoit notamment que la modification des contributions d'assurance est faite sur la foi d'un rapport d'un « conseil d'experts » et « n'est pas soumis à l'approbation du gouvernement ».

2.1.1.2. Un rejet complet de la notion de faute

Le slogan *La personne avant toute chose* prend tout son sens lorsque l'on examine le texte de la *Loi sur l'assurance automobile*, où la notion de faute n'est mentionnée nulle part dans le titre consacré à l'indemnisation du dommage corporel. L'article 5 de la loi pose le principe fondamental en énonçant que l'indemnisation des victimes doit se faire « sans égard à la responsabilité de quiconque ». Le régime québécois est donc beaucoup plus qu'un régime d'indemnisation sans égard à la *faute*, que ce soit celle de la victime ou d'un autre acteur à l'origine de l'accident ; on traite ici d'indemnisation sans égard à la *responsabilité*, où la force majeure (l'état de la route, les conditions climatiques, etc.) ne permettent pas à la SAAQ d'échapper à son obligation d'indemniser.

De plus, le très large domaine d'application de la loi désamorce une grande partie du contentieux susceptible de naître quant à sa portée, seuls les cas d'une évidence criante (*v.g.* la personne qui chute du balcon d'un immeuble et tombe sur un véhicule stationné) n'étant pas visés par la loi.

Concrètement, cela signifie que :

- ◆ l'arbre qui tombe sur une automobile et tue son conducteur donne ouverture à l'application de la loi, que l'automobile ait été ou non en mouvement au moment de l'accident ;
- ◆ le processus d'embarquement et de débarquement d'une automobile est visé par la loi, que le moteur ait été ou non en marche à ce moment ;
- ◆ il n'est pas nécessaire que le véhicule soit en marche ou qu'un conducteur soit présent dans l'automobile au moment de l'accident, notamment lorsqu'un cycliste tombe en tentant d'éviter un véhicule stationné après avoir tourné au coin d'une rue, alors que le véhicule était caché par un immeuble ou une clôture⁹ ;

Annexe X

- ◆ la notion de dommage aggravé ou de dommage distinct n'est pas applicable en la matière. Ainsi, la victime qui considère que les secouristes ont commis une faute lorsqu'ils lui ont prêté assistance, sur les lieux de l'accident, ne peut les poursuivre en justice mais a le droit d'être indemnisée par la SAAQ pour l'entièreté de son préjudice¹⁰.

Sous le régime québécois, le rejet de la faute est tellement complet que la faute lourde, la faute inexcusable et même la faute intentionnelle de la victime ne sont pas des critères pertinents. En effet, l'article premier de la loi définit le terme « accident » comme signifiant « tout évènement au cours duquel un préjudice est causé par une automobile ». Ainsi, le suicide du conducteur est couvert par la loi, en dérogation explicite au principe traditionnel du droit des assurances où la faute intentionnelle fait disparaître la notion d'aléa. À plus forte raison, la conduite téméraire, sans permis ou alors que les facultés sont gravement affaiblies par l'alcool ou la drogue ne sont pas des motifs permettant à la SAAQ de refuser d'indemniser la victime.

Une seule règle, introduite en 1990, vient indirectement tenir compte de la faute du conducteur. Lorsqu'un acte criminel a été commis au volant d'une automobile, son auteur qui a également été blessé dans l'accident verra son indemnité pour pertes salariales – mais seulement cette indemnité – partiellement réduite pendant la durée de son incarcération, en fonction du nombre de personnes à sa charge (art. 83.30 LAA). Le législateur veut ici éviter de sur-indemniser la personne qui n'encourt aucuns frais de subsistance, pendant le temps où elle séjourne en prison. On comprend que la disposition est en pratique rarement appliquée, en raison de ses strictes conditions d'ouverture. De plus, la condamnation criminelle ne remet nullement en cause l'immunité de poursuite civile prévue dans la loi.

2.1.2. Les contours du compromis social

L'expression *compromis social* appliqué dans le domaine de la responsabilité civile génère son lot d'opposants et est synonyme, pour plusieurs, de perte inacceptable de droits pour les victimes potentielles. En France, cela renvoie au régime d'indemnisation des accidents du travail, un système mis en place en 1898 : la « barémisation » des indemnités qui résulte de ce système est perçue comme l'illustration parfaite d'un compromis inacceptable et explique l'attachement des juristes français au principe de la réparation intégrale et à la nécessité d'avoir accès aux tribunaux pour obtenir la liquidation de l'indemnité.

Il existe pourtant une autre façon d'examiner la question, tant en ce qui concerne le principe de la réparation intégrale que le maintien du pouvoir des juges.

2.1.2.1. *Le compromis relatif aux indemnités disponibles*

Indemniser *toutes* les victimes d'un accident de la circulation, sans le filtre que représente l'analyse subjective du comportement des parties impliquées, est susceptible d'alourdir considérablement les coûts du régime. **Quand on sait qu'environ les deux tiers des accidents ont pour cause *unique* une erreur de conduite (le facteur humain joue dans plus de 90 % des accidents) et que les conducteurs représentent beaucoup plus de la moitié des victimes d'accidents de la circulation, on réalise que l'instauration d'un régime d'indemnisation automatique a un coût.** Ainsi, en France pour l'année 2013, on comptait 2 433 décès parmi les motocyclistes, les usagers de véhicules de tourisme, de véhicules utilitaires et de poids lourd, sur un total de 3 268 décès. Et parmi les victimes occupant un véhicule au moment de l'accident, 80 % d'entre elles étaient conductrices³

Au Québec, la transition a pu s'opérer en raison d'un abandon partiel du principe de la réparation intégrale, sans pour autant tomber dans l'ornière de la barémisation.

2.1.2.1.1. *Les dépenses de nature médicale*

Ce premier poste d'indemnisation couvre à l'évidence les soins hospitaliers et les médicaments, mais aussi le recours à l'assistance d'une tierce personne, les prothèses, équipements ainsi que toutes les mesures de réadaptation physique (physiothérapie, adaptation du domicile) et sociale (adaptation du véhicule, des équipements de loisirs) qui sont rendues nécessaires en raison de l'état de santé de la victime.

En ce domaine, qualifié par la Cour suprême du Canada comme étant « la considération essentielle dans l'évaluation des dommages-intérêts » pour la victime gravement blessée, il n'existe aucun maximum pré-établi et la SAAQ indemnise de la même manière que le feraient les tribunaux judiciaires, en fonction de la nécessité médicale des soins et des équipements. On peut même affirmer qu'elle le fait mieux que les tribunaux de droit commun, astreints à un mode forfaitaire et définitif de liquidation des dommages¹³. En matière d'accident d'automobile, l'indemnisation est faite selon les besoins médicalement constatés et le dossier de la victime n'est jamais fermé.

Il existe bien sûr des normes chiffrées d'indemnisation : à titre d'exemple, les frais de physiothérapie sont remboursés à raison de 55 \$ par traitement en clinique privée, ce qui semble donc imposer un plafond susceptible de porter atteinte aux droits des victimes. Le problème est toutefois plus apparent que réel puisque la vaste majorité des cliniques de physiothérapie se « contentent » d'un tel montant, pourtant inférieur de 30 à 40 % à leurs tarifs habituels, en raison du volume important de clients qui résulte d'une affiliation avec la SAAQ et de la facilité à être payé directement par l'organisme, sans avoir à impliquer le patient.

2.1.2.1.2. *Les pertes salariales*

Deux formes de plafonnement de l'indemnité couvrant les pertes salariales de la victime résultent de l'application de la *Loi sur l'assurance automobile* :

³ Voir ONISR, *La sécurité routière en France*, Paris, la Documentation juridique française, 2015, [ladocumentationfrancaise.fr, 0551.pdf](http://ladocumentationfrancaise.fr/0551.pdf)

Annexe X

- ◆ d'une part, le montant maximal admissible aux fins du calcul de l'indemnité de remplacement du revenu est établi à 72 500 \$ par année en 2017 (art. 54, soit un peu plus de 50 000 €). En effet, la prime d'assurance automobile payée à la SAAQ étant au départ la même pour tous les conducteurs, sans tenir compte de leur âge et de leur niveau de revenu (seul le dossier de conduite compte), il est apparu inéquitable que les hauts salariés puissent être indemnisés pour l'entièreté de leurs pertes salariales, alors qu'ils acquittent la même faible prime que les conducteurs moins bien nantis. Le maximum établi permet ainsi à 85 % des travailleurs québécois de toucher une pleine indemnité à ce titre, les 15 % restants (ceux dont les revenus dépassent 72 500 \$) étant incités à acquérir une assurance complémentaire ;
- ◆ d'autre part, la loi limite à 90 % du revenu net de la victime l'indemnité qui lui sera versée pendant la durée de son incapacité¹⁵. On veut ainsi tenir compte du fait que des dépenses reliées à l'exercice de l'emploi ne sont plus engagées pendant la période d'incapacité (frais de déplacement, repas à l'extérieur, etc.). De plus, il a été jugé contre-productif de ne pas maintenir un certain incitatif à retourner au travail.

Ces deux mesures portent clairement atteinte au principe de la réparation intégrale mais elles le font d'une manière limitée et surtout sans abandonner la règle de l'évaluation personnalisée du préjudice. En ce domaine, il n'y a en effet aucune place à la *barémisation* : ce n'est pas la gravité objective des blessures qui détermine le montant de l'indemnité mais bien l'incapacité à exercer ses fonctions habituelles. Ainsi, pour reprendre l'exemple rebattu du pianiste de concert qui perdrait l'usage de l'auriculaire droit lors d'un accident de la circulation, l'indemnité de remplacement du revenu sera complète puisqu'il est dorénavant incapable d'exercer sa fonction antérieure. Il en va de même des étudiants (octroi d'une indemnité pour retard dans les études qui deviendra, à la fin présumée de celles-ci, une indemnité de remplacement du revenu basée sur le salaire québécois moyen), des victimes en situation de chômage (calcul d'une indemnité de remplacement du revenu en fonction des aptitudes de la victime, après une période de carence de six mois), etc.

Comme on peut le constater, indemnisation automatique n'est pas nécessairement synonyme d'indemnisation standardisée : la *Loi sur l'assurance automobile* montre qu'il est tout à fait possible de concilier indemnisation sans égard à la responsabilité et indemnisation personnalisée.

2.1.2.1.3. Les pertes non pécuniaires

Le caractère mixte du système de droit québécois ressort à l'évidence lorsque l'on examine la question de l'indemnisation des pertes non pécuniaires, des pertes par essence incommensurables. Alors que le juriste français ne peut imaginer une indemnisation qui ne reposerait pas sur le principe de la réparation intégrale, le juriste canadien a adopté depuis longtemps une approche plus pragmatique. La Cour suprême, après avoir rappelé que le principe de la réparation intégrale devait, en droit commun, être appliqué à l'indemnisation des pertes pécuniaires telles les dépenses médicales et les pertes salariales, ajoute toutefois :

D'autres considérations dominent en matière de dommages-intérêts pour pertes non pécuniaires. Dans ce domaine le principe de *restitutio in integrum* ne peut s'appliquer que de façon limitée. On ne saurait attribuer à la perte d'un membre ou des facultés mentales une valeur monétaire. L'argent ne peut pas réparer des lésions cérébrales ni faire disparaître l'angoisse et les souffrances. Comme l'a dit la Cour dans l'arrêt *Andrews* : « Le bonheur et la vie n'ont pas de prix. L'évaluation monétaire des pertes non pécuniaires est plus un exercice philosophique et social qu'un exercice juridique ou logique. »

Annexe X

C'est pourquoi il existe au Canada, depuis 1978, un plafond d'indemnisation pour les pertes non pécuniaires, à l'instar de la situation prévalant en Angleterre, en Irlande, en Australie et dans plus de la moitié des États américains. L'objectif du présent texte n'est pas d'analyser tous les aspects entourant cette question (mode d'établissement du plafond, avantages et inconvénients) mais plutôt de comprendre à quel point l'existence d'une limite d'indemnisation pour les pertes non pécuniaires, en droit commun de la responsabilité civile, facilite la tâche du législateur dans le cadre de l'application d'un régime de compensation sans égard à la responsabilité. En matière d'accidents d'automobile, il a suffi de retenir la même limite maximale qu'en droit commun, en déduisant les honoraires d'avocats qui résultent d'un recours aux tribunaux judiciaires.

En retenant les chiffres en vigueur en 2017 (le plafond d'indemnisation suit l'évolution du coût de la vie), on en arrive à une indemnité maximale de 242 311 \$ (170 000 €) pour les « douleurs, souffrances et perte de jouissance de la vie » d'une victime d'accident de la circulation (art. 73 LAA). Ce montant correspond aux deux tiers du plafond existant en droit commun de la responsabilité civile (365 000 \$), amputé des honoraires extrajudiciaires exigés pour représenter une victime de blessures catastrophiques, honoraires qui ne sont plus nécessaires dans un système où la responsabilité n'est plus un enjeu⁴.

Bref, que l'on examine la question sous l'angle de l'indemnisation des pertes non pécuniaires ou des pertes salariales, on constate que le compromis consiste ici à renoncer au principe de la réparation intégrale, d'une manière raisonnable et sans mettre de côté la nécessité de procéder à une évaluation personnalisée du préjudice. La population accepte sans peine l'idée de telles limites, puisqu'elles sont largement compensées par la promesse d'une assistance médicale et de l'accès à des mesures de réadaptation non plafonnées, ainsi qu'en raison de la certitude d'une indemnisation rapide et automatique, sans que la conduite de la victime ne puisse être remise en cause. Cela explique également l'idée sous-tendant le deuxième volet de ce compromis social, que nous allons maintenant analyser.

2.1.2.2. Le compromis relatif à la possibilité d'intenter un recours civil

On peut résumer ainsi le choix opéré par le législateur québécois en 1977 : abandon de tout droit de poursuite en faveur d'un droit plus fondamental, le droit à l'indemnisation. On peut bien se gargariser de belles formules et affirmer que le droit de la responsabilité civile est devenu un droit de la réparation, mais cela n'a de véritable sens que si la notion de faute est totalement évacuée et ne sert plus à filtrer les victimes qui auront la possibilité d'accéder à ce droit à la réparation. C'est ce que réalise, on l'a vu, le régime d'assurance automobile en vigueur au Québec. On comprend donc que l'abandon à toute référence à la faute de la victime ait logiquement sa contrepartie pour tous les acteurs impliqués dans un accident de la circulation. L'article 83.57 LAA prévoit ce qui suit :

Les indemnités prévues au présent titre [celui concernant le préjudice corporel] tiennent lieu de tous les droits et recours en raison d'un préjudice corporel et nulle action à ce sujet n'est reçue devant un tribunal.

⁴ Les honoraires de l'avocat dans un tel cas (33 %) sont beaucoup plus élevés au Canada qu'en France, parce que les procédures judiciaires sont beaucoup plus complexes. Par ailleurs, le plafond d'indemnisation en droit commun de 365 000 \$ en janvier 2017 (255 000 €) peut apparaître faible pour le juriste français mais il est largement compensé par le fait que le calcul des pertes de nature pécuniaire est beaucoup plus sophistiqué au Canada, notamment en ce qui concerne les incidences fiscales et le barème de capitalisation.

Annexe X

On touche ici au coeur du régime d'indemnisation, puisque l'impossibilité – absolue – d'intenter un recours civil en complément d'indemnité oblige l'organisme en charge à offrir des compensations suffisamment généreuses aux victimes d'accidents d'automobile : un écart trop grand par rapport aux montants qui auraient pu être obtenus d'un tribunal judiciaire entraînerait nécessairement une rébellion dans la population. C'est pourquoi le régime québécois d'assurance automobile est condamné à l'excellence et que ses normes d'indemnisation doivent être périodiquement revues, afin de suivre l'évolution des règles appliquées en droit commun. La survivance d'un régime obsolète tel le régime français des accidents du travail est inconcevable dans le contexte québécois.

L'immunité complète de poursuite civile entraîne également des économies importantes, ce qui explique qu'environ 90 % du montant des primes perçues retournent aux victimes sous forme d'indemnité. En comparaison, le système d'assurance automobile en vigueur dans la province voisine (Ontario), où les recours devant les tribunaux judiciaires sont permis, génère des coûts de fonctionnement de 37 cents pour chaque dollar de prime versée (frais d'administration, frais d'avocats, etc.).

Une dernière conséquence de l'interdiction d'intenter une poursuite civile est l'absence de tout recours subrogatoire de la part de l'organisme d'indemnisation. Cette situation, impensable en France où les recours subrogatoires pullulent et où le législateur a dû intervenir pour les encadrer, implique que la SAAQ, loin de générer des coûts supplémentaires dans le système d'indemnisation en poursuivant le responsable, profite en fait à l'ensemble des citoyens. Ainsi, chaque année, la SAAQ rembourse à l'État environ 100 millions de dollars afin de couvrir les coûts de santé (hospitalisation, salaires du personnel soignant) encourus par les victimes de la route, sans aucun espoir de les récupérer d'un éventuel responsable de l'accident... puisqu'il n'y a plus de responsable à poursuivre.

On ne sera pas surpris, dans un tel contexte, de découvrir que les primes d'assurance automobile payées par les propriétaires de véhicules de promenade, au Québec, sont les moins élevées en Amérique du Nord, année après année, alors qu'ils sont les mieux protégés. Ainsi, en 2016, la prime annuelle moyenne a été inférieure à 670 \$ (465 €), dont la majeure partie concerne le volet « dommages matériels » couvert par les assureurs privés⁵. Probablement en raison du faible coût de la portion *dommages corporels*, les Québécois choisissent massivement l'assurance-collision en matière de dommages matériels : cela explique la perception, largement répandue, selon laquelle la conduite de l'automobile ne repose plus sur des principes de responsabilité civile mais d'indemnisation directe.

La faible prime moyenne observée au Québec constitue une preuve éloquente de l'absence d'effet négatif d'un régime d'indemnisation sans égard à la responsabilité, en ce qui concerne la conduite des automobilistes. Si l'effet dissuasif de la responsabilité civile existait en ce domaine (ce que les anglo-saxons appellent le *moral hazard*), les routes québécoises seraient un cimetière et les primes d'assurance seraient fixées en conséquence.

⁵ En 2017, la prime d'assurance totale exigée de la SAAQ pour les dommages corporels (permis de conduire et immatriculation) est de 120 \$ par année (83 €). La comparaison avec les primes payées ailleurs doit également se faire en tenant compte de la couverture offerte : protection complète – sans limite et sans franchise – pour le dommage corporel causé à autrui et indemnisation automatique pour tout accident d'automobile, partout dans le monde.

Annexe X

Or, l'automobiliste québécois paie une prime d'assurance bien inférieure (en dollars constants) par rapport à la situation existant avant l'entrée en vigueur du régime. Par ailleurs, on peut signaler la survenance de 351 décès sur les routes du Québec en 2016 (moins de un par jour), avec une population de 30 % supérieure par rapport à 1973 (où 2 209 décès avaient été enregistrés, soit une moyenne de six décès par jour) et un parc automobile qui a été multiplié par trois pendant cette période. En fait, le Québec a suivi la même courbe de réduction de la mortalité sur les routes que celle enregistrée dans les autres pays industrialisés : routes mieux conçues, véhicules plus sécuritaires, contrôles routiers accrus, meilleure éducation face aux comportements déviants, voilà les facteurs de réduction du taux d'accidents routiers ; les règles de la responsabilité civile n'ont ici rien à y voir.

Ce constat, qui étonnera plus d'un juriste convaincu de la fonction éminemment dissuasive de la responsabilité civile basée sur la faute, ne peut cependant s'appuyer sur les seules statistiques relatives au taux d'accidents et au nombre de victimes tuées ou gravement blessées (même s'il est vrai que le Québec affiche en ce domaine un des meilleurs taux d'amélioration du bilan routier des pays de l'OCDE, au cours des 40 dernières années). C'est pourquoi la deuxième partie du présent texte cherchera à identifier les autres mécanismes qui jouent dorénavant le rôle préventif et dissuasif traditionnellement dévolu au système de responsabilité civile.

2.2. La récupération des fonctions traditionnelles de la responsabilité civile par d'autres mécanismes

On dit du système traditionnel de responsabilité civile qu'il remplit plusieurs fonctions essentielles au bon fonctionnement d'une société : la réparation est mise au premier plan mais il y a aussi la prévention, l'éducation et la dissuasion, certains systèmes ajoutant même la punition avec la notion de dommages punitifs. Or, la *Loi sur l'assurance automobile* écarte complètement ce système traditionnel de responsabilité civile – pour le dommage corporel – et ne conserve qu'une seule de ses fonctions (la réparation), en l'érigeant toutefois au titre de valeur incontournable. On peut donc se demander ce qu'il est advenu, dans le Québec des 40 dernières années, des autres fonctions de la responsabilité civile en matière d'accidents d'automobile. Nous nous pencherons surtout, pour la suite des choses, sur les notions de prévention et de dissuasion, à travers les notions de responsabilité pénale et administrative (A) et l'impact des réalités commerciales (B).

En ce qui concerne la fonction d'éducation de la responsabilité civile (les jugements des tribunaux inciteraient les citoyens à adopter de bons comportements), on signalera simplement qu'un régime d'indemnisation sans égard à la responsabilité peut fort bien jouer ce rôle. En effet, sachant qu'il devra compenser *toutes* les victimes d'accidents d'automobile, l'organisme chargé de l'indemnisation a tout intérêt à adopter des campagnes efficaces de prévention (alcool au volant, utilisation du téléphone, port du casque et feux de position pour les bicyclettes, etc.). C'est également pour cette raison que la SAAQ investit des sommes importantes, à titre d'exemple, dans un programme de raccompagnement des automobilistes en fin de soirée. De façon plus générale, un *Programme d'éducation à la sécurité routière* est en place depuis des années, la SAAQ travaillant de concert avec des partenaires tels les écoles secondaires (lycées), l'Association des écoles de conduite du Québec et des centres de recherche universitaire en matière de sécurité routière.

L'éducation a pu également se faire par la mise en place d'un programme de traumatologie innovateur, où les premiers intervenants tels les ambulanciers reçoivent une formation financée par la SAAQ et visant à adopter les meilleures procédures afin de stabiliser le plus rapidement possible l'état d'une victime gravement blessée.

2.2.1. La responsabilité pénale et administrative

En matière d'accidents de la circulation, les fonctions de punition, de dissuasion et de prévention ne sont plus remplies, au Québec, par le système de responsabilité civile. Nous procéderons à partir de deux exemples où les règles du droit pénal (a) et des mesures de nature administrative (b) ont pris le relais d'un système d'indemnisation qui ne s'occupe dorénavant que de la réparation du préjudice. On verra que l'effet de ces nouvelles règles est beaucoup plus probant que le maintien des fonctions traditionnelles de la responsabilité civile.

2.2.1.1. La conduite avec facultés affaiblies

Véritable fléau pendant les dernières décennies du XX^e siècle, la conduite avec les facultés affaiblies – que ce soit par l'alcool ou la drogue – a longtemps représenté la première cause d'accident d'automobile. Ce n'est plus le cas au Québec depuis quelques années : la vitesse excessive et la distraction au volant sont devenues les principales causes de décès sur les routes.

Selon les résultats d'un jumelage entre les données du Bureau du coroner et les fichiers d'accidents compilés par la Société de l'assurance automobile du Québec, 27,6 % des conducteurs décédés sur les routes du Québec en 2014 présentaient un taux d'alcoolémie supérieur à la limite autorisée par la loi (80 mg par 100 ml de sang). Le nombre de conducteurs décédés en raison d'un taux d'alcool dépassant la limite permise est ainsi passé de 195 (en 1990) à 101 (en 2000) et finalement à 38 (en 2015). C'est pourquoi la SAAQ estime dorénavant que « la distraction est la cause la plus souvent mentionnée comme *cause principale* des accidents avec dommages corporels ».

Comme on peut le constater, l'introduction d'un régime d'indemnisation sans égard à la responsabilité n'a eu aucun impact négatif sur la conduite avec les facultés affaiblies. On pourrait même croire que le nouveau régime a eu un effet inverse, puisque le nombre de victimes a été grandement réduit. En réalité, le régime administré par la SAAQ a un effet neutre en la matière : ce sont les campagnes de publicité, l'éducation populaire et le renforcement des sanctions pénales contre l'alcool au volant qui expliquent cette amélioration.

Lorsque le régime d'indemnisation automatique a été introduit, en 1978, la consommation d'alcool au volant ne constituait pas, en soi, un acte criminel. Les choses ont changé au milieu des années 1980 alors que le *Code criminel* a été modifié, ce qui a amené la mise en application de la plus ambitieuse campagne de publicité de l'histoire de la SAAQ. Le slogan *L'alcool au volant, c'est criminel*, a frappé l'imaginaire collectif et représente, plus de 30 ans après le lancement de la campagne (1985), le message le mieux connu dans la population. Aujourd'hui, la conduite en état d'ébriété entraîne, dès la première infraction, la création d'un casier judiciaire, la suspension immédiate du permis pour 90 jours, une amende minimale de 1 000 \$ (700 €) et la nécessité de s'inscrire à un *Programme d'évaluation et de réduction du risque de conduite avec les capacités affaiblies*. Les sanctions sont évidemment plus lourdes lorsque le conducteur est impliqué dans un accident, ainsi qu'en cas de récidive.

Annexe X

Le Québec ne fait pas cavalier seul en ce domaine, tous les pays industrialisés étant intervenus en ce sens pour contrer le fléau de l'alcool au volant. La situation québécoise permet cependant de comprendre que la responsabilité civile n'a aucun effet préventif ou dissuasif en la matière : la personne qui a bu et qui s'apprête à prendre le volant ne craint pas les conséquences d'un accident, puisque l'alcool crée un faux sentiment de confiance et de contrôle. En revanche, cette personne craint par-dessus tout un contrôle routier inopiné où, en l'absence d'accident, son permis risque d'être suspendu. Voilà où se trouve l'effet véritablement dissuasif des règles législatives en vigueur ; la menace d'une éventuelle poursuite en responsabilité civile ne joue aucun rôle pour des personnes qui, de toute façon, ne font même pas la différence entre la responsabilité civile et la responsabilité pénale.

2.2.1.2. Le cas du surf sur véhicule (car surfing)

L'expression *car surfing* est née aux États-Unis à la fin des années 1980. Elle couvre une série d'hypothèses où une automobile est utilisée dans l'unique but de procurer des sensations fortes, le cas le plus répandu consistant à se tenir en équilibre sur le toit d'un véhicule en mouvement. Popularisée par l'introduction de jeux vidéo tel *Grand Theft Auto* (chaque sortie d'une nouvelle version du jeu correspondant à une recrudescence de cette pratique), cette dangereuse activité a surtout fait des victimes chez les jeunes mâles âgés de 15 à 19 ans (70 % des cas aux États-Unis) et on ne sera pas surpris d'apprendre que plus de la moitié des victimes sont décédées²³.

La vague ayant atteint le Québec et connu son point culminant dans la décennie 2000-2010, la première réaction a été de refuser de compenser les victimes – ou leurs proches – pour les blessures résultant d'une telle activité. Certaines décisions judiciaires ont avalisé cette pratique en signalant que « l'automobile doit être utilisée pour les fins auxquelles elle est destinée, c'est-à-dire le transport d'un lieu à un autre », jusqu'à ce que les tribunaux administratifs se ressaisissent et soulignent que l'indemnisation « sans égard à la responsabilité de quiconque » couvrirait ce genre d'hypothèses :

Le régime vise la stabilité et la facilité d'indemnisation. Même si certaines situations paraissent moralement choquantes, elles ne peuvent être écartées puisqu'elles remplissent les conditions établies par la Loi.

Selon le Tribunal, évaluer l'intention des usagers d'une automobile quand cet usage est manifeste, mais imprudent, aurait pour effet de créer une brèche dans un système sans égard à la faute qui pourrait donner ouverture à de nombreux procès en vue de déterminer ce qu'est une conduite normale ou non et si cette conduite a été la cause de l'accident, ce que le législateur n'a pas voulu en créant un tel régime.

En l'espèce, il est clair que les jeunes filles ont fait un usage imprudent de l'automobile, mais néanmoins il s'agit de l'usage d'une automobile.

Qu'est-il arrivé à la suite de cette prise de position en faveur de l'application du régime, assurant une indemnisation aux victimes de cette activité irréfléchie et immunisant de toute poursuite civile les conducteurs impliqués ? Si la responsabilité civile jouait vraiment un rôle préventif et dissuasif, son absence d'application dans une telle hypothèse aurait dû normalement entraîner une recrudescence de cette activité dangereuse. Or, c'est tout à fait l'inverse qui s'est produit et les cas de surf sur véhicule sont à peu près disparus de la réalité québécoise.

La raison en est bien simple : les autorités ont pris le problème par le bon bout et ont choisi de rendre la pratique du surf sur véhicule très coûteuse pour les conducteurs impliqués, qu'il en résulte ou non un accident :

- Suspension immédiate du permis de conduire pour sept jours (30 jours en cas de récidive) ;
- Saisie immédiate du véhicule pour sept jours, plus les frais (30 jours en cas de récidive) ;

Annexe X

- Ajout de 12 points d'inaptitude au dossier de conduite (le permis est révoqué lorsque le conducteur atteint 15 points d'inaptitude) ;
- Une amende minimale de 1 000 \$, pouvant atteindre 3 000 \$ (700 à 2 000 €).

En ciblant le *conducteur* du véhicule plutôt que le *surfer*, les autorités ont correctement visé la seule personne susceptible de réfléchir aux conséquences du surf sur véhicule. Et si l'on ajoute aux sanctions administratives, exposées ci-dessus, le fait que le coût du permis de conduire augmentera de manière substantielle, sans oublier la prime d'assurance pour les dommages matériels, on comprend pourquoi la pratique en question a grandement diminué, depuis le début de la décennie 2010. Tout cela s'est fait, rappelons-le, dans un contexte où les règles traditionnelles de la responsabilité civile sont absentes du portrait.

2.2.2. Les réalités commerciales

Les réalités commerciales l'emportent de loin sur les règles de la responsabilité civile, lorsque l'on cherche à identifier les facteurs permettant d'expliquer la conduite de tiers qui, sans être présents sur les lieux de l'accident, pourraient en être responsables. On ne devrait pas s'en surprendre, à partir du moment où l'assurance de responsabilité permet, depuis plus d'un siècle, de transférer le risque sur un tiers (un assureur) qui n'est justement pas le créateur du risque. Nous avons choisi d'illustrer l'effet de ces réalités commerciales à travers deux exemples, où l'existence d'un régime d'indemnisation sans égard à la responsabilité n'a aucun effet sur les acteurs en présence.

Rappelons, d'entrée de jeu, que le régime québécois immunise de toute responsabilité civile l'ensemble des acteurs impliqués dans un accident : l'expression « sans égard à la responsabilité de *quiconque* » couvre en effet non seulement les conducteurs mais aussi des tiers tels les secouristes, les responsables de l'entretien des routes et même les fabricants d'automobile. On pourrait donc penser, surtout en ce qui concerne ces deux dernières catégories, que l'absence de toute responsabilité civile a un effet délétère sur le bilan routier ; on va constater qu'il n'en est rien. Pour reprendre l'expression d'un garagiste, également visé par l'immunité de poursuite civile, il n'y a aucun intérêt à bâcler une réparation d'où pourrait résulter un accident, puisqu'il tient à conserver sa clientèle !

2.2.2.1. La logique contractuelle et les responsables de l'entretien des routes

La présence d'un long hiver au Québec rend souvent les conditions routières difficiles. Cela est particulièrement vrai lorsque l'on se dirige vers le nord, notamment sur une route de montagne de plus de 200 km qui relie la ville de Québec et la région du Saguenay / Lac St-Jean, à travers une réserve faunique où il n'y a aucune habitation. Longtemps surnommée la « route de la mort » en raison d'un taux élevé d'accidents (47 décès pour la seule période 1985-1988), des travaux importants ont été réalisés pour en faire une autoroute à voies séparées (les travaux ont été complétés en 2013).

La présence d'une autoroute à quatre voies a évidemment un effet réducteur sur le nombre d'accidents, en éliminant notamment l'hypothèse de la collision frontale. Or, dans les deux premières années de mise en fonction de l'autoroute, on n'a pas noté une baisse significative du nombre d'accidents, les pertes de contrôle étant présentes en nombre plus élevé. Un des facteurs d'explication tenait à une hausse importante de la vitesse des véhicules, les automobilistes étant naturellement rassurés par ces nouvelles infrastructures. On a cependant découvert que l'entretien des côtes et des montées laissait souvent à désirer, l'entrepreneur ayant obtenu le contrat d'entretien hivernal – à la suite d'un appel d'offres public – étant coupable de laxisme.

Annexe X

La sanction, on le devine, n'est pas venue des automobilistes blessés à la suite d'une sortie de route, puisque l'interdiction d'intenter une poursuite civile s'étend à l'entrepreneur chargé de son entretien. La sanction, beaucoup plus lourde de conséquences pour l'entrepreneur en question, a consisté à appliquer la clause de résiliation prévue au contrat. C'est en effet par l'imposition de standards élevés de qualité et de contrôle que le ministère des Transports du Québec peut faire pression sur son cocontractant et obtenir, ultimement, la résiliation du contrat de services.

C'est avec ce genre de clause que l'on peut faire jouer efficacement l'effet préventif et dissuasif recherché, alors que ces fonctions étaient traditionnellement remplies par le système de responsabilité civile. Il est possible de s'assurer pour les conséquences du dommage causé à un tiers par sa faute ; il est impossible de s'assurer pour les conséquences de la perte d'un contrat en raison du non-respect de ses conditions. Voilà de quelle façon peut s'exprimer, dans un contexte contractuel moderne, la nécessité de prévenir l'adoption de comportements délinquants.

2.2.2.2. Le maintien d'une bonne réputation et le fabricant d'automobile

Nous avons donné, en introduction de cette section, l'exemple anecdotique du garagiste qui est incité à bien se comporter afin de ne pas perdre sa réputation et sa clientèle, lorsqu'il procède à une réparation. Il en va de même du fabricant d'automobiles, comme on va pouvoir le constater.

Il est d'abord nécessaire de rappeler qu'il est impossible de poursuivre, au Québec, un constructeur d'automobiles que l'on tient responsable de l'accident dont une personne a été victime. La même solution prévaut dans les autres provinces canadiennes où un système d'indemnisation inspirée de la loi québécoise est en vigueur³². Est-ce à dire que les véhicules destinés à la vente dans ces provinces sont moins bien fabriqués ? Que l'absence de toute poursuite civile contre le fabricant permet à ce dernier d'épargner de l'argent lorsqu'un défaut de fabrication est découvert ? Le scandale résultant du système d'allumage défectueux de certains véhicules GM va nous prouver le contraire.

Entre 2003 et 2011, les modèles Chevrolet Cobalt, Saturn Ion et Sky, Pontiac 5 et Solstice fabriqués par l'entreprise General Motors étaient affectés d'un défaut important, le contact du moteur pouvant être coupé de manière inopinée. Près d'une décennie après que les ingénieurs de GM aient été mis au courant du problème et en présence d'au moins 124 décès où le commutateur défectueux a joué un rôle incontesté dans l'accident, l'entreprise a accepté de mettre sur pied un fonds d'indemnisation prévoyant :

- Une indemnité minimale de 1 000 000 \$ pour chaque décès, à laquelle peut s'ajouter 300 000 \$ pour le conjoint survivant et 300 000 \$ pour chacune des personnes à charge du défunt ;
- Une indemnité de 20 000 \$ pour les blessés légers, pouvant atteindre un maximum de 500 000 \$ pour les personnes hospitalisées pendant plus d'un mois (il y aurait eu 275 cas de blessures, dont 18 ont entraîné la paralysie de la victime).

Annexe X

On sait qu'il y a eu au moins une victime québécoise, un jeune homme dans la vingtaine décédé au volant d'un Chevrolet Cobalt. Or, ses parents ont reçu la même indemnité de 1 M \$ du fonds d'indemnisation, alors que rien n'obligeait l'entreprise à payer une telle somme. Les parents de la victime avaient en effet déjà reçu l'indemnité prévue dans un tel cas par la *Loi sur l'assurance automobile* et la prohibition de tout recours civil était dès lors incontestable. En réalité, ce sont des considérations liées à la bonne réputation commerciale de l'entreprise qui sont à l'origine d'un tel versement : GM ne voulait surtout pas donner l'image d'un mauvais citoyen corporatif et risquer de perdre des parts de marché au Québec. L'interdiction d'intenter une poursuite civile n'a donc joué ici aucun rôle et ce sont des considérations de nature commerciale qui permettent d'expliquer le geste posé par GM.

Une lecture au premier degré de l'entente intervenue entre GM et les avocats ayant institué des poursuites aux États-Unis laisse croire que ce sont uniquement ces poursuites qui sont à l'origine du règlement intervenu. La réalité est beaucoup plus complexe et met dans la balance des impératifs liés à la réputation et la préservation des parts de marché d'une entreprise qui fabrique les mêmes véhicules, sans égard au système juridique en vigueur dans le territoire où ils seront utilisés.

Entre 1978, année de l'entrée en vigueur de la *Loi sur l'assurance automobile*, et 2017, le nombre de décès résultant de l'utilisation d'une automobile a chuté de 79,5 %, alors que le nombre de permis de conduire a augmenté de 70,8 % et le nombre de véhicules en circulation de 113,8 %. Ces statistiques éloquentes démontrent que l'introduction d'un régime d'indemnisation « sans égard à la responsabilité de quiconque » et la disparition de certaines fonctions traditionnelles de la responsabilité civile n'ont eu aucun effet négatif sur le bilan routier. Trente ans après la publication du rapport du Comité d'étude sur l'assurance automobile à l'origine de la loi actuelle, son président pouvait logiquement noter :

Si la responsabilité du conducteur/propriétaire est un élément significatif dans le comportement de l'individu, il faudrait en conclure que l'assurance responsabilité est immorale, car dans les faits, elle élimine la responsabilité financière de chacun, en la transférant à la collectivité des assurés ; c'est ce que fait l'assurance. Certains ajoutent comme élément incitatif, que les assureurs privés augmentent la prime lorsqu'il y a un sinistre. S'il y a augmentation de prime, c'est parce que les données statistiques révèlent que la probabilité d'avoir un second accident est plus élevée pour ceux ayant eu un sinistre que pour ceux qui n'ont pas eu d'accident. Les assureurs ne cherchent pas et ce n'est pas leur rôle, à punir un assuré ayant une réclamation pas plus qu'ils recherchent à leur faire payer une partie des sinistres passés.

Si les juristes sont en général très attachés à la notion de faute et aux fonctions traditionnelles de la responsabilité civile, les risques créés par l'organisation de nos sociétés modernes obligent à s'interroger sur la pertinence de conserver cet attachement. Dans le domaine des accidents d'automobile, quelques endroits tels le Québec et la Nouvelle-Zélande ont prouvé que l'on pouvait fort bien séparer la fonction de réparation – avec la mise en place d'un système d'indemnisation automatique – des autres fonctions de la responsabilité, sans qu'il n'en résulte pour autant une perte de sens des codes de conduite en société.

En 2017, la Cour suprême du Canada a eu l'occasion de rappeler que la *Loi sur l'assurance automobile* procède d'un « choix de société qui traduit un compromis social par lequel l'ensemble des automobilistes assument collectivement les conséquences financières des préjudices corporels causés par les accidents d'automobile »³⁵. Quant à la disparition de la fonction dissuasive de la responsabilité civile, dans un régime qui prohibe tout recours devant les tribunaux civils, le juge Wagner signale que les éventuels fautifs « continuent de devoir répondre de leurs actes devant les victimes en vertu du droit criminel ou devant leur ordre professionnel en vertu du droit disciplinaire ». Voilà qui illustre bien les mutations opérées en la matière, où les fonctions traditionnelles de la responsabilité civile sont dorénavant remplies par d'autres systèmes. Le présent texte aura permis de découvrir que les règles contractuelles, les réalités commerciales et la tarification comptaient au nombre des techniques permettant d'atteindre le même but.

3. Etudes doctrinales pour la suppression de la responsabilité

La mission a pris connaissance d'études doctrinales évoquant la perspective d'une réparation des dommages sans égard à la responsabilité civile, ou du moins de prendre acte de la socialisation croissante des risques et d'en tirer toutes les conséquences. Une synthèse de ces études⁶ a été publiée dans la gazette du palais du 11 avril 2015 n°101, par Christophe Quézel-Ambrunaz.

L'image de la responsabilité civile comme mécanisme de transfert de la charge du dommage de son premier attributaire, la victime, vers celui qui est désigné comme responsable est peu conforme à la réalité. La responsabilité civile, combinée éventuellement à d'autres systèmes, est essentiellement un moyen de socialisation des dommages. Dès lors, son remplacement peut être envisagé, à moindre coût, et pour plus de bénéfices offerts aux victimes.

La responsabilité civile épouse certains aspects d'une loterie – tel est le point commun et axiomatique des ouvrages écrits à trente ans d'écart par Patrick S. Atiyah et Terence G. Ison. Le terme lottery est repris par T. G. Ison d'un rapport parlementaire, dans lequel était soulignée l'importance de l'aléa attaché aux questions probatoires, souvent centrales, en responsabilité civile. La responsabilité civile épouserait ces caractères : elle participe à la socialisation des risques, donc à la dilution dans le corps social de la charge des dommages ; les transformations ayant affecté ses conditions auraient privé de rationalité l'indemnisation des victimes par cette voie.

Les auteurs sont tous deux Common lawyers. Patrick S. Atiyah est connu pour défendre des positions hétérodoxes en droit des contrats et de la responsabilité, voire en théorie du droit. Terence G. Ison est un spécialiste de l'indemnisation des dommages corporels. Ces ouvrages s'insèrent dans le contexte du Tort reform, cristallisé autour du Rapport Woodhouse, de l'adoption, en 1972, de l'Accident Compensation Act 7 néo-zélandais, puis du rapport de la commission Pearson. Les deux livres sont d'une physionomie très différente : le plus ancien offre une avalanche de références, de chiffres et de tableaux ; le plus récent a un tour plus polémique. Ce dernier détaille plus les maux actuels du système de responsabilité civile qu'une proposition de réforme, exactement à rebours de l'autre sur ce point. Seul l'ouvrage de P. S. Atiyah est encore relativement fréquemment cité dans la doctrine anglo-américaine, celui de T. G. Ison étant désormais – et c'est regrettable – plus confidentiel.

Si le postulat de départ – la responsabilité civile est une loterie onéreuse et doit être remplacée par un système alternatif de socialisation des risques – est partagé par ces auteurs, les modalités souhaitées d'une telle substitution diffèrent considérablement ; les deux livres comportent un diagnostic et une proposition de thérapie radicale.

⁶ Lecture croisée des ouvrages de T. G. Ison, *The Forensic Lottery*, Staples, 1967 et de P. S. Atiyah, *The Damages Lottery*, Hart, 1997.

3.1. Le diagnostic

Les deux auteurs, raisonnant essentiellement sur le tortofnégligence, s'accordent pour considérer qu'il est regrettable que la victime d'un accident ne reçoive pas une indemnisation en fonction de ses besoins (qui devraient être l'étalon premier) ou de ses mérites, mais de circonstances fortuites¹¹. La réparation dépend du point de savoir si la victime peut accuser quelqu'un, si elle dispose de preuves suffisantes, si elle a été atteinte par un événement tombant sous le coup d'un régime spécial... Réciproquement, la condamnation du responsable apparaît, elle aussi, privée de lien avec sa culpabilité réelle, et soumise pour partie au hasard.

T. G. Ison souligne que, souvent, ce n'est pas le fautif qui paye, et que le potentiel rétributif de la responsabilité civile est très faible ; à supposer même que ce soit l'auteur d'une négligence qui indemnise de sa poche la victime, il remarque encore que cette notion juridique a bien peu de contenu moral. Si l'auteur ne tombe pas dans le fantasme selon lequel la présence au procès d'un débiteur très solvable oriente l'issue du litige (phénomène appelé des deep-pocket), il relève en revanche, et l'on ne saurait lui donner tort en scrutant les évolutions récentes de la matière en droit français, que l'assurance de responsabilité civile influe considérablement sur l'évolution à long terme du droit ¹². La dette de réparation est dirigée vers celui qui a la plus grande aptitude à l'assurance – et donc à la socialisation des risques. P. S. Atiyah insiste sur le fait que la population dans son ensemble paye presque toujours – ne serait-ce que par la cotisation à une assurance responsabilité civile –, au final, les dommages et intérêts. Ce prélèvement est pire que l'impôt, puisque la charge n'en est pas répartie selon des critères rationnels¹³.

Cette inadéquation des flux d'argent véritables à ce que proclame la responsabilité civile n'est pas le seul des maux de ce mode de réparation relevés dans ces ouvrages. Les deux auteurs s'accordent à considérer que l'un des principaux problèmes du système de responsabilité civile, outre le délai d'indemnisation, est son coût : les frais globaux de fonctionnement seraient quasiment équivalents à la totalité de ce que perçoivent les victimes.

De plus, la nécessité, pour conserver une vie décente à la suite d'un accident, de trouver un responsable, amène à une culture des reproches (blame culture) : le procès en responsabilité civile est une source de tensions et de discordes.

T. G. Ison ajoute encore que les questions de preuve – surtout celles tenant au fait générateur et à la causalité – dominent les débats, ce qui n'aurait pas lieu d'être. P. S. Atiyah, quant à lui – à rebours de ce que prétend habituellement l'analyse économique du droit de la responsabilité civile –, insiste sur le fait que les ressources mobilisées pour compenser les dommages s'imputent sur des crédits qui pourraient servir à la prévention ; il pointe également l'iniquité d'un système qui, globalement, fait en sorte que les riches reçoivent plus d'indemnités que les pauvres. Enfin, une sorte d'étirement infini frapperait la responsabilité civile : des distorsions apparaissent dans ses conditions de mise en œuvre.

3.2. La thérapie

Si P. S. Atiyah envisage qu'à tout le moins une réforme de la responsabilité civile pourrait être envisagée (pour restreindre la responsabilité civile des personnes morales privées comme publiques, ou pour prohiber les recours des assureurs), c'est à une suppression de la possibilité d'agir en responsabilité civile qu'appellent ces deux ouvrages, au profit d'un remplacement par un mécanisme unique de socialisation des risques. En effet, une fois admis que la responsabilité civile est un système reportant sur la société la charge du dommage, il est naturel d'en tirer les conséquences. Il est suggéré de réaliser directement cette collectivisation de l'indemnisation, les économies réalisées sur les frais de fonctionnement – et sur certains postes de préjudice n'apparaissant pas légitimes ou prioritaires aux yeux des auteurs – permettraient une meilleure compensation des personnes atteintes dans leur intégrité corporelle sans qu'elles puissent imputer à quiconque ce préjudice.

Il convient d'insister sur un point : les propositions de suppression de la responsabilité civile, bien que radicales, ne tendent à remettre en cause ni le droit pour les victimes d'obtenir réparation, ni la création d'une dette dont le responsable serait débiteur. C'est le lien de droit entre victime et responsable, ou, pour le dire autrement, l'action mettant aux prises ces deux protagonistes, qui, seule, disparaîtrait. La victime conserverait la possibilité d'obtenir une indemnisation, et, dans certains cas, le responsable, voire toute personne qui aurait adopté illicitement un comportement dangereux pour autrui, sans même causer un dommage, aurait à participer au financement du nouveau système. En d'autres termes, c'est le découplage entre la créance d'indemnisation et la dette de réparation qui est proposé. D'ailleurs, T. G. Ison propose de maintenir en vigueur les différents torts, aux fins de permettre des procédures d'injonctions.

Les solutions envisagées sont toutefois fort différentes. T. G. Ison se prononce en faveur de la création d'un fonds d'indemnisation, de nature publique. Un processus administratif remplacerait l'action en justice, sauf en cas de contestation. Des barèmes indicatifs seraient publiés. L'indemnisation viserait au premier chef à fournir un revenu de remplacement au salaire des travailleurs, comme prolongement de ce que verse l'assurance maladie, et à maintenir les droits à retraite. Les préjudices extrapatrimoniaux, comme le préjudice esthétique, seraient compensés par recours à des forfaits. Des prestations spécifiques seraient prévues pour les « femmes au foyer » et pour les enfants et les jeunes qui ne sont pas encore, au moment de l'accident, entrés dans la vie active. La faute de la victime ne serait pas prise en compte, sauf à considérer qu'elle s'est placée dans une situation similaire à la recherche volontaire du dommage.

Selon T. G. Ison, les dommages aux biens ne doivent pas être compensés de la même manière que les atteintes corporelles, pour plusieurs raisons : l'atteinte corporelle obère le revenu, l'atteinte patrimoniale est une perte en capital ; les biens sont aisément remplaçables, l'atteinte corporelle est irréversible... L'on pourrait donc envisager de supprimer également une telle responsabilité – quoique cette réforme ne soit pas aussi cruciale que celle du dommage corporel pour cet auteur, laissant éventuellement à l'assurance le soin de compenser les pertes patrimoniales. En matière contractuelle, pourrait être créée une règle supplétive de volonté excluant tout recours aux dommages et intérêts en cas de violation des obligations contractuelles conduisant à des atteintes corporelles ou aux biens, liberté étant laissée aux parties pour convenir de garanties supplémentaires en ces domaines.

Annexe X

Le financement du fonds serait principalement assuré par l'application de deux directives : les contributions proviennent, pour une part, des activités accidentogènes – pour la conduite automobile, par la hausse des taxes sur l'essence, par exemple, pour les risques professionnels, par une hausse des charges – ; et pour une autre part, de sommes prélevées comme en matière de sécurité sociale. L'ouvrage de T. G. Ison – et c'est l'une des différences les plus évidentes avec celui de P. S. Atiyah, qui se concentre sur le diagnostic – détaille très précisément le plan qu'il propose, allant jusqu'à anticiper des questions d'application de la loi dans l'espace – les ressortissants d'un État ayant aboli la responsabilité civile se trouvant, à l'étranger, face à deux débiteurs de réparation ; alors que les étrangers blessés sur le sol de l'État ayant supprimé celle-ci risquent de n'en avoir aucun.

The Damages lottery préfère un mécanisme infiniment plus libéral pour le remplacement de la responsabilité civile : le recours exclusif à l'assurance directe, sans possibilité de recours de l'assureur contre un éventuel tiers responsable. Cette assurance directe, moyennant quelques garanties de protection du consommateur, serait laissée au libre choix du marché. Il convient de souligner que dans son ouvrage *Accidents, Compensation and the Law*, dont la première édition est parue en 1970, P. S. Atiyah se prononçait en faveur de la création d'un fonds public. Dans *The damages lottery*, s'il estime toujours parfaitement valides les critiques adressées à l'égard de la responsabilité civile par le rapport Woodhouse notamment, il pense que le mécanisme alternatif d'indemnisation doit être davantage en accord avec l'état présent de la société, qu'il pense marquée par l'individualisme.

Le choix de l'assurance directe est en faveur de la simplicité : chacun peut choisir les risques couverts, le type de préjudices concernés, et l'étendue de l'indemnisation offerte – sur une base d'assurance individuelle ou de groupe. Par cette voie, la réparation serait quasiment automatique : « au lieu d'offrir une petite, souvent une minuscule, chance d'obtenir d'énormes dommages et intérêts pour quelques préjudices, l'on aurait une bien meilleure probabilité d'obtenir une compensation raisonnable pour tous, ou presque tous les préjudices ». P. S. Atiyah prévoit en outre qu'une aide au paiement des primes pourrait être accordée par le Gouvernement aux nécessiteux, ou à l'occasion de certains événements de la vie. Surtout, le coût global du système de socialisation des risques serait plus faible que celui généré par le biais de la responsabilité civile, de telle sorte qu'entreprises comme particuliers, parce qu'ils ne payeraient que pour les risques qui les concernent et qu'ils choisissent d'assumer, feraient au final des économies.

Bien que, selon ces auteurs, la responsabilité civile n'ait qu'une très faible valeur préventive, et ne dissuade que peu les comportements antisociaux (cette fonction est nommée *deterrence*), ils s'ingénient à trouver des mécanismes pour conserver un tel effet. Une nouvelle infraction serait créée, pour « comportement négligent causant ou susceptible de causer des atteintes corporelles ou une maladie à autrui ». Cette infraction toucherait les responsables directs d'un tel comportement, non leurs commettants, par exemple.

Les auteurs de *Damages lottery* et *Forensic lottery* escomptent que la disparition de la responsabilité civile emportera avec elle celle des maux dont ils l'accablent : le coût des accidents serait optimisé, les besoins primaires de chacun seraient toujours satisfaits d'une manière ou d'une autre, les procès intentés pour des motifs fallacieux disparaîtraient...

Annexe X

Les livres refermés, le lecteur ne peut échapper à l'examen de son système national à la lumière des critiques et propositions émises à l'égard, essentiellement, du tort de négligence en common law. Le droit français échappe certainement à nombre de critiques qui soutiennent l'argumentaire des auteurs des livres examinés : point d'indemnisation délirante par le recours aux dommages et intérêts punitifs, accessibilité des tribunaux plutôt bonne et à un coût souvent acceptable, encadrement des pratiques des avocats par diverses règles, responsabilité civile ayant relégué la faute à la portion congrue, développement important de la sécurité sociale, des obligations d'assurances et des fonds de garantie ou d'indemnisation, grande pénétration de l'assurance de responsabilité civile, y compris chez les particuliers. Le système est peut-être plus équilibré que celui critiqué, et donc rend moins pressante une réforme. À moins que l'on ne considère, au contraire, que la socialisation des risques étant déjà bien avancée en France, il convient de sauter le pas qui consisterait à l'assumer, en se passant de la responsabilité civile.

Reste qu'un sujet de perplexité demeure : comment expliquer l'étanchéité entre ces ouvrages et la doctrine française ? L'ignorance est réciproque : l'on ne trouve nulle trace dans les « lottery books » des travaux doctrinaux français consacrés à la socialisation des risques, ni des régimes légaux, comme celui issu de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents de travail. Et, réciproquement, ces ouvrages sont quasiment absents des bibliothèques universitaires, et guère plus présents dans les pages des manuels ou les articles traitant de la responsabilité civile en France – alors que dans les ouvrages anglo-américains, il est de coutume que l'un des derniers chapitres soit consacré à la critique de la matière. Si ce compte-rendu de lecture, bien incomplet au regard de la richesse des ouvrages dont il est question, pouvait piquer la curiosité de quelques-uns, cela permettrait de donner suite à l'injonction de René Savatier, vieille de près d'un demi-siècle : « Ainsi sommes-nous tous conduits à méditer sur le départ d'un chantier ordonné, où se construirait un service général de réparation des dommages dans notre société ! ».

L'ensemble des revues de dépenses est disponible sur :
www.performance-publique.budget.gouv.fr/