



# Rapport d'activités du Fonds des accidents médicaux – 2019

# Sommaire

Préface .....	3
Mot de la direction .....	4

## Partie 1 – Missions du Fonds des accidents médicaux et organisation.....7

I. Missions.....	8
1. Missions d’avis, d’indemnisation et de médiation .....	8
2. Mission de prévention d’enregistrement et de reporting .....	9
II. Comité de gestion .....	9
1. Composition.....	9
2. Compétences.....	10

## Partie 2 – Organigramme et structure du Fonds..... 11

I. Organigramme .....	12
II. Experts externes.....	13
III. Instruments/Outils – développements ICT .....	13

## Partie 3 – Activités relatives aux missions..... 15

I. Suivi administratif et observations statistiques .....	16
1. Call center .....	16
2. Nombre total de dossiers entrants, ouverts et clôturés par rôle linguistique pour l’année 2019 et depuis la création des Fonds.....	16
3. Le nombre total de dossiers reçus par mois et par rôle linguistique .....	18
4. Statut de tous les dossiers introduits depuis la création du Fonds.....	18
5. Répartition par phase des dossiers ouverts jusqu’à l’indemnisation comprise .....	20
6. Évolution des dossiers irrecevables.....	21
7. Évolution du nombre de dossiers entrants et sortants .....	24
8. Répartition des dossiers par demandeur.....	25
9. Avis par type. ....	27
10. Indemnisations après avis et par type .....	28

II. Activités médicales et statistiques .....	30
Considérations générales.....	30
1. L'encodage .....	30
2. Statistiques .....	30
III. Activités juridiques, suivi et statistiques .....	38
1. Contentieux.....	38
2. Arrêt de cassation.....	41

## Partie 4 – Gestion financière et encadrement..... 43

I. Budgets et réalisations – Missions .....	44
II. Budgets et réalisations - Gestion .....	46
II. Comparaison budget et réalisations 2019.....	47
IV. Statistiques financières concernant les missions.....	49

## Partie 5 - Autres activités..... 55

# Préface

Cher lecteur,

Dans cette huitième édition du rapport d'activité, le Fonds des accidents médicaux (Fonds) établit de nouveau le bilan des activités et attire l'attention sur l'évolution de celles-ci. Le rapport reflète la situation fin 2019 et la compare, le cas échéant, aussi à celle depuis la création du Fonds.

Malgré les efforts soutenus du Fonds, force est de constater que le traitement des dossiers continue à accuser un retard important. Cependant, l'arriéré n'augmente plus depuis 2017, et cette tendance s'est confirmée en 2018 et 2019, aussi bien en chiffres relatifs qu'absolus. Il n'empêche que les délais de traitement sont encore trop longs.

En 2019, la Cour des comptes a commencé l'audit du Fonds. Le Comité de gestion et l'ensemble des collaborateurs du Fonds ont prêté leur entier concours à cet audit. Le Comité de gestion et toute l'équipe du Fonds attendent avec impatience ce rapport et, si cela est nécessaire et possible, le fonctionnement du Fonds sera adapté en fonction des conclusions.

Il est vrai que le Fonds n'a pas attendu l'audit, et au cours de l'année écoulée, beaucoup d'efforts ont également été déployés pour optimiser l'organisation, d'une part sur la base de l'analyse Delta-i, mais aussi sur la base des connaissances et des expériences acquises par le Fonds. Ainsi, 3 fonctions de coordination ont été créées pour les deux rôles linguistiques : 1 coordinateur gestion de dossiers, 1 coordinateur médical et 1 coordinateur affaires juridiques. Depuis lors, ils travaillent en étroite concertation à l'optimisation et à l'uniformisation des procédures, sur la base desquelles le système de gestion de dossiers DAMO est également affiné.

Le Fonds s'est également investi dans l'amélioration de la communication et de la concertation avec les victimes, les dispensateurs de soins et les assureurs, et cela restera un point d'attention important dans les années à venir. Une communication rapide, accessible et claire et l'échange électronique de données restent des défis majeurs dans ce contexte.

Malgré cette tendance positive, le Fonds doit continuer à investir dans la facilité et la qualité de traitement des demandes qu'il reçoit. La résorption du retard et la réduction des délais de traitement restent des priorités absolues.

Le Comité de gestion continue à y veiller et, en collaboration avec la directeur et toute l'équipe du Fonds, il cherche à résoudre les problèmes qu'il rencontre dans les limites du cadre légal. L'expérience acquise permet aujourd'hui également au Fonds de voir plus loin et d'évaluer de manière critique les missions légales en vue de leur réussite.

Geneviève Schamps

Présidente du Comité de gestion

Steven Lierman

Vice-Président du Comité de gestion

## Mot de la direction

2019 marque le septième exercice complet du Fonds en tant que service public intégré à l'INAMI.

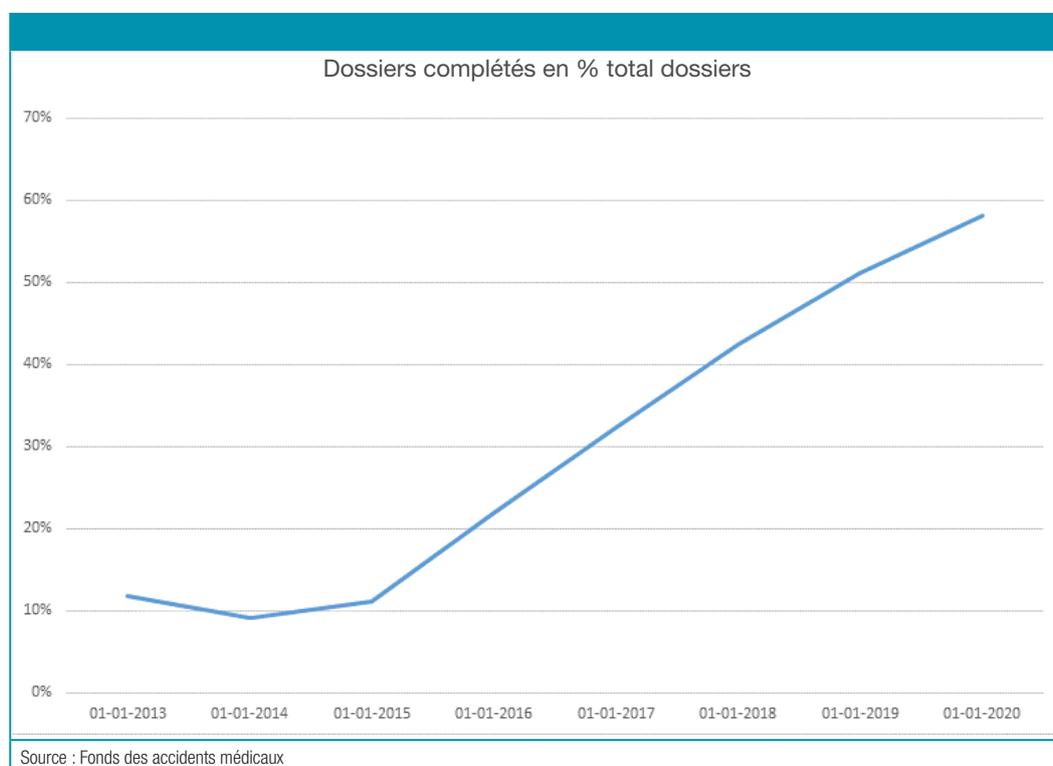
Le Fonds a pour mission principale d'indemniser les victimes de dommages résultant de soins de santé, en particulier les victimes d'un accident médical où le degré de gravité, tel que défini dans la loi du 31 mars 2010, a été atteint et dans la mesure où le Fonds estime qu'il s'agit d'un accident médical avec responsabilité et dans lequel la partie responsable ou son assureur refuse d'intervenir et/ou d'un accident médical sans responsabilité tel que défini dans cette même loi.

Toute l'équipe, les partenaires du Comité de gestion, le réseau d'experts et moi-même, en tant que directeur, donnons le meilleur de nous-mêmes pour mener à bien cette mission de la meilleure façon possible. Ensemble, nous sommes on ne peut plus conscients de l'importance sociale que revêt cette mission, à la fois pour les victimes, les demandeurs et les prestataires de soins.

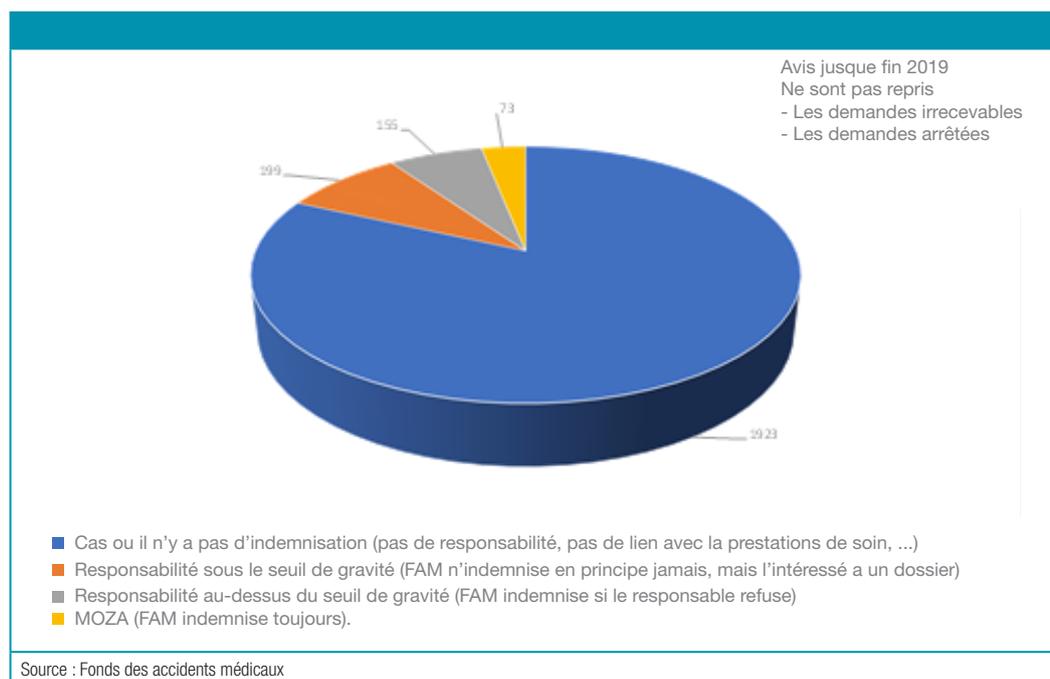
Ce rapport d'activités a pour objectif de vous informer aussi clairement et objectivement que possible au sujet de la situation. Malheureusement, force est de constater que le Fonds est toujours confronté au retard accumulé en raison de son démarrage lent et difficile.

Dans ce rapport d'activités, vous trouverez quelques observations importantes :

Le nombre de nouvelles demandes fluctue autour des 500 depuis 2015. En 2019, il y a eu 459 dossiers. Le nombre de dossiers clôturés demeure stable, malgré les efforts déployés pour améliorer et décrire les processus opérationnels. Le retard continue à être résorbé, également en chiffres absolus.



Sur la base des dossiers clôturés fin 2019, il apparaît que seul un nombre limité de demandeurs recevra finalement une indemnisation. 73 (3 %) par le Fonds dans le cadre d'un accident médical indemnisable (degré de gravité atteint) sans responsabilité et 155 (7 %) potentiellement par le Fonds si le prestataire de soins responsable et/ou son assureur refuse en cas d'avis pour lequel le Fonds a retenu une responsabilité.



Sur la base de l'analyse Delta-i, le travail d'amélioration de la structure organisationnelle s'est poursuivi en 2019.

Outre le coordinateur gestion de dossiers, qui est entré en service fin 2018, un coordinateur juridique et un coordinateur médical ont également été engagés en 2019.

Sur la base de l'analyse Delta-i, toute l'équipe et, en particulier, les coordinateurs, ont travaillé dur pour décrire, améliorer et uniformiser les procédures et les adaptations nécessaires des outils informatiques.

En outre, le Fonds a également contribué à l'analyse de la Cour des comptes, qui a débuté en 2018. Toutes les informations et tous les chiffres demandés ont été communiqués aux auditeurs et, si nécessaire, les explications nécessaires ont été fournies.

Le Fonds a également pris les dispositions nécessaires pour garantir la sécurité des données dans le cadre de l'application du RGPD.

Le Fonds devra encore relever d'importants défis à l'avenir, mais je suis convaincu que des mesures ont été prises dans la bonne direction.

Le Fonds continuera à travailler à l'optimisation de son fonctionnement dans l'intérêt du demandeur individuel et du prestataire de soins ainsi que dans l'intérêt de la société dans son ensemble ainsi qu'à l'amélioration et à l'accélération des processus sans faire de compromis sur la qualité. Le rapport attendu de la Cour des comptes sera certainement utile à cet égard.

En outre, à l'avenir, le Fonds s'attachera davantage à fournir des informations sur la procédure tant au demandeur qu'au grand public. Dans ce contexte, l'échange électronique de données constituera un défi particulier.

Mia Honinckx  
Conseiller général, directeur FAM



# Partie 1

## Missions du Fonds des accidents médicaux et organisation

# I. Missions

Les missions du Fonds des accidents médicaux (ensuite Fonds) sont décrites à l'article 8 de la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé - M.B. du 02.04.2010.

Ladite loi comprend, d'une part, des **tâches dans le cadre de sa mission d'indemnisation des victimes** - ou de leurs ayants droit - de dommages résultant de soins de santé (dans les limites des articles 4 et 5) et, d'autre part, des **missions d'intérêt général**. Dans le premier cas, il s'agit d'une fonction d'avis, d'indemnisation et de médiation. Le Fonds remplit en outre des missions générales dans le cadre de l'enregistrement, du reporting et de la prévention.

La pratique démontre que la mission principale du Fonds est de fournir des avis sur des dossiers individuels.

Voici une brève description générale de chacune des missions confiées au Fonds en vertu de la présente loi.

## 1. Missions d'avis, d'indemnisation et de médiation

Le Fonds doit accomplir les missions suivantes :

- déterminer si le dommage résultant de soins de santé subi par le patient engage ou non la responsabilité d'un prestataire de soins, et en évaluer la gravité. Dans ce but, le Fonds peut :
  - solliciter du (des) prestataire(s) de soins, de l'établissement de soins, du patient et de toute personne physique ou morale, tous les documents et toutes les informations nécessaires pour pouvoir apprécier les causes, les circonstances et les conséquences du dommage faisant l'objet de la demande ;
  - faire appel à des prestataires de soins professionnels spécialisés afin d'obtenir des précisions dans un domaine particulier des soins de santé;
- vérifier si la responsabilité civile du prestataire de soins qui a causé le dommage est effectivement et suffisamment couverte par une assurance. Le Fonds peut en outre se prononcer sur l'ampleur de la couverture de l'assurance conclue par le prestataire de soins;
- inviter le prestataire de soins ou son assureur à formuler une offre d'indemnisation au patient ou à ses ayants droit lorsqu'il estime que la responsabilité d'un prestataire de soins est engagée;
- indemniser le patient ou ses ayants droit lorsque le dommage répond aux conditions fixées aux articles 4 et 5 de la présente loi ;
- organiser, à la demande du patient ou de ses ayants droit, d'un prestataire de soins et/ou de son assureur, une médiation (conformément aux articles 1.724 à 1.733 du Code judiciaire) ;
- il s'agit de donner, à la demande du patient ou de ses ayants droit, un avis sur le caractère suffisant du montant d'indemnisation proposé par le prestataire de soins et/ou son assureur.

## 2. Mission de prévention d'enregistrement et de reporting

La mission de prévention du Fonds consiste à centraliser toutes les données relatives aux demandes afin de pouvoir émettre, à la demande du ministre compétent ou d'initiative, des avis sur toute question concernant la prévention ou la réparation des dommages résultant de soins de santé. Les nombreuses demandes d'indemnisation d'accidents médicaux donnent un aperçu intéressant de ce qui peut mal se passer au niveau des prestations de santé en Belgique. À partir de là, des lignes directrices peuvent être élaborées dans le cadre de la prévention.

Le Fonds est en outre chargé d'établir des statistiques sur les indemnisations accordées en vertu des dispositions de la loi sur les accidents médicaux.

Enfin, un rapport annuel d'activités doit être établi et transmis au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, aux Chambres législatives et à la Commission fédérale « Droits du patient ».

Ce rapport contient entre autres l'analyse des données statistiques et financières, des recommandations pour prévenir les dommages résultant de soins de santé et pour améliorer l'indemnisation de ceux-ci. Par ailleurs, il contient éventuellement une présentation et un commentaire des avis que le Fonds estime devoir émettre. Ce rapport ne peut contenir que des données anonymes et donc aucune donnée à caractère personnel.

# II. Comité de gestion

## 1. Composition

Le Fonds est un service de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (ci-après dénommé l'INAMI) qui a ses propres missions et compétences et dont le fonctionnement est contrôlé par un comité de gestion.

Au terme de l'article 137, quater, § 2, alinéa 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, le Comité de gestion du Fonds se compose comme suit :

- quatre membres représentant l'autorité;
- quatre membres représentant les organisations représentatives de l'ensemble des employeurs et les organisations représentatives de travailleurs indépendants;
- quatre membres représentant les organisations représentatives de l'ensemble des travailleurs salariés;
- quatre membres représentant les organismes assureurs ;
- cinq membres représentant les praticiens professionnels, dont trois médecins au moins ; trois membres représentant les institutions de soins de santé, dont au moins un médecin hygiéniste ;
- quatre membres représentant les patients ;
- deux professeurs ou chargés de cours de droit, spécialisés en droit médical.

Selon l'article 137 quater §3 de la même loi, il appartient au Roi de fixer le mode de désignation des membres. Cette disposition a donné lieu à l'établissement de l'arrêté royal du 25 avril 2014 modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en vue d'insérer un titre IVbis relatif au Fonds des accidents médicaux (M.B. du 16 juin 2014, p. 45166 et s.). Le mode de désignation des membres est réglé par ce titre VI bis.

## 2. Compétences

Les compétences du Comité de direction précité sont définies à l'art. 137quinquies de la loi SSI.

Le **Comité de gestion** du Fonds :

- gère, avec le service et son directeur, les missions déterminées par la loi du 31 mars 2010 précitée ;
- arrête les comptes et établit le budget relatif à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé comme déterminée par la loi du 31 mars 2010 précitée
- propose le budget des frais d'administration du Service au Comité général de gestion de l'INAMI
- donne un avis au Comité général de gestion de l'INAMI sur la proposition annuelle de cadre du personnel du Service
- est informé par le directeur du service des procédures de marchés publics relatifs aux missions du service ou à sa gestion, et notamment ceux dont le Comité de gestion a délégué de l'administrateur général de l'Institut.
- établit son règlement d'ordre intérieur et le soumet pour approbation au Roi (cf. AR approuvant le règlement d'ordre intérieur du Comité de gestion du Fonds des accidents médicaux du 19 avril 2014.).

Le Comité de direction prend généralement des décisions stratégiques et/ou organisationnelles. Il peut faire, avec l'administration, des recommandations utiles pour prendre des mesures préventives et prévenir les accidents médicaux.

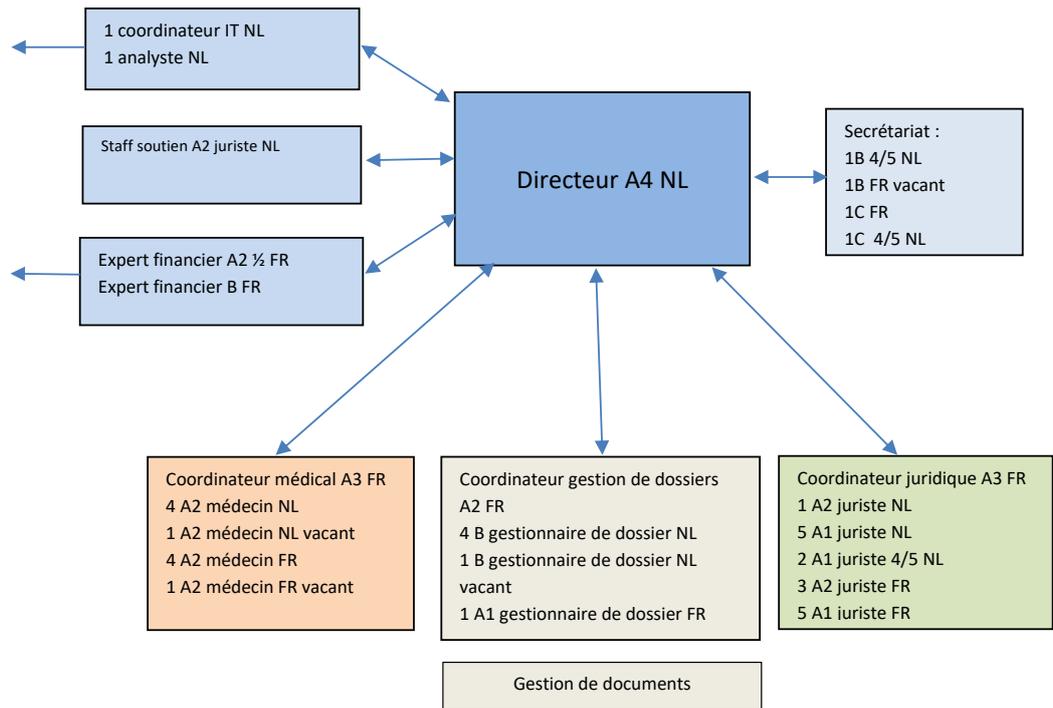
Il existe également un groupe de travail actif au sein du Comité de gestion qui s'occupe principalement des questions juridiques générales touchant le Fonds. Les décisions et directives éventuelles qui en découlent sont soumises au Comité de gestion et sont mentionnées dans le procès-verbal établi par l'administration après chaque réunion.

Tableau des réunions du C.G. et GT en 2019	
Comité de gestion	Groupe de travail procédures juridiques
18-01-2019	
22-03-2019	22-03-2019
05-05-2019	05-05-2019
24-05-2019	24-05-2019
21-06-2019	21-06-2019
13-09-2019	13-09-2019
11-10-2019	11-10-2019
13-12-2019	13-12-2019
Source : Fonds des Accidents Médicaux	

# Partie 2

## Organigramme et structure du Fonds

# I. Organigramme



## II. Experts externes

Il n'y a rien de neuf à signaler en ce qui concerne les experts externes. Dans des rapports annuels précédents déjà, nous expliquions que le Fonds sollicite des praticiens professionnels spécialisés pour obtenir des informations précises sur des questions médicales spécifiques. Il fait également appel à des avocats/juristes pour des litiges et des avis.

Constituer un réseau d'experts externes est une tâche à effectuer en continu. Ces experts sont toujours nommés conformément aux principes et dispositions de la législation relative aux marchés publics.

En 2017, un deuxième contrat de 4 ans a été conclu tant avec des prestataires de soins - médecins experts externes qu'avec des avocats à la suite d'une « procédure négociée avec publication préalable ». Des marchés seront à nouveau lancés en 2021.

Si pour un domaine ou une sous-spécialisation en particulier, aucun expert figurant sur la liste des marchés publics n'est disponible - ce qui a été régulièrement le cas en 2019 aussi - le Fonds se voit contraint de recourir à des marchés (de services) uniques.

Comme annoncé, le Fonds a organisé fin 2019 des séances d'information afin de fournir aux experts médicaux externes des renseignements généraux sur ses missions et sur les expertises. En effet, il est important de communiquer régulièrement sur les attentes du Fonds en général et sur sa mission, sa structure et les données générales du rapport d'expertise. Dans ce contexte, il est toujours souligné que les experts médicaux doivent faire preuve de neutralité lors des examens.

## III. Instruments/Outils – développements

### ICT

En 2019, les efforts de numérisation des processus opérationnels se sont poursuivis. Ainsi de nouvelles fonctionnalités ont été ajoutées aux outils technologiques mis en service les années précédentes. Le Fonds s'est également mis en quête de nouveaux systèmes complémentaires.

- Concernant la gestion des dossiers, des améliorations ont à nouveau été apportées à DAMO (acronyme de « Dossier Accidents Médicaux-Medische Ongevallen »), la solution utilisée pour la gestion des dossiers mise en service en 2017. Les fonctionnalités de ce système ont en effet été adaptées aux nouvelles procédures opérationnelles du Fonds. Le Fonds a également veillé à accroître encore sa convivialité. En 2019, les performances et la disponibilité de cette solution informatique ont été très stables et plus que satisfaisantes. Par ailleurs, des moyens ont été investis dans l'interconnectivité avec les réseaux informatiques transversaux de l'INAMI, par exemple dans la préparation de l'intégration dans le système centralisé de contacts et dans un lien avec les systèmes de paiement. Une étude juridico-technique a aussi été lancée pour savoir si, à l'avenir, un formulaire de demande électronique pourrait être prévu pour le Fonds. Les nouvelles fonctionnalités susmentionnées concernent les phases 1 et 2 du processus de traitement des dossiers et aussi en partie la phase 3 (celle après l'avis), phase qui n'avait pas encore été incluse dans DAMO.

- Concernant la gestion des documents, d'autres contacts ont été pris avec le secteur hospitalier afin de trouver une solution pour que les documents demandés soient disponibles de manière structurée à des fins d'analyse. En parallèle de cet exercice, un projet de démonstration de la faisabilité (« Proof of concept ») de l'utilisation de l'intelligence artificielle a été livré début 2019. Ce double projet pilote n'a pas donné de résultats satisfaisants en ce qui concerne le recours à l'intelligence artificielle pour extraire des données et des métadonnées de documents médicaux. Il a donc confirmé que le Fonds est confronté à une situation complexe : il doit traiter des volumes considérables de données entrantes très variées et non structurées.
- La boîte sécurisée de l'INAMI (TRESORIT) qui a été mise en service pour respecter les principes du règlement général de protection des données (RGPD) est maintenant l'outil privilégié pour un échange sécurisé et efficace de documents avec les parties concernées par les expertises médicales. Vu ses atouts, ce système a été étendu à d'autres services de l'INAMI.
- Un serveur a été mis à la disposition du Fonds sur la plate forme PACSONWEB afin de faciliter l'échange d'images médicales. Le système est en production. Il centralise maintenant toutes les images médicales nécessaires dans le cadre des missions du FAM. Des démarches sont maintenant entreprises pour que ce système puisse aussi être utilisé pour partager les images avec les intéressés lors d'une expertise.
- Enfin une procédure a été convenue avec le service juridique central de l'INAMI pour le suivi des dossiers pour lesquels un litige a été porté devant le tribunal. Elle contribuera à une utilisation optimale d'EUNOM-E (la plate forme commune de l'INAMI pour les contentieux). Tous les dossiers de contentieux ont déjà été migrés vers ce système. La mise en service définitive de toutes les fonctionnalités de cet outil est imminente.
- Sur la suggestion de la Cellule Modernisation de l'INAMI, une solution BPMN ou Business Process Model and Notation (HOPEX = nom de l'outil) a été mise en place pour gérer et documenter tous les processus de l'INAMI. Les processus du FAM y ont été systématiquement cartographiés.
- Le Fonds a continué à travailler de manière intensive au projet d'archivage (« Health on the Move »<sup>1</sup>), l'objectif étant un déménagement sans documents papier début 2021.
- La migration vers respectivement Windows 10, Office 2016 & Outlook 365 (qui fait partie d'Office 365) a été opérée pour tous les utilisateurs. L'introduction d'Office 365 et d'autres outils numériques dans le cadre du projet « Digital Workforce » se poursuit.

1. Projet de mener une politique plus cohérente et efficace en matière de politique des soins de santé.

Partie 3  
Activités relatives  
aux missions

# I. Suivi administratif et observations statistiques

Dans cette partie, nous présentons les données statistiques relatives aux activités, obtenues à l'aide du logiciel DAMO que nous utilisons pleinement pour le traitement de dossiers depuis avril 2017. Il importe de savoir qu'après la migration de toutes les données traitées depuis la création du Fonds (en septembre 2012), des corrections sont encore régulièrement apportées dans DAMO. Des écarts sont donc possibles dans une certaine mesure. En effet, outre les constatations concernant l'année 2019, nous communiquons aussi des chiffres concernant les années précédentes afin d'avoir une vue claire sur l'évolution du suivi des dossiers.

## 1. Call center

Il a été mis fin au soutien du call center, organisé en juin 2011 pour répondre en première ligne aux questions de citoyens, au 1<sup>er</sup> septembre 2019. Pour l'année 2018, il a été constaté qu'il n'y a pas eu plus de 4 appels entrants par jour ouvrable au call center. En 2019, le nombre d'appels entrants a continué de diminuer (30 appels par mois en moyenne). Il est en outre apparu que les questions n'avaient été traitées que dans une mesure restreinte par le call center lui-même. Il ne s'agissait que d'une dizaine d'appels par mois, les autres questions ayant été relayées au Fonds. Compte tenu de l'analyse coût-efficacité, il a naturellement été mis fin à la collaboration avec le call center. Les questions en première ligne sont depuis lors directement traitées par le secrétariat du Fonds.

## 2. Nombre total de dossiers entrants, ouverts<sup>2</sup> et clôturés<sup>3</sup> par rôle linguistique pour l'année 2019 et depuis la création du Fonds

Les chiffres concernant les dossiers entrants se présentent comme suit. En 2019, **459** dossiers ont été introduits au Fonds. En 2018, nous voyons encore 486 dossiers. Depuis sa création, le nombre total de dossiers introduits s'élève à **5219**.

Les tableaux 1 et 2 présentent la répartition linguistique des dossiers et leur statut général (nombre total de dossiers entrants, ouverts et fermés par rôle linguistique), tant pour l'année 2019 que pour l'ensemble de la période depuis la création du Fonds.

En 2019, le nombre de dossiers francophones introduits au Fonds était remarquablement inférieur à celui des dossiers néerlandophones alors qu'en 2018, les nombres de dossiers francophones et de dossiers néerlandophones introduits au Fonds étaient à peu près similaires.

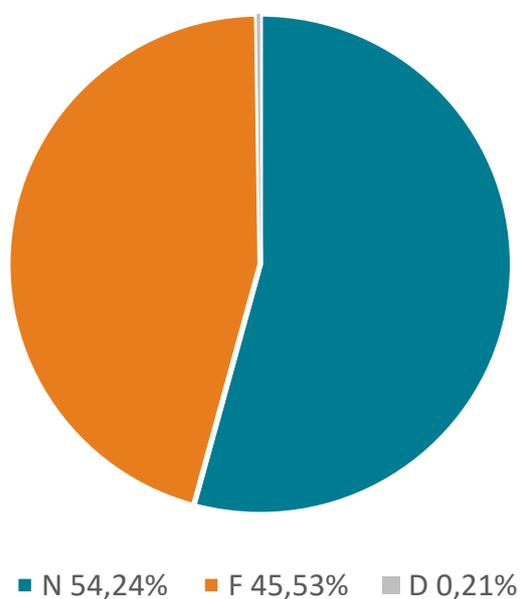
2. Un **dossier ouvert** est un dossier qui a été introduit auprès du Fonds et qui est toujours en examen. Il peut se trouver en phase 1 (détermination de sa recevabilité), en phase 2 (demande et réception des documents, étude juridique ou médicale, expertise, ...) ou en phase 3 (calcul et/ou octroi d'une indemnité, examen d'une indemnité pour cause de responsabilité en cas de responsabilité au-delà du seuil de gravité).

3. Un **dossier clôturé** est un dossier qui n'est plus en cours de traitement et ce, pour diverses raisons : il a donné lieu à une indemnité acceptée par l'ensemble des parties, le dossier est déclaré irrecevable sur le plan administratif, etc.

**Tableau 1 – Répartition des dossiers par rôle linguistique introduits en 2019 et leur statut général**

Nombre de dossiers	Langue			Total
	D	FR	NL	
Statut	D	FR	NL	Total
Fermé	1	11	11	23
Ouvert	0	198	238	436
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>209</b>	<b>249</b>	<b>459</b>

Source : Fonds des accidents médicaux

**Graphique 1 - Répartition par linguistique en 2019**

Source : Fonds des accidents médicaux

**Tableau 2 – Répartition des dossiers par rôle linguistique depuis la création du Fonds et leur statut général**

Nombre de dossiers	Langue			Total
	D	F	N	
Statut	D	F	N	Total
Fermé	4	1226	1544	2774
Ouvert	21	1231	1072	2324
Contentieux (= en cours)	0	52	69	121
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>2509</b>	<b>2685</b>	<b>5219</b>

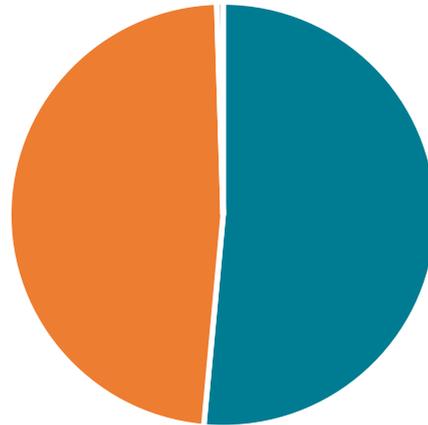
Source : Fonds des accidents médicaux

Pour tous les dossiers introduits depuis la création du Fonds, la situation se présente comme suit :

53 % des dossiers sont clôturés, 47 % sont encore ouverts. Moins de la moitié du nombre total des dossiers se trouvent donc encore dans une phase active.

Par rôle linguistique, on remarque une petite différence dans ces proportions. Fin 2019, 49 % des dossiers francophones étaient clôturés et 58 % des dossiers néerlandophones ; donc 51 % des dossiers francophones étaient encore dans une phase active contre 42 % de dossiers NL.

Graphique 2 - Répartition linguistique depuis la création du Fonds



■ N 51,45% ■ FR 48,07 ■ D 0,48%

Source : Fonds des accidents médicaux

### 3. Le nombre total de dossiers reçus par mois et par rôle linguistique

Tableau 3 – Nombre de dossiers reçus par mois

Année	Mois												Total
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	
2010					2		1		2	1	2	3	11
2011	6	2	3	1	4	1	2	1	9	4	1	2	36
2012	8	4	14	6	10	16	9	21	113	97	95	70	463
2013	143	96	108	93	65	84	57	62	105	107	105	70	1.095
2014	115	80	74	76	70	89	84	58	61	82	71	65	924
2015	66	59	56	63	56	67	47	46	53	37	48	35	633
2016	61	59	54	61	43	47	51	49	50	48	39	42	604
2017	55	47	37	16	79	28	35	31	48	45	56	30	507
2018	53	58	44	43	48	40	31	49	32	48	19	21	486
2019	40	40	35	45	34	34	38	35	38	38	33	49	459
<b>TOTAL</b>	<b>547</b>	<b>445</b>	<b>425</b>	<b>404</b>	<b>411</b>	<b>406</b>	<b>355</b>	<b>352</b>	<b>511</b>	<b>507</b>	<b>469</b>	<b>387</b>	<b>5219</b>

Source : Fonds des accidents médicaux

Le nombre de dossiers reçus par mois diminue d'année en année. En 2019, 38 demandes ont été introduites en moyenne par mois.

#### 4. Statut de tous les dossiers introduits depuis la création du Fonds

**Tableau 4 - Statut des dossiers par année au cours de laquelle le dossier a été introduit**

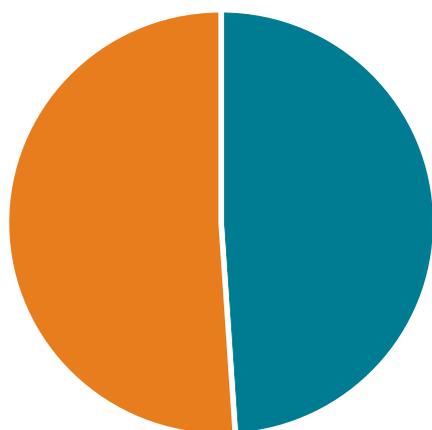
Année	Statut			
	Fermé : contentieux inclus	Ouvert	Total	% Fermé
2010	11	0	11	100%
2011	36	0	36	100%
2012	445	18	463	96%
2013	980	115	1.095	89%
2014	745	180	924	81%
2015	360	273	633	57%
2016	146	458	604	24%
2017	102	405	507	20%
2018	47	439	486	10%
2019	23	436	459	5%
<b>TOTAL</b>	<b>2.895</b>	<b>2.324</b>	<b>5219</b>	

Source : Fonds des accidents médicaux

Comme déjà mentionné ci-avant, la répartition du nombre total de dossiers introduits depuis la création du Fonds se présente comme suit : 53 % de dossiers clôturés contre 47 % de dossiers ouverts.

La diminution du nombre total de dossiers ouverts ressort clairement des graphiques ci-dessous et est une tendance qui se poursuit graduellement.

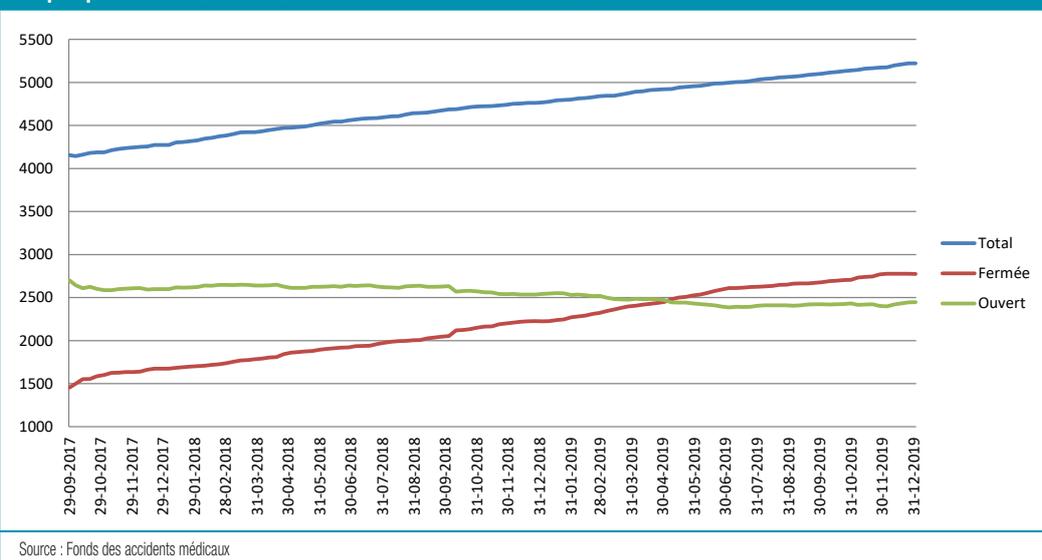
**Graphique 3 - Les dossiers fermés et ouverts depuis 2010**



■ Fermé 53 % ■ Ouvert 47 %

Source : Fonds des accidents médicaux

Graphique 4 - Nombre total de dossiers ouverts et clôturés



## 5. Répartition par phase des dossiers ouverts jusqu'à l'indemnisation comprise

Tableau 5 – Répartition par phase des dossiers ouverts

Année	Phases			Total générale	% Phase 1	% Phase 2	% Phase 3
	Phase 1 Initial	Phase 2 Recherche	Phase 3 Proposition				
2010	0	0	0	0	-	-	-
2011	0	0	0	0	-	-	-
2012	0	12	6	18	0,0%	66,67%	33,33%
2013	0	76	39	115	0,0%	66,09%	33,91%
2014	1	135	44	180	0,56%	75,00%	24,44%
2015	2	232	39	273	0,73%	84,98%	14,29%
2016	2	436	20	458	0,44%	95,20%	4,37%
2017	1	401	3	405	0,25%	98,01%	0,74%
2018	2	436	1	439	0,46%	99,32%	0,23%
2019	92	343	1	436	21,10%	78,67%	0,23%
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>2.071</b>	<b>153</b>	<b>2.324</b>	<b>4,30%</b>	<b>89,11%</b>	<b>6,58%</b>

La phase 1 est la phase initiale et comprend l'examen de la recevabilité administrative.

La phase 2 contient l'analyse médico-juridique minutieuse avec ou sans expertise externe et s'achève par un avis final motivé.

La phase 3 contient la formulation d'une proposition d'indemnisation, le cas échéant, ainsi qu'un suivi sur le long terme dans le cas d'une rente.

Source : Fonds des accidents médicaux

Nous constatons qu'en 2019 aussi tous les dossiers reçus ont été ouverts dans la même année et même dans les premières semaines suivant leur réception. Chaque demandeur reçoit un accusé de réception de la demande quasi immédiatement après l'enregistrement.

Comme déjà mentionné dans le rapport annuel précédent, les dossiers relatifs aux années antérieures à 2019, qui sont encore en phase 1, sont pour la plupart des dossiers qui ont été rouverts ou des dossiers plus récents pour lesquels la collecte d'informations est difficile, par exemple lorsqu'un demandeur vit à l'étranger ou lorsque des soins de suivi ont eu lieu à l'étranger, si bien que des documents médicaux doivent également être demandés au-delà des frontières nationales. Les dossiers introduits fin 2019 se trouvent bien entendu aussi encore dans la phase initiale (cf. tableau 5).

La plupart des dossiers se situent en phase 2, la procédure à ce stade prenant en effet le plus de temps. En 2019, la direction et les coordinateurs ont investi dans l'optimisation des procédures. Le Fonds essaie en outre de clôturer rapidement les dossiers simples, en concertation avec le Comité de gestion.

Pour tous les autres dossiers, le principe suivant demeure d'application : les premiers arrivés sont les premiers traités. Les dossiers avec des dommages graves et/ou une lourde charge émotionnelle, comme le décès d'un enfant, sont traités en priorité. Il va de soi qu'il s'agit souvent de dossiers très compliqués qui nécessitent une grande expertise.

## 6. Évolution des dossiers irrecevables

Le nombre de dossiers clôturés à un stade précoce de la procédure (c'est-à-dire dans les phases 1 et 2, mais avant un avis), a légèrement augmenté par rapport à 2018. Ces dossiers sont clôturés sur la base des articles 2, 3 et/ou 12 de la loi sur les accidents médicaux. Ils tombent hors du champ d'application de la loi et sont donc irrecevables. Conformément aux statistiques, il s'agit de 13,3 % du nombre total de dossiers ouverts.

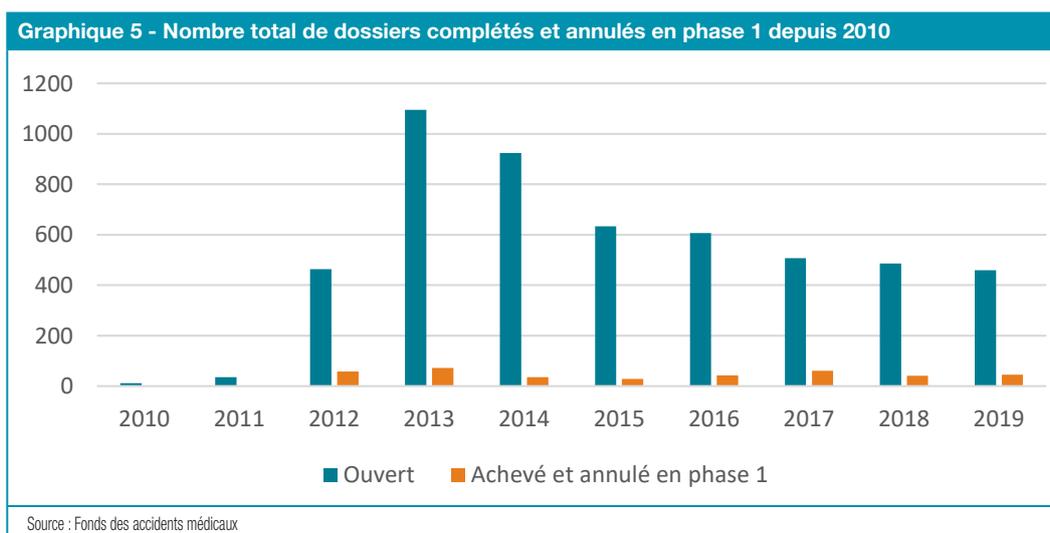
### a. Dossiers en phase 1

Les demandes qui s'avèrent aujourd'hui irrecevables dans une première phase de la procédure sont principalement des dossiers où la prescription a débuté, comme prévu dans la loi présente ou qui n'ont, en d'autres termes, pas été introduits à temps. Il est rare que des demandes soient encore introduites dont l'irrecevabilité administrative porte sur le fait que l'accident médical s'est produit avant l'entrée en vigueur de la présente loi, soit avant le 2 avril 2010, et que le Fonds ne soit donc pas compétent pour examiner la demande.

4. Dans la première partie de la procédure, le Fonds examine si la demande est recevable sur la base de la lettre de demande et, le cas échéant, en recherchant des informations complémentaires.

Tableau 6 – Nombre total de dossiers complétés et annulés <sup>5</sup> en phase 1 depuis 2010		
Année de fermeture	Ouvert	Achévé et annulé en phase 1
2010	11	
2011	36	
2012	463	58
2013	1095	72
2014	925	35
2015	633	29
2016	604	42
2017	507	61
2018	486	39
2019	459	45

Source : Fonds des accidents médicaux



Source : Fonds des accidents médicaux

## b. Dossiers en phase 2

En 2019, on note dans le tableau ci-dessous de nouveau une légère augmentation du nombre de dossiers qui sont irrecevables ou clôturés en phase 2 parce qu'ils ne relèvent pas du champ d'application de la présente loi. Il ne s'agit en effet pas seulement de motifs d'exclusion, comme une prestation de soins de santé qui a été réalisée dans un but esthétique ou une prestation de soins dans le cadre d'une expérimentation, précisées à l'article 3 de la loi sur les accidents médicaux, mais aussi de demandes où aucun dommage ne peut manifestement être mis en rapport avec une prestation ou un prestataire de soins au sens de la loi susmentionnée.

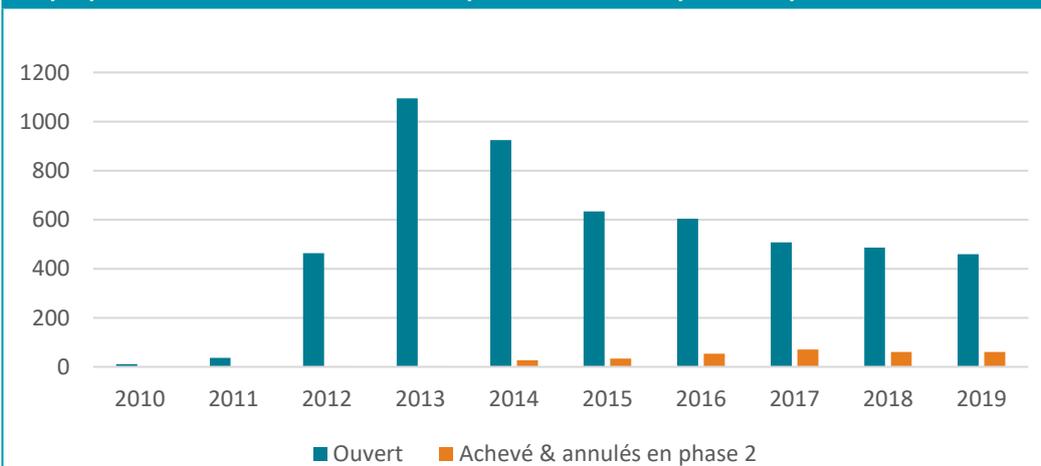
5. Notamment les dossiers où les demandeurs ou les proches renoncent à la procédure ou souhaitent y mettre fin.

Tableau 7 – Nombre total de dossiers complétés et annulés en phase 2 depuis 2010

Année de fermeture	Ouvert	Achévé et annulé en phase 2
2010	11	
2011	36	
2012	463	2
2013	1095	3
2014	925	27
2015	633	34
2016	604	54
2017	507	70
2018	486	59
2019	459	61

Source : Fonds des accidents médicaux

Graphique 6 - Nombre total de dossiers complétés et annulés en phase 2 depuis 2010



Source : Fonds des accidents médicaux

## 7. Évolution du nombre de dossiers entrants et sortants

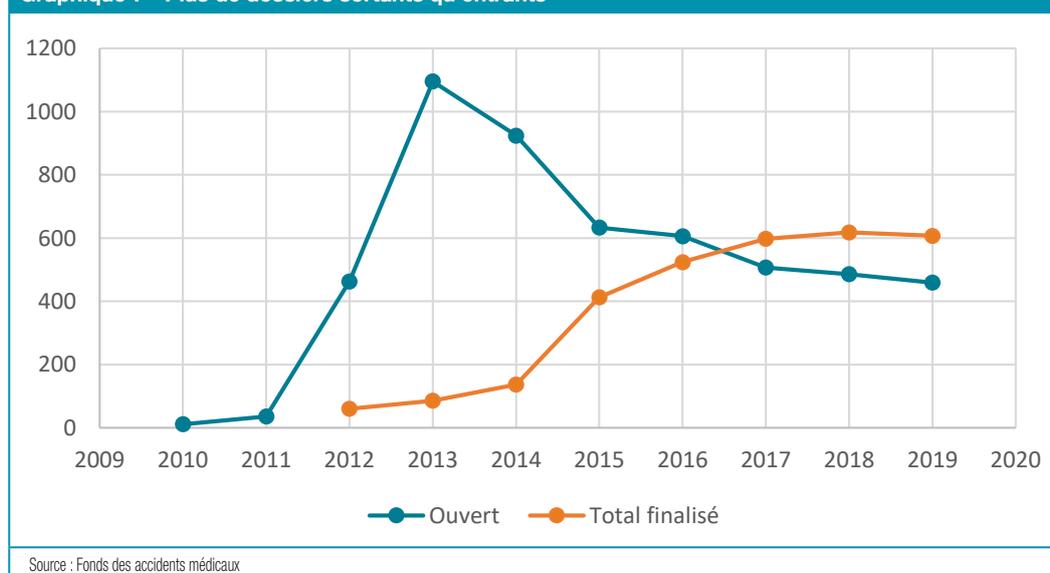
Si l'on additionne, sur la base du tableau 8, le nombre de dossiers complétés, annulés et clôturés jusqu'à l'avis motivé final inclus, on constate qu'en 2019 aussi davantage de dossiers ont été clôturés qu'ouverts. Le nombre de dossiers ouverts cette année est également nettement inférieur aux années précédentes. Cela veut dire que le retard dans le traitement de dossiers a progressivement été résorbé.

**Tableau 8 – Nombre total de dossiers complétés jusqu'à l'avis inclus**

Année de fermeture	Ouvert	Achevé et annulé en phase 1	Achevé et annulé en phase 2	Avis	Total
2010	11				
2011	36				
2012	463	58	2		60
2013	1095	72	3	11	86
2014	924	35	27	75	137
2015	633	29	34	350	413
2016	606	42	55	429	525
2017	507	61	70	467	598
2018	486	39	59	517	615
2019	459	45	61	501	607

Source : Fonds des accidents médicaux

**Graphique 7 - Plus de dossiers sortants qu'entrants**



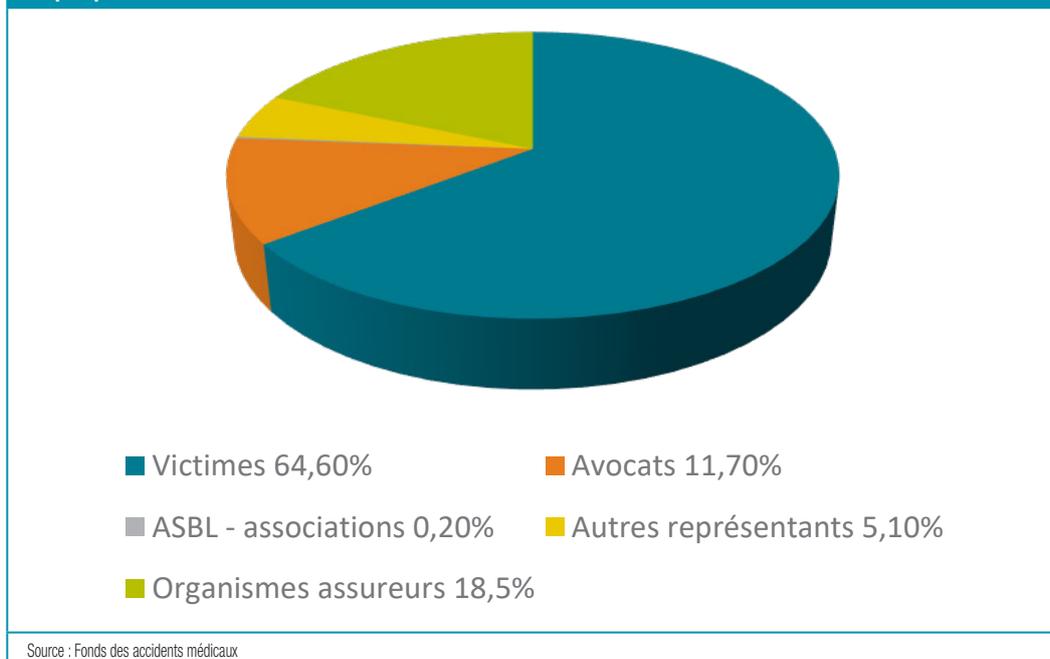


## 8. Répartition des dossiers par demandeur

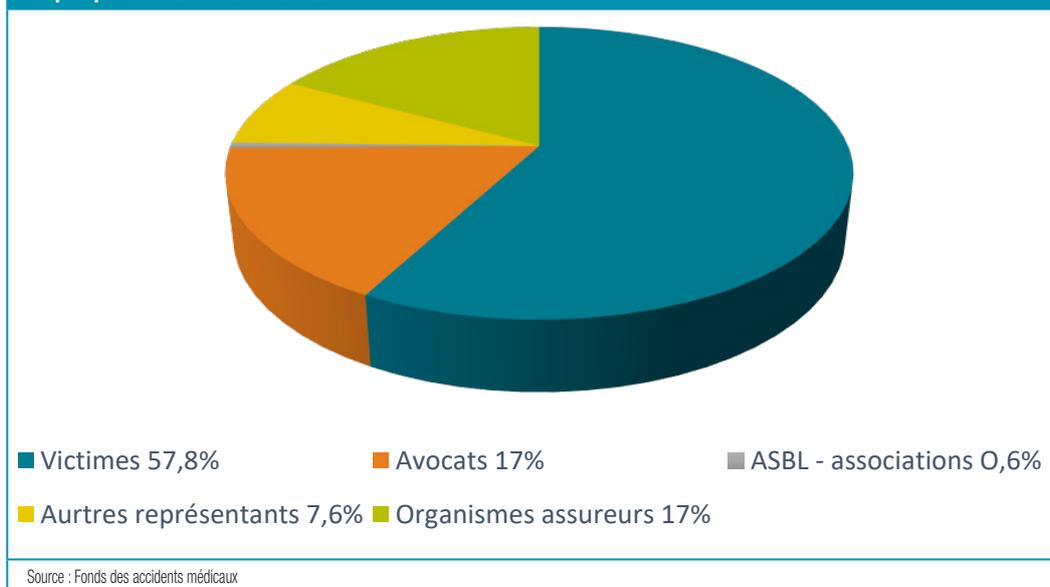
Le graphique 10 nous révèle que, dans 57,8 % des cas, la demande est introduite par la victime elle-même. Il ressort en outre des graphiques ci-dessous que les intéressés se sont fait davantage assister par des avocats en 2019 qu'en 2018. C'est le cas dans 17 % des demandes. Les organismes assureurs aussi sont désignés comme mandataires dans 17 % des cas. Dans une bien moindre mesure, les victimes font appel à des organisations de patients ou d'autres représentants. La part « autres » dans le graphique représente les demandes introduites par les bénéficiaires, les représentants légaux et les proches des patients.

Tous les pourcentages, tant pour 2018 que pour 2019, figurent dans les graphiques ci-après.

Graphique 9 - Demandeurs 2018



Graphique 10 - Demandeurs 2019



## 9. Avis par type.

Les demandes qui ne font pas partie du groupe « achevées » ou « clôturées » en phase 1 ou 2, seront ensuite soumises à une analyse médicale approfondie par le Fonds et éventuellement aussi à une expertise externe. Sur la base de tous les éléments contenus dans le dossier et éventuellement après une concertation médico-légale, le dossier est clôturé à ce stade moyennant un avis.

Comme déjà constaté dans les rapports précédents, plusieurs types d'avis peuvent être distingués, à savoir : la responsabilité civile (RC) du prestataire de soins au-delà ou en-deçà du seuil de gravité (éventuellement indemnisable par le Fonds<sup>6</sup>) ; un accident médical sans responsabilité (AMSR) au-delà du seuil de gravité (indemnisable par le Fonds) ; tous les avis où il n'est ni question de responsabilité d'un prestataire de soins, ni d'accident médical sans responsabilité (NINI).

En 2019, 501 avis au total ont été finalisés par les juristes du Fonds. Sur la base des chiffres ci-dessous, nous notons une petite différence par rapport à l'année précédente.

### a. Avis par type

**Tableau 9 : Avis par type 2018**

<b>Total</b>	<b>517</b>
<b>Spécifique</b>	
- AMSR avec seuil gravité	14
- Responsabilité < gravité	47
- Responsabilité > gravité	22
<b>Autres (NINI)</b>	<b>434</b>

Source : Fonds des accidents médicaux

**Tableau 10 : Avis par type 2019**

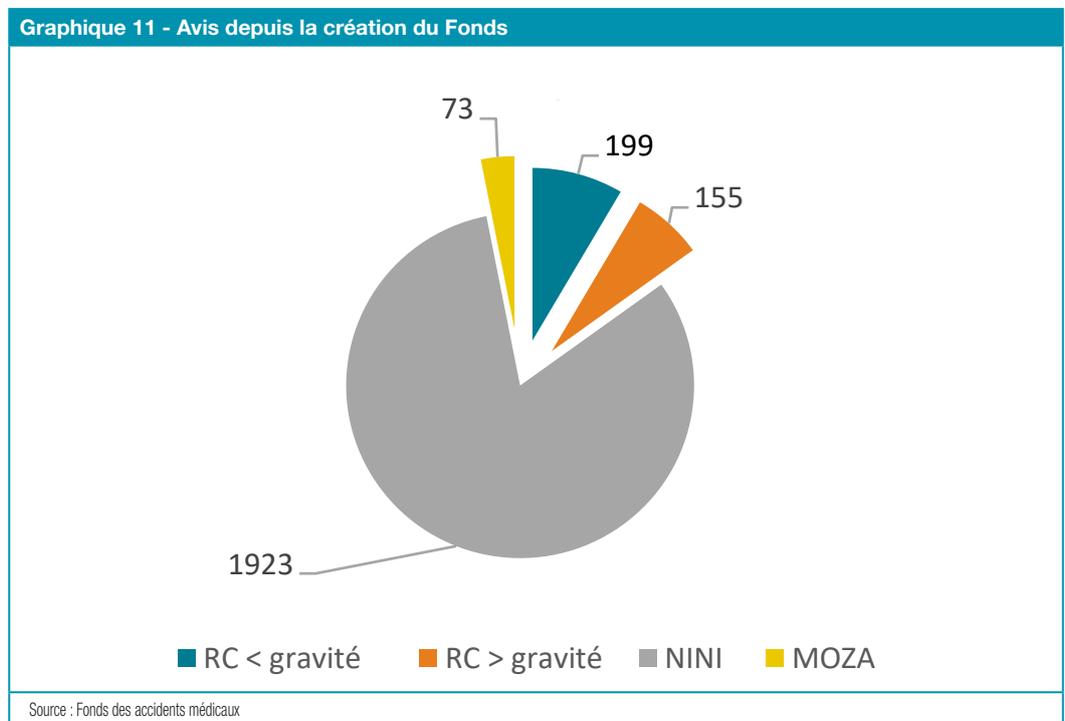
<b>Total</b>	<b>501</b>
<b>Spécifique</b>	
- AMSR avec seuil gravité	24
- Responsabilité < gravité	33
- Responsabilité > gravité	35
<b>Autres (NINI)</b>	<b>409</b>

Source : Fonds des accidents médicaux

6. En cas de responsabilité, le Fonds, dans son avis, demandera à l'assureur du prestataire de soins de présenter une proposition d'indemnisation. Il est possible que l'assureur conteste l'avis et refuse de payer. C'est alors que le Fonds intervient. En principe, aucun remboursement par le Fonds n'est possible pour une RC < seuil de gravité, sauf en cas de proposition manifestement insuffisante ou si la responsabilité civile d'un prestataire de soins n'est pas ou pas suffisamment couverte. Dans le cas d'une RC, le Fonds peut, après indemnisation, réclamer le montant au prestataire de soins et/ou à son assureur.

## b. Avis par type depuis la création du Fonds

Tableau 11 – Avis par type depuis la création du Fonds	
<b>Total</b>	<b>2.350</b>
<b>Spécifique</b>	
- AMSR avec seuil gravité	73
- Responsabilité < gravité	199
- Responsabilité > gravité	155
Autres (NINI)	1923
Source : Fonds des accidents médicaux	



## 10. Indemnisations après avis et par type

Dans cette partie sont abordés les cas spécifiques où le demandeur prétend à une indemnisation et où le Fonds a formulé une proposition d'indemnisation et a procédé au paiement. Le Fonds intervient dans le cas d'un accident médical sans responsabilité (AMSR) au-delà du seuil de gravité. Le Fonds intervient également si l'assureur conteste la responsabilité civile (RC) au-delà du seuil de gravité ou s'il est question d'une « proposition manifestement insuffisante » et lorsqu'il s'agit d'un prestataire de soins qui est estimé responsable mais dont la responsabilité civile n'est pas ou pas suffisamment couverte.

### a. Nombre total de demandeurs qui entrent en ligne de compte pour une indemnisation fin 2019

Le graphique ci-dessus relatif aux avis nous apprend que, d'après le Fonds, au total 228 demandeurs entrent en principe en ligne de compte pour une indemnisation (AMSR et RC > seuil de gravité).

Dans un tout petit pourcentage des dossiers, le seuil de gravité ne joue aucun rôle dans le paiement de l'indemnisation. Il s'agit des dossiers où une responsabilité civile est constatée et où il est question d'une proposition manifestement insuffisante ou en cas de responsabilité civile qui n'est pas ou pas suffisamment couverte. Il ne s'agit que de 6 dossiers, soit de 0,26 % du nombre total d'avis.

### b. Indemnisations payées en 2019 par type

Dans la plupart des cas, l'indemnisation prend la forme d'un capital versé. Exceptionnellement elle peut être payée sous forme de rente (indexée). Dans les tableaux 12 et 13, il ne s'agit que des indemnisations payées pour 2019.

**Tableau 12 Indemnisations payées en capital en EUR**

	AMSR > gravité <sup>7</sup>	RC > gravité	RC < gravité
Année 2019	4.055.324,16	1.611.057,52	12.020,29
Nombre de dossiers	27	26	1

**Tableau 13 Indemnisations payées en rente en EUR**

	AMSR > gravité <sup>8</sup>	RC > gravité	RC < gravité
Année 2019	20.731,08	18.399,87	-
Nombre de dossiers	3	2	0

Si l'on fait la somme pour 2019, un montant total de 5 717 532,92 EUR a donc été versé aux victimes<sup>9</sup>.

### c. Nombre total de dossiers où une indemnisation a été versée par type depuis la création du Fonds

Notons qu'un dossier peut générer plusieurs indemnisations et que le Fonds paie des avances si le calcul et/ou la recherche des documents s'avèrent difficiles et ce, afin de pouvoir aider plus rapidement les victimes. Nous constatons en effet que le calcul des indemnisations après avis requiert beaucoup de temps de préparation (et que cela peut donc prendre plus de trois mois). Il ne s'agit alors pas uniquement de rassembler les documents pertinents mais aussi de conclure un accord concernant les postes de dommages et d'en fixer le montant. Dans certains cas, il arrive en outre que de nouvelles parties introduisent une demande d'indemnisation dans 1 même dossier et à une date ultérieure.

7. Attention, AMSR > seuil de gravité, après avis ou après contentieux. Pour l'année 2019, il s'agissait de 5 dossiers de contentieux où le juge a conclu à un dommage anormal après un avis NINI

8. Attention, AMSR > seuil de gravité, après avis ou après contentieux. Pour l'année 2019, il s'agissait de 1 dossiers de contentieux où le juge a conclu à un dommage anormal après un avis NINI

9. Dans 1 cas, une indemnisation de 2 720,49 EUR été versée après un avis NINI et un contentieux concernant le délai raisonnable. Il s'agissait en l'occurrence uniquement des dépens.

D'après les chiffres du rapport annuel précédent et d'après les chiffres de 2019, depuis la création du Fonds, des paiements ont été effectués par le Fonds après avis (et contentieux après avis NINI inclus<sup>10</sup>) dans 65 dossiers « AMSR indemnifiables ».

En ce qui concerne les dossiers avec pour conclusion « RC > seuil de gravité », nous constatons que des paiements ont été effectués dans 89 dossiers (des 155 dossiers, voir graphique 11). Il est important de noter qu'une petite partie des dossiers, contenant une conclusion de responsabilité civile, n'est pas contestée par l'assureur et que ce dernier procède quand même à l'indemnisation de la victime, après que le Fonds en fait la demande.

Comme déjà mentionné plus haut, il est question de 6 paiements pour des dossiers où le seuil de gravité ne joue aucun rôle. Il s'agit de 3 dossiers ayant pour objet une « proposition manifestement insuffisante » et de 3 dossiers où la responsabilité civile du prestataire de soins n'est pas ou pas suffisamment couverte.

Le Fonds fait une fois de plus remarquer que l'introduction d'une demande ne garantit pas automatiquement l'obtention d'une indemnité.

Pour finir, les chiffres globaux relatifs aux indemnisations figurent dans la partie 4 de ce rapport - « Gestion financière et encadrement ».

## II. Activités médicales et statistiques

### Considérations générales

#### 1. L'encodage

Nous avons choisi le système de codification ICHI (= International Classification of Health Interventions) de l'OMS (organisation mondiale de la santé) pour coder les prestations de soin.

Ce système de codes offre des avantages sur beaucoup d'autres systèmes en ce que chaque code de prestation comporte plusieurs aspects (la cible, le moyen technique et la méthode). De plus, ce système ne se limite pas aux prestations techniques mais inclut des actes plus abstraits comme la surveillance, le transport, le conseil.

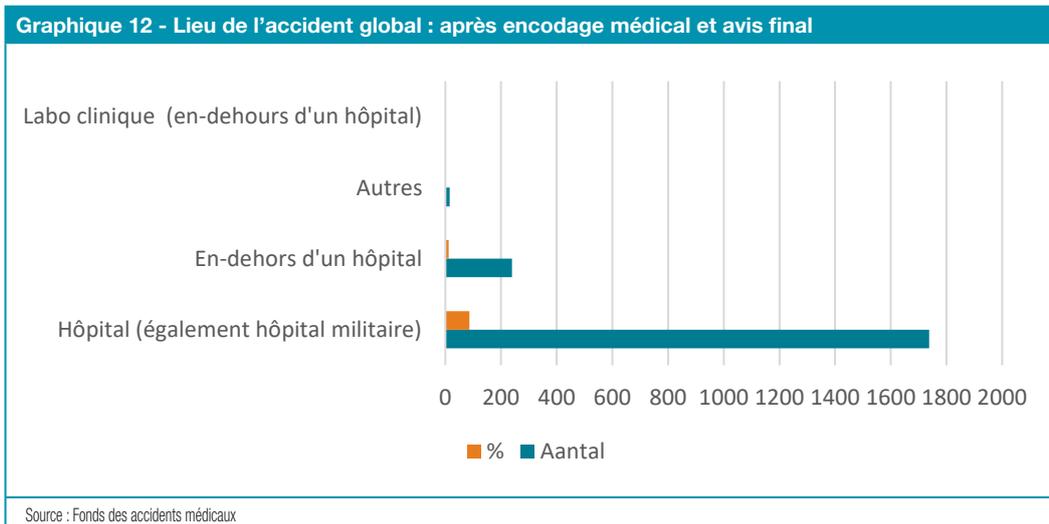
#### 2. Statistiques

Cette analyse donne la situation des dossiers ayant fait l'objet d'un avis médical. Elle donne une idée globale de la distribution des dossiers du Fonds pour certaines variables.

10. En 2019, il s'agit par exemple de 6 dossiers où le juge a conclu à un AMSR > seuil de gravité. Il ne s'agit donc pas d'un AMSR indemnifiable après avis du Fonds.

## a. Lieu de l'accident médical

Tableau 14 – Lieu de l'accident global : après encodage médical et avis final		
	Nombre	%
Hôpital (également hôpital militaire)	1738	87,07%
En-dehors d'un hôpital <sup>11</sup>	239	11,97%
Autres <sup>12</sup>	16	0,8%
Labo clinique (en-dehors d'un hôpital)	2	0,1%
<b>TOTAL</b>	<b>1996</b>	<b>100%</b>
Source : Fonds des accidents médicaux		



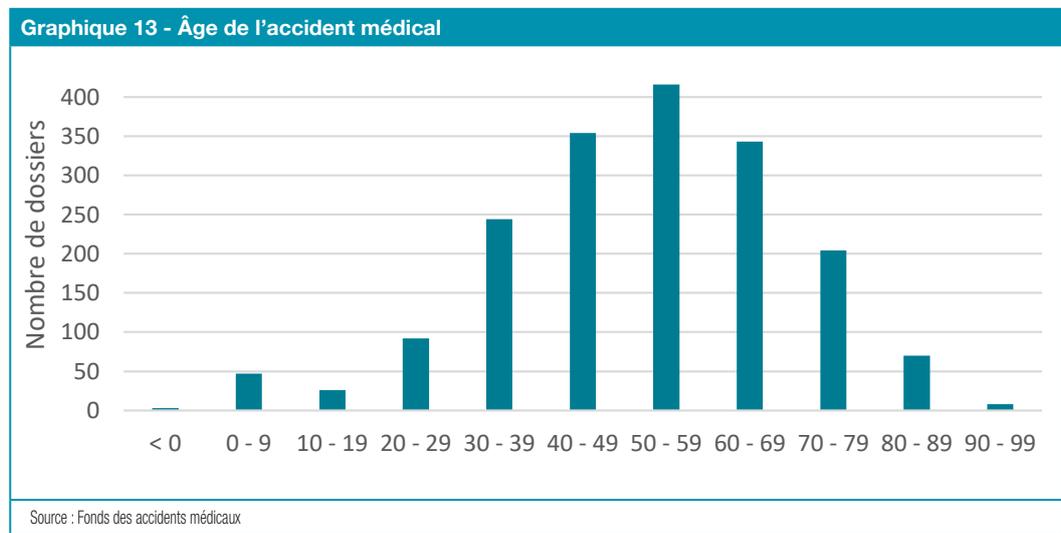
11. Pas dans l'hôpital : comme les cabinets privés, les CHS-MRS, les polycliniques.

12. Autres : comme les cabinets dentaires, les institutions de médecine préventive.

### b. Distribution des âges

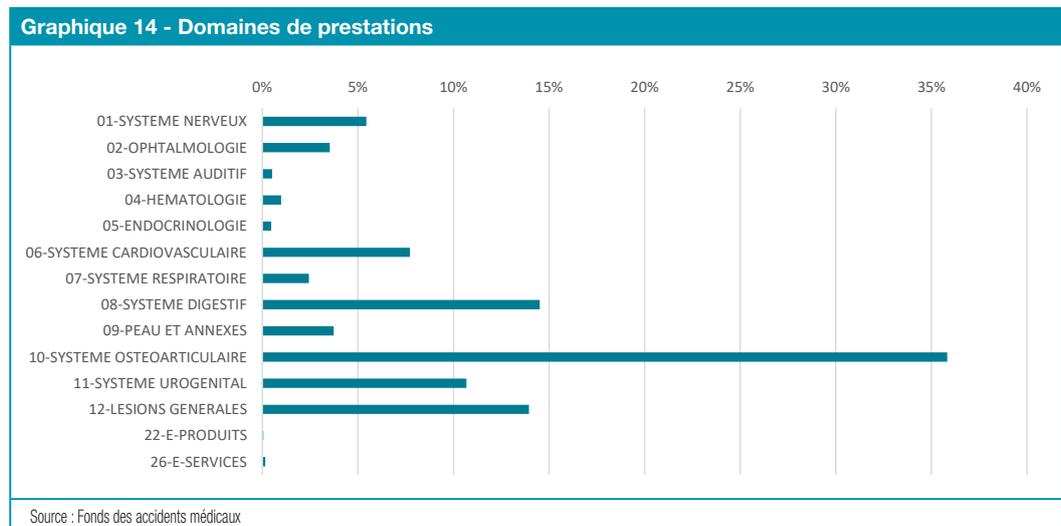
L'histogramme présente la distribution de l'âge auquel est survenu l'accident. L'âge médian (52 ans) et l'âge moyen (51,6 ans) sont similaires. La distribution montre néanmoins qu'il existe une sous-population particulière de cette distribution : les dossiers de patients dont l'accident est survenu avant ou pendant la naissance (donc centrés sur l'âge 0).

Un meilleur modèle d'enregistrement de ces dossiers (prestation chez la mère et dommage chez l'enfant) devrait permettre d'avoir une meilleure vision de cette sous-population.



### c. Domaines de prestations

L'histogramme représente la distribution des prestations médicales parmi différents domaines (classification internationale ichi).



Certains domaines demandent une explication. « 22-e-produits » concerne la qualité d'appareillages ou d'orthèses, comme les lunettes, par exemple. « 26-e-services » se rapporte plus à des services (surveillance nursing, transport).

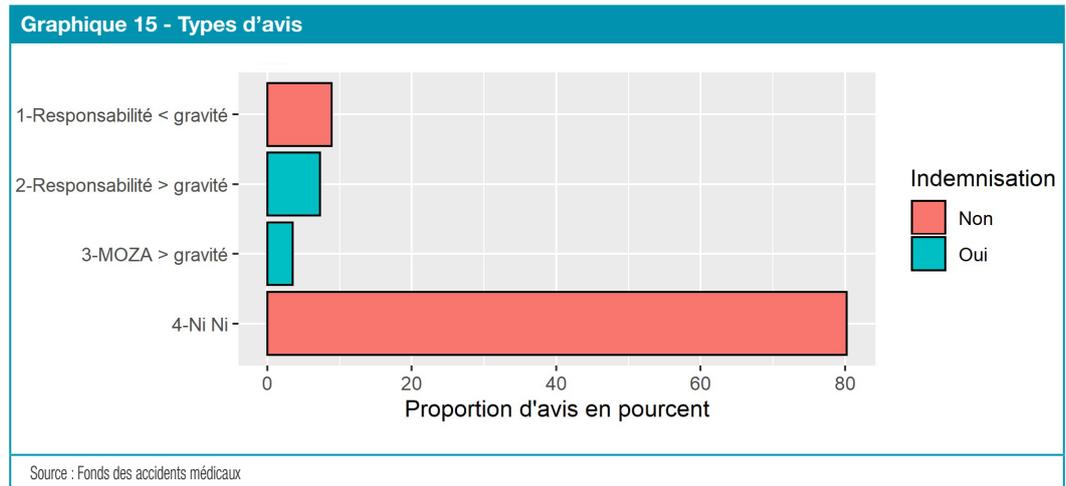
On voit la nette prédominance du nombre de dossiers introduits suite à une prestation orthopédique (« 10-système ostéoarticulaire »), qui représentent plus de 40 % du total. Tous les autres domaines se situent sous les 15 %.

Le tableau suivant montre de manière plus détaillée quelles sont les prestations les plus fréquentes pour lesquels un dossier est introduit :

Tableau 15 – Types de prestations		
Prestations	Observations	%
Prothèse de hanche	86	4,46
Disectomie lombaire	73	3,78
Prothèse de genou	72	3,73
Mies au point /Diagnostic	54	2,80
Fusion vertébrale lombaire	48	2,49
Pas de prestation	45	2,33
Injection canal médullaire	44	2,28
Implant dentaire	37	1,92
Prothèse de cristallin	35	1,81
Prestation obstétricale	32	1,66
Système génital féminin, prestation laparoscopique	30	1,56
Gastroplastie laparoscopique	30	1,56
Médication parentérale	26	1,36
Chirurgie des orteils (inc. Hallux Valgus)	26	1,35
Chirurgie de l'épaule	22	1,14
Prestation non spécifiée	21	1,09
Ostéosynthèse du fémur	21	1,09
Système génital féminin, chirurgie ouverte	20	1,04
Cathétérisme cardiaque	18	0,93
Nombre total d'observations	1929	
Source : Fonds des accidents médicaux		

### d. Types d'avis en général et pour certains types de prestations

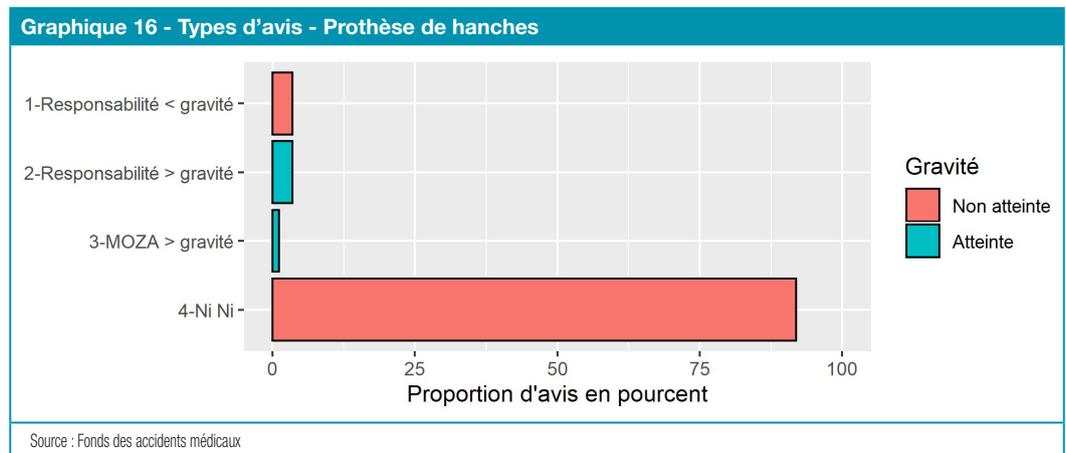
#### Généralités



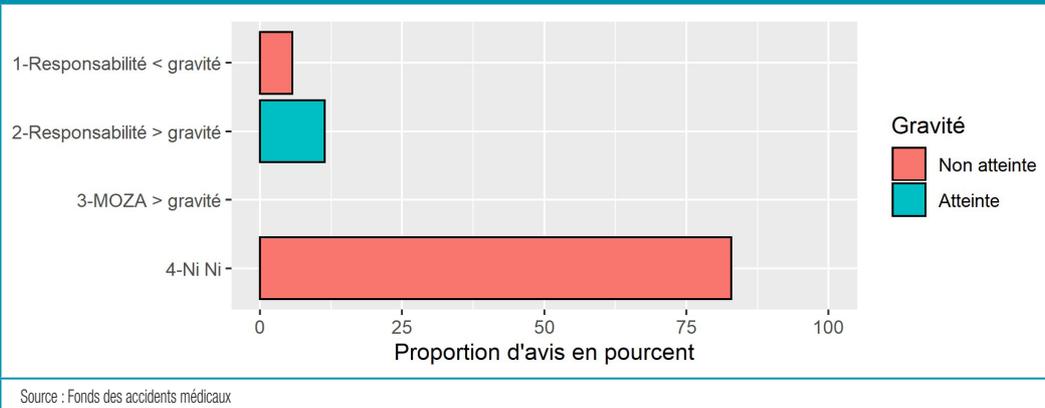
Le graphique fait la distinction entre les accidents médicaux avec responsabilité, les accidents médicaux sans responsabilité (dits « moza ») et les dossiers n'engageant pas de responsabilité et ne pouvant pas être qualifiés d'accidents médicaux selon la loi. Dans cette dernière catégorie (dite « Ni Ni »), se retrouvent aussi des dossiers sans dommage ou des dossiers non recevables (prescrits, par exemple).

Ce dernier groupe est non indemnisable et représente environ 80 % des dossiers introduits au FAM. Une partie de ces dossiers présente une gravité située au-dessus des critères de gravité (dont certains décès, par exemple).

#### Types d'avis pour certains types de prestations



Graphique 17 - Types d'avis - Prothèse du cristallin

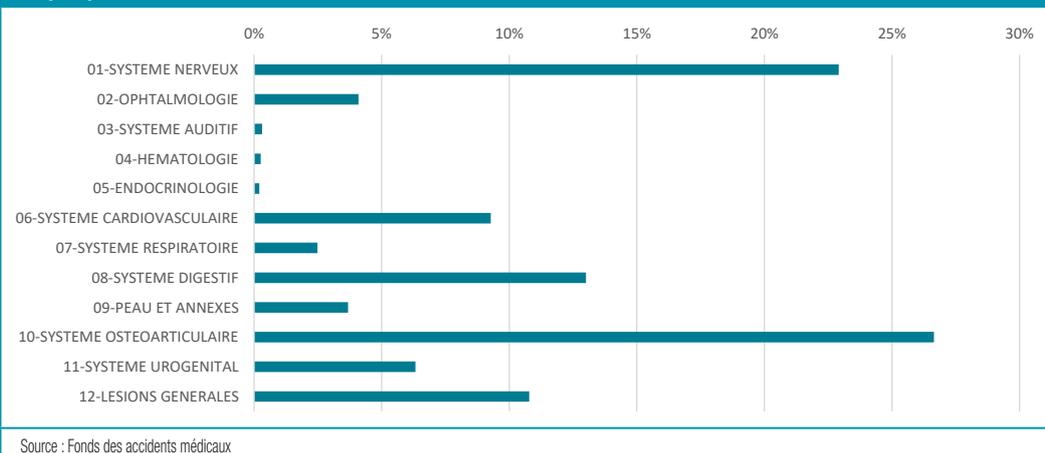


### e. Site des lésions

Lors d'un accident médical, certains types de lésions apparaissent plus souvent que d'autres. Il est raisonnable de penser que le site des lésions correspond au domaine de prestation et c'est vrai dans la majorité des cas.

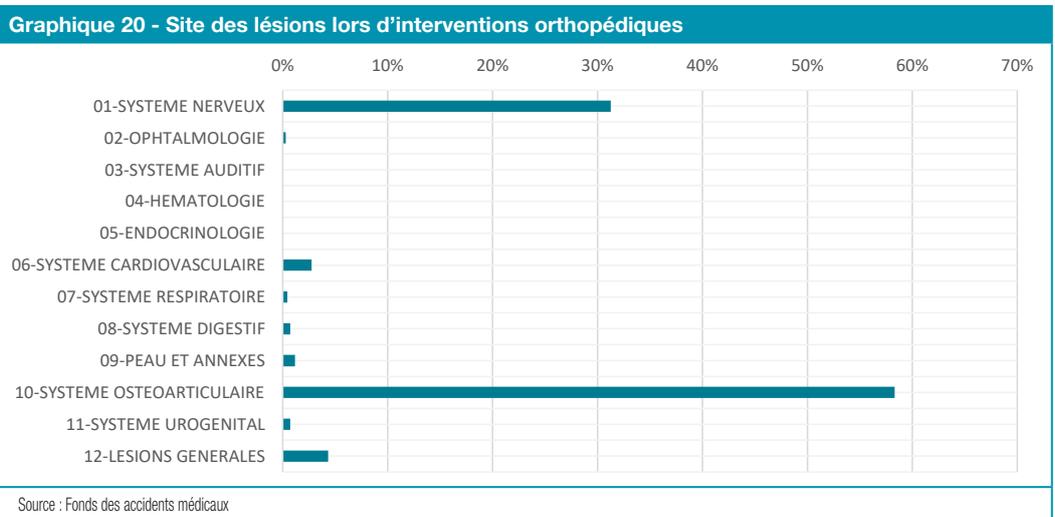
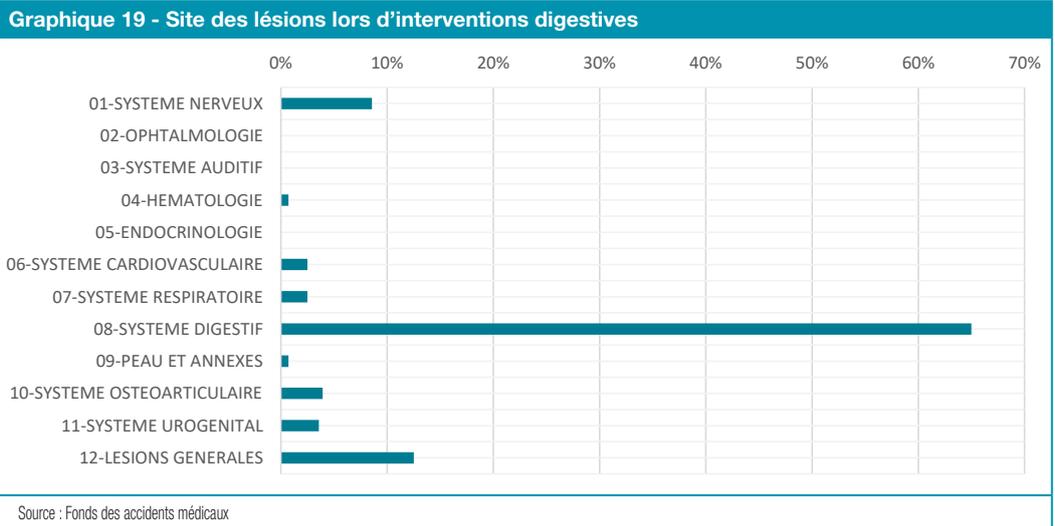
Il est néanmoins un type de lésions qui est constaté dans beaucoup de domaines de prestations différents : celles du système nerveux. Le graphe ci-dessous montre plus 20 % des accidents médicaux consistent en des lésions du système nerveux (alors qu'environ 5 % des prestations concernent le système nerveux).

Graphique 18 - Site des lésions

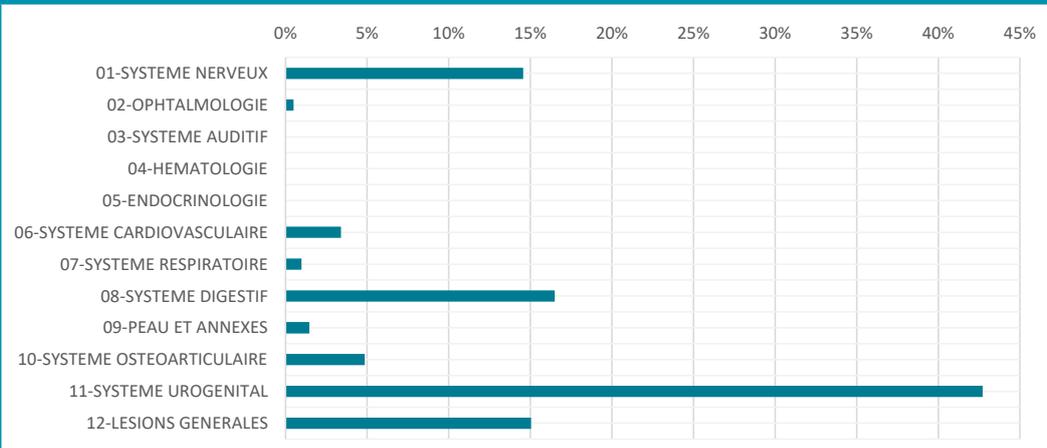


Parmi ces lésions du système nerveux, nous retrouvons par exemple des atteintes de nerfs périphériques en cas d'arthroscopie, ou des atteintes de racines nerveuses en cas de chirurgie de la colonne lombaire.

f. Site des lésions pour certains domaines de prestations



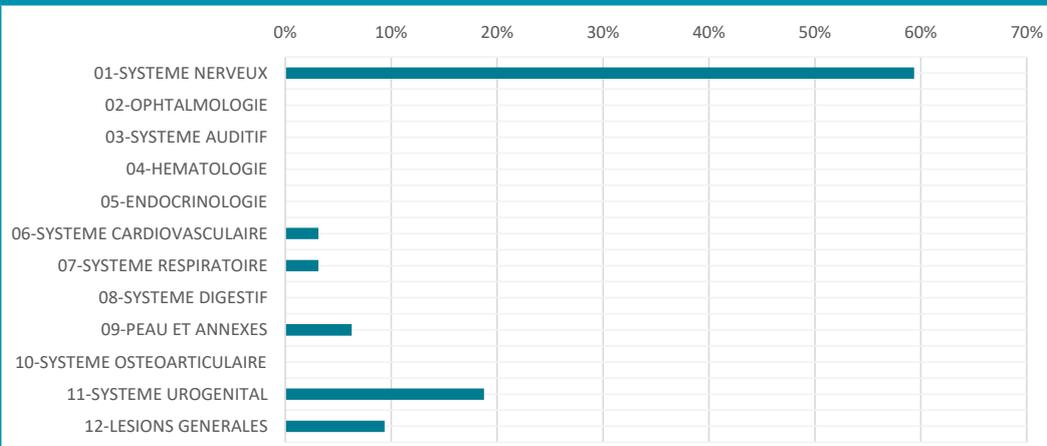
Graphique 21 - Site des lésions lors d'interventions urogénitale (inc. obst.)



Source : Fonds des accidents médicaux

Nous retiendrons l'importance des lésions du système digestif en cas de prestations urogénitales et obstétricales. Il s'agit en général de la perforation d'un organe creux.

Graphique 22 - Site des lésions chez le nouveau-né en cas de prestations liées à la grossesse

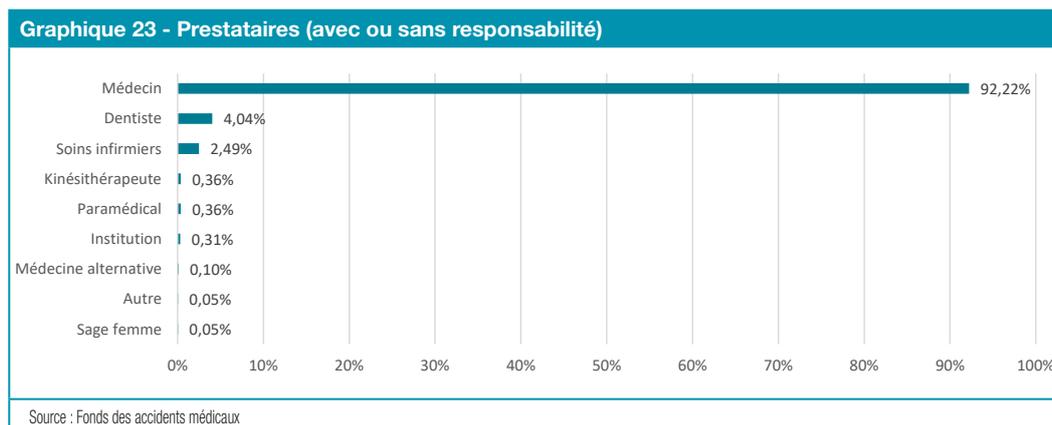


Source : Fonds des accidents médicaux

Nous notons l'importance (plus de 50 %) des lésions du système nerveux en cas d'accident chez le nouveau-né. Les plus connues de ces lésions concernent les problèmes de plexus brachial en cas de dystocie des épaules.

### g. Types de prestataires

Le graphique suivant montre que la majorité des dossiers introduits au FAM concernent des prestations de soins effectuées par des médecins.



## III. Activités juridiques, suivi et statistiques

### 1. Contentieux

#### Généralités

À la suite des évolutions de ces dernières années concernant la digitalisation du contentieux à l'INAMI, il est possible d'obtenir - et ce, pour la première fois - des statistiques par l'intermédiaire de la plateforme EUNOM-E. Comme mentionné plus haut, les juristes du Fonds utiliseront désormais cette plateforme commune pour la gestion des dossiers de contentieux juridiques en cours. En outre, tous les dossiers de contentieux existants ont été migrés vers ce système. À noter que les chiffres s'y référant présentés dans les tableaux ci-dessous ont fait l'objet d'un nouveau calcul et peuvent différer (légèrement) des chiffres mentionnés dans le rapport annuel précédent.

Nous constatons que, fin 2019, le Fonds était cité dans 164 litiges judiciaires. Il s'agit de 90 dossiers néerlandophones et de 74 dossiers francophones.

## Categorieën

Les tableaux suivants présentent les résultats de différents types de contentieux jusqu'à fin 2019.

Soit le Fonds intervient comme demandeur dans le cadre d'une action subrogatoire<sup>13</sup>, pour récupérer l'indemnité versée. Celle-ci est généralement remboursée en vertu de l'article 4, 3<sup>o</sup><sup>14</sup>, mais, le cas échéant, aussi sur la base de l'article 4, 2<sup>o</sup><sup>15</sup>, ou de l'article 4, 4<sup>o</sup><sup>16</sup>, de la loi relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé.

Soit le Fonds intervient comme défendeur s'il y a contestation sur l'avis donné. C'est généralement le cas lorsque, dans son avis, le Fonds ne conclut pas à la responsabilité ou qu'il ne retient pas d'accident médical sans responsabilité. Il n'y a donc pas lieu d'indemniser. Le demandeur peut, en vertu de l'article 23, § 2, de la loi relative à l'indemnisation résultant de soins de santé, intenter une action contre le Fonds afin d'obtenir les indemnités auxquelles il prétend avoir droit en vertu de ladite loi.

Enfin, le demandeur peut contester la proposition d'indemnisation sur la base de l'article 27 de la loi relative à l'indemnisation résultant de soins de santé. Les chiffres distincts y afférents ne sont pas encore disponibles.

### a. Le Fonds en qualité de demandeur

Tableau 16 – Recours subrogatoires du Fonds						
Année	Procédures introduites par le Fonds		Nombre de décisions de première instance (globalement)		Nombre de décisions en degré d'appel (globalement)	
	FR	NL	FR	NL	FR	NL
2014		1				
2015	2	0	0	0	0	0
2016	4	12	1	0	0	0
2017	8	10	2	1	0	0
2018	8	12	3	9	1	5
2019	11	6	9	7	5	5
Total	33	41	15	17	6	10
	74		32		16	

Source : Fonds des accidents médicaux

Le tableau 16 permet de déduire qu'au total, le Fonds a introduit 74 procédures devant les tribunaux néerlandophones et francophones dans le cadre des actions subrogatoires ou des procédures de remboursement engagées à l'encontre du prestataire de soins et de son assureur. Globalement, 32 décisions ont été rendues en première instance et 16 en appel.

13. Art. 28 de la loi relative à l'indemnisation résultant de soins de santé

14. Contestation de la responsabilité du prestataire de soins.

15. Responsabilité du prestataire de soins dont la responsabilité civile n'est pas ou pas suffisamment couverte.

16. L'assureur qui couvre la responsabilité du prestataire de soins ayant entraîné le dommage formule une proposition d'indemnisation jugée manifestement insuffisante par le Fonds.

Rôle linguistique	Jugements avant dire droit	Jugements en faveur du Fonds	Jugements en faveur du prestataire de soins et/ou son assureur	Arrêts au détriment du Fonds	Arrêts en en faveur du Fonds	Total
FR	10	4	4	3		21
NL	4	6	8	7	2	27
<b>Total</b>	14	10	12	10	2	48

Source : Fonds des accidents médicaux

Le tableau 17 indique que (depuis 2016), dans le contexte des actions subrogatoires, 48 décisions ont été prises en première instance par les tribunaux néerlandophones et francophones, dont 14 jugements avant dire droit (désignation d'un expert), 10 jugements en faveur du Fonds et 12 autres en faveur du prestataire de soins et/ou son assureur. Du 12 décisions rendues en degré d'appel (depuis 2018) ont été prononcées 10 au détriment du Fonds et 2 en faveur du Fonds.

#### b. Le Fonds en qualité de défendeur

Année	Procédures contre le Fonds		Décisions en première instance (globalement)		Décisions en degré d'appel (globalement)	
	FR	NL	FR	NL	FR	NL
2012	2	0	0	0	0	0
2014	2	2	0	0	0	0
2015	6	13	0	1	0	0
2016	9	9	4	10	0	0
2017	15	12	8	7	0	0
2018	10	17	8	14	3	2
2019	15	21	2	14	0	2
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>74</b>	<b>22</b>	<b>46</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
	<b>133</b>		<b>68</b>		<b>7</b>	

Source : Fonds des accidents médicaux

Le tableau 18 indique le nombre de procédures menées contre le Fonds ainsi que le nombre de décisions rendues en première instance et en degré d'appel. Dans 133 procédures, le Fonds a été cité à comparaître en vertu de l'article 23, § 2, de la loi, à la suite d'un avis de refus d'indemnisation par le Fonds. Il s'agit de 113 procédures en première instance contre le Fonds et de 20 dossiers de recours. 68 décisions ont été rendues en première instance et 7 décisions ont fait l'objet d'un appel.

Il y a lieu de souligner que le Fonds n'a été cité à comparaître devant le tribunal civil que pour quelques dossiers et cela, avant même que le Fonds n'ait pu rédiger son avis ou sans qu'aucune demande n'ait été introduite auprès du Fonds.

**Tableau 19 – Décisions judiciaires découlant des actions introduites contre le Fonds**

Rôle linguistique	Jugement avant dire droits	Demande d'indemnisation Jugée non fondé	Condamnation du Fonds	Total
FR	10	6	6	22
NL	10	18	19	47
<b>Total</b>	20	24	25	69

Source : Fonds des accidents médicaux

Le tableau 19 montre que sur l'ensemble des décisions rendues par les tribunaux néerlandophones et francophones, le juge a condamné le Fonds à indemniser le demandeur dans 25 dossiers, en vertu de l'article 4, 1°, de la loi, et qu'il a dès lors conclu à l'existence d'un dommage grave et anormal au sens de l'article 5 de la loi. Il s'agit de 24 dossiers en première instance et de 1 dossier en appel.

Pour 24 décisions, le juge a suivi la décision du Fonds et a déclaré la demande d'indemnisation non fondée. Il s'agit de 18 décisions en première instance et de 6 décisions en degré d'appel.

20 décisions ont été rendues avant dire droit, dont une décision contenant deux questions préjudicielles adressées à la Cour constitutionnelle.

Six dossiers « autres » ne figurent pas dans le tableau. Il s'agit notamment de la décision ordonnant la réouverture des débats ainsi que des décisions en matière de désistement d'instance, etc.

## 2. Arrêt de cassation

En 2019, un premier arrêt de cassation a été prononcé concernant le critère de gravité qui prend en compte l'incapacité de travail de la victime. La question est de savoir notamment s'il doit y avoir une incapacité de travail totale (temporaire) ou si une incapacité de travail partielle (temporaire) est suffisante pour répondre au critère de gravité.

Le pourvoi en cassation, introduit par le Fonds, était dirigé contre un arrêt de la Cour d'appel d'Anvers du 26 mars 2018. La décision rendue par la Cour d'appel au sujet de l'interprétation de l'article 5, 2°, de la loi relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé<sup>17</sup> a donné lieu à l'arrêt de cassation prononcé le 7 octobre 2019. Le pourvoi en cassation a été rejeté.

La Cour de Cassation estime que le texte de la loi est clair et que les documents parlementaires ne précisent pas s'il devrait y avoir une incapacité de travail totale (temporaire) pour que le dommage puisse être considéré comme grave. Une incapacité de travail partielle (temporaire) suffit.

Bien sûr, cet arrêt a des conséquences profondes sur la pratique consultative du Fonds, en sus de l'impact financier<sup>18</sup>. Après discussion et de concert avec le Comité de gestion, la pratique consultative a été modifiée au sein du Fonds.

17. Le dommage est grave si le patient subit une incapacité temporaire de travail durant six mois consécutifs ou six mois non consécutifs sur une période de douze mois. Le Fonds a tenu compte d'une incapacité de travail temporaire « totale » jusqu'au jugement en cassation.

18. Étant donné que, de ce fait, davantage de dossiers doivent être considérés comme graves, si bien que nous constatons une augmentation du nombre de dossiers indemnisables.



Partie 4  
Gestion financière et  
encadrement

Après avoir abordé les statistiques relatives aux activités « missions » du Fonds, il convient de jeter un œil sur le budget et le coût potentiel de ces différentes missions pour le Fonds. C'est pourquoi cette 5ème partie est consacrée aux informations financières, aux budgets 2019 et 2020 du Fonds ainsi qu'aux réalisations des années précédentes. Ces budgets et réalisations seront présentés en deux parties, une partie relative aux missions du Fonds et une partie relative aux dépenses de fonctionnement du Fonds (budget de gestion).

Depuis la mise en place effective du Fonds le 1er septembre 2012, de nombreuses expertises sont réalisées chaque année et les premières indemnités ont été versées au cours de l'année 2015. Grâce au nombre important d'indemnités versées au fil des années, nous sommes en mesure de fournir des statistiques significatives.

A côté de ces chiffres consacrés aux indemnités, nous aborderons également les statistiques financières relatives aux coûts des expertises nécessaires à la bonne exécution des missions du Fonds que ce soient des expertises unilatérales, amiables ou des demandes d'avis à des avocats spécialisés.

Enfin, nous intégrerons dans nos chiffres les données relatives au contentieux c'est-à-dire au paiement d'avocats dans le cadre de procédures juridiques engagées par le Fonds.

## I. Budgets et réalisations – Missions

Le tableau ci-dessous présente les moyens 2019 mis à disposition du Fonds pour exécuter ses missions ainsi que les réalisations pour l'année 2018.

Tableau 20 - Budget et réalisations		
Rubrique	Budget 2019	Réalisations 2018
8157 – Contentieux relatif aux missions de l'institution	575.000	564.015
8158 – Honoraires autres que pour le contentieux	420.000	382.808
80500 – Prise en charge des frais incombant aux bénéficiaires :	14.862.000	5.111.639
Indemnités : 7.020.000€		3.976.780
Sinistres catastrophiques : 5.000.000€		0
Infections nosocomiales : 1.600.000€		0
Expertises contradictoires : 1.242.000€		1.134.859
<b>TOTAL</b>	<b>15.857.000</b>	<b>6.058.462</b>

Le tableau ci-dessous présente les moyens mis à disposition du Fonds en 2020 pour exécuter ses missions ainsi que les réalisations pour l'année 2019.

<b>Tableau 21 - Budget et réalisations</b>		
<b>Rubrique</b>	<b>Budget 2020</b>	<b>Réalisations 2019</b>
8157 – Contentieux relatif aux missions de l'institution	702.000	728.468
8158 – Honoraires autres que pour le contentieux	450.000	338.700
80500 – Prise en charge des frais incombant aux bénéficiaires :	14.114.240	7.811.310
Indemnisations : 6.800.000€		6.806.015
Sinistres catastrophiques : 5.000.000€		0
Infections nosocomiales : 1.300.000€		0
Expertises contradictoires : 1.014.240€		1.005.295
<b>TOTAL</b>	<b>15.266.240</b>	<b>8.878.478</b>

*Commentaires :*

Le contentieux relatif aux missions de l'institution représente le montant estimé pour payer des avocats dans le cadre de procédures juridiques contre un assureur privé ou de procédures contre les assurés, en contestation d'un avis ou autre cause.

Les honoraires autres que pour le contentieux concernent les ressources dont le Fonds dispose pour faire appel à des professionnels spécialisés externes en vue d'obtenir des informations précises sur un problème médical spécifique. Il s'agira généralement de médecins spécialistes ou de techniciens spécialisés qui, de par leur spécialité, assisteront le Fonds dans le traitement de dossiers spécifiques.

Enfin, la prise en charge des frais incombant normalement aux bénéficiaires constitue de loin le montant le plus important puisqu'il s'agit du montant prévu pour indemniser les victimes. Cette prise en charge est répartie en quatre catégories distinctes, les indemnisations résultant d'une infection nosocomiale, d'un sinistre catastrophique ou d'un autre type d'accident médical et les expertises médicales amiables qui seront réalisées.

Dans la suite de ce rapport, nous confronterons ces budgets avec les dépenses de missions réalisées en 2019 et plus particulièrement les dépenses liées aux expertises, qu'elles soient unilatérales ou contradictoires, et aux indemnisations. Budget

## II. Budgets et réalisations - Gestion

A côté du budget des missions (interventions), il y a bien entendu un budget de gestion (fonctionnement) prévoyant les dépenses nécessaires au bon fonctionnement du Fonds au quotidien.

Les tableaux ci-dessous reprennent les budgets de gestion du Fonds respectivement pour les années 2019 et 2020. Les réalisations des années précédentes sont également reprises dans ces tableaux.

Tableau 22 - Budget de gestion		
Rubrique	Budget 2019	Réalisations 2018
Personnel	4.567.120 (75,52%)	3.145.758
Fonctionnement ordinaire	434.744 (7,19%)	280.043
Investissements mobiliers	1.000 (0,02%)	0
Fonctionnement informatique	913.285 (15,10%)	789.802
Investissements informatiques	100.000 (1,65%)	104.495
Impôts et contentieux	31.780 (0,52%)	33.882
<b>TOTAL budget de gestion</b>	<b>6.047.929</b>	<b>4.353.980</b>

Tableau 23 - Budget de gestion		
Rubrique	Budget 2020	Réalisations 2019
Personnel	4.701.093 (74,92%)	3.779.212
Fonctionnement ordinaire	439.845 (7,01%)	344.560
Investissements mobiliers	1.000 (0,02%)	135
Fonctionnement informatique	1.000.580 (15,95%)	1.717.384
Investissements informatiques	100.000 (1,59%)	1.293
Impôts et contentieux	32.225 (0,51%)	38.258
<b>TOTAL budget de gestion</b>	<b>6.274.743</b>	<b>5.880.842</b>

Parmi les dépenses prévues par le budget de gestion, on retrouve les dépenses de personnel permettant de rémunérer le personnel en fonction au sein du Fonds (gestionnaires de dossiers, médecins, experts juridiques, experts administratifs, ...) mais aussi les dépenses de fonctionnement ordinaire et informatique ainsi que les investissements mobiliers et informatiques nécessaires pour la création d'applications spécifiques au Fonds ou encore la réalisation d'un système de gestion de dossiers performant.

Depuis 2017, une nouvelle catégorie fait son apparition à savoir les dépenses d'impôts et de contentieux. Ce poste était auparavant repris sous la catégorie « Fonctionnement ordinaire » mais pour un souci de lisibilité, il a été décidé d'isoler ces dépenses du reste du budget de gestion.

Pour ce qui est de la répartition du budget de gestion du Fonds, on constate sans surprise que les dépenses de personnel sont les plus importantes avec environ 75% du budget que ce soit en 2019 ou en 2020. On retrouve ensuite les dépenses de fonctionnement nécessaires pour que le Fonds puisse exercer les missions qui lui sont confiées dans les meilleures conditions possibles et notamment grâce au développement informatique. Les investissements, quant à eux, ne représentent qu'une part minime du budget de gestion.

### III. Comparaison budget et réalisations 2019

En ce qui concerne l'année de référence de ce rapport, il est intéressant de comparer le budget et les réalisations afin d'avoir une vue sur le taux d'utilisation du budget. C'est pourquoi le tableau ci-dessous reprend les données relatives au budget et aux réalisations 2019.

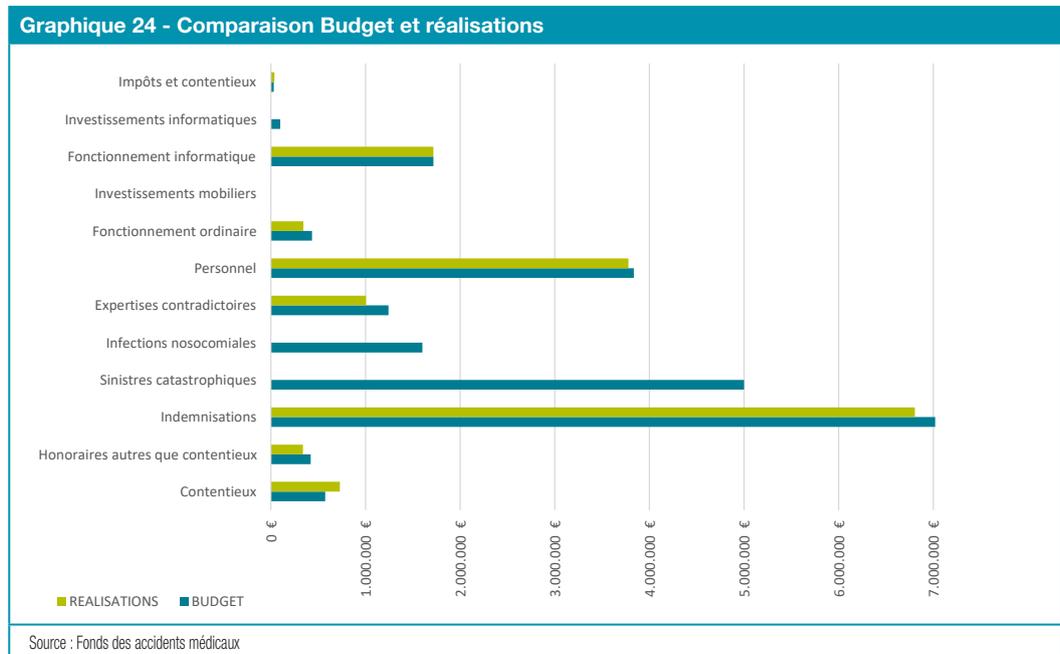
Tableau 24 - Budget et réalisation 2019 (en EUR)				
Rubrique	Budget 2019	Réalisations	Différence	Taux d'utilisation
<b>Missions</b>				
Contentieux	575.000	728.468	-153.468	126,69%
Honoraires autres que contentieux	420.000	338.700	81.300	80,64%
Indemnisations	7.020.000	6.806.015	213.985	96,95%
Sinistres catastrophiques	5.000.000	0	5.000.000	0,00%
Infections nosocomiales	1.600.000	0	1.600.000	0,00%
Expertises contradictoires	1.242.000	1.005.295	236.705	80,94%
<b>TOTAL Missions</b>	<b>15.857.000</b>	<b>8.878.478</b>	<b>6.978.522</b>	<b>55,99%</b>
<b>Gestion</b>				
Personnel	3.835.120	3.779.212	55.908	98,54%
Fonctionnement ordinaire	434.744	344.560	90.184	79,26%
Investissements mobiliers	1.000	135	865	13,50%
Fonctionnement informatique	1.717.385	1.717.384	1	100,00%
Investissements informatiques	100.000	1.293	98.707	1,29%
Impôts et contentieux	31.780	38.258	-6.478	120,38%
<b>TOTAL Gestion</b>	<b>6.120.029</b>	<b>5.880.842</b>	<b>239.187</b>	<b>96,09%</b>

Le premier constat qui saute aux yeux est que le budget du FAM pour l'année 2019 n'a pas été entièrement utilisé. En effet, seul 67% du budget a été réalisé avec une grande différence entre le budget des missions avec à peine 56% d'utilisation contre plus de 96% pour le budget de gestion. Néanmoins, si on compare ces chiffres à l'année 2018, on constate une utilisation beaucoup plus large du budget cette année puisque l'année dernière les taux d'utilisation des budgets missions et gestion étaient respectivement de 34% et 81%.

Si on regarde plus en détail ce tableau, on s'aperçoit que la non utilisation du budget des missions provient principalement de deux postes qui sont les sinistres catastrophiques et les infections nosocomiales pour lesquels aucune réalisation n'a été constatée en 2019. En effet, il n'y a eu aucun cas de sinistre catastrophique en 2019 (pour rappel une indemnisation est considérée comme un sinistre catastrophique si son montant est supérieur à 1.000.000 euros) et les infections nosocomiales ne sont pas, à l'heure actuelle, identifiées spécifiquement comme des indemnisations séparées. Elles se retrouvent donc sous la rubrique « indemnisations ». Dès lors, si on ne tient pas compte du poste « sinistre catastrophique », on arrive à un taux d'utilisation du budget des missions de l'ordre de 82%.

En ce qui concerne le budget de gestion, celui-ci a été utilisé dans sa quasi-totalité. Seul le poste concernant les investissements informatiques n'a pas été utilisé. Les efforts ayant été concentrés sur le développement informatique.

Le graphique ci-dessous permet de mieux visualiser ces constatations.



## IV. Statistiques financières concernant les missions

Passons maintenant aux statistiques « missions » du Fonds. En effet, les nombreuses expertises réalisées par le Fonds permettent de récolter toute une série de données financières relatives aux missions du Fonds. Nous nous attacherons donc, dans cette partie, à donner des statistiques et informations concernant le coût de ces expertises.

Les statistiques qui seront présentées ci-dessous concernent principalement le coût des expertises ainsi que la répartition des coûts entre les expertises unilatérales, les demandes d'avis auprès d'avocats (notamment pour la relecture des offres d'indemnisations et autres avis juridiques) et les expertises contradictoires.

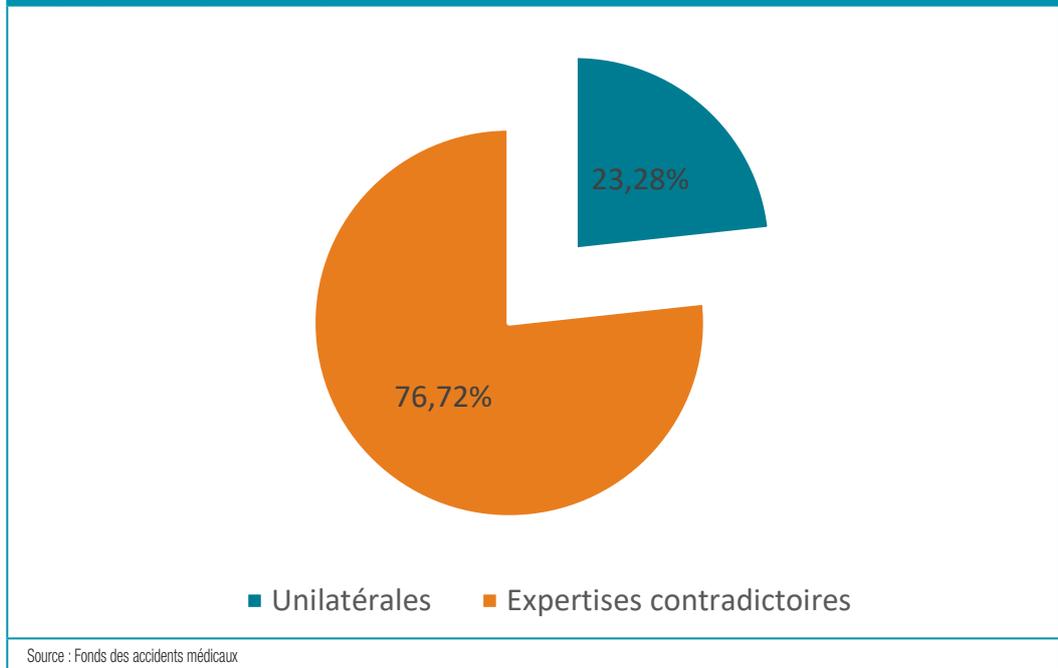
Les statistiques qui seront présentées ci-dessous concernent principalement le coût des expertises ainsi que la répartition des coûts entre les expertises unilatérales, les demandes d'avis auprès d'avocats (notamment pour la relecture des offres d'indemnisations et autres avis juridiques) et les expertises contradictoires.

Le tableau ci-dessous reprend les données relatives aux expertises et demandes d'avis ainsi que le montant et le nombre d'indemnisations payées depuis le démarrage du Fonds (statistiques arrêtées au 31/12/2019). Nous commencerons par analyser les données relatives aux expertises et les mettre sous forme de graphiques afin d'avoir une vision plus claire de la nature des expertises, de leur répartition et de leur coût. Ensuite, nous analyserons les données relatives au coût des différentes indemnisations déjà versées.

Tableau 25: Coûts des expertises et indemnisations			
Type	Nombre d'expertises facturées / indemnisations versées	Montant total (en EUR)	Montant moyen (en EUR)
<b>EXPERTISES</b>	3.454	6.419.121,02	1.858,46
Unilatérales	804	835.960,68	1.039,75
Expertises contradictoires	2.650	5.583.160,34	2.106,85
<b>FRAIS D'AVOCATS</b>	1.204	2.508.094,52	2.083,13
Demandes d'avis	468	917.039,92	1.959,49
Contentieux	736	1.591.054,60	2.161,76
Indemnisations (Capital)	267	21.909.343,41	82.057,47
Indemnisations (Rentés)	78	83.115,37	1.065,58
<b>TOTAL</b>	5.003	30.919.674,32	-

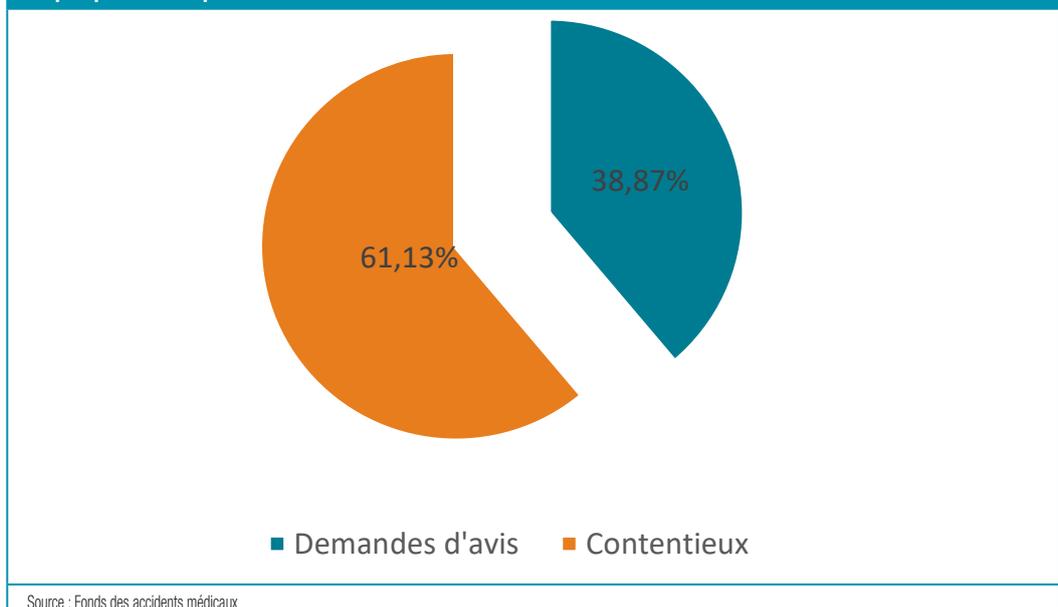
En ce qui concerne les expertises, la première constatation que nous pouvons faire est que les expertises contradictoires restent toujours bien plus nombreuses que les expertises unilatérales. En effet, comme nous le montre le graphique ci-dessous, les proportions d'expertises amiables et unilatérales sont respectivement de 76,72% et 23,28%. Ces chiffres sont stables par rapport à 2018 ce qui confirme une progression moins forte depuis 2 ans des expertises contractuelles par rapport aux expertises unilatérales.

Graphique 25 - Répartition expertises unilatérales et amiables



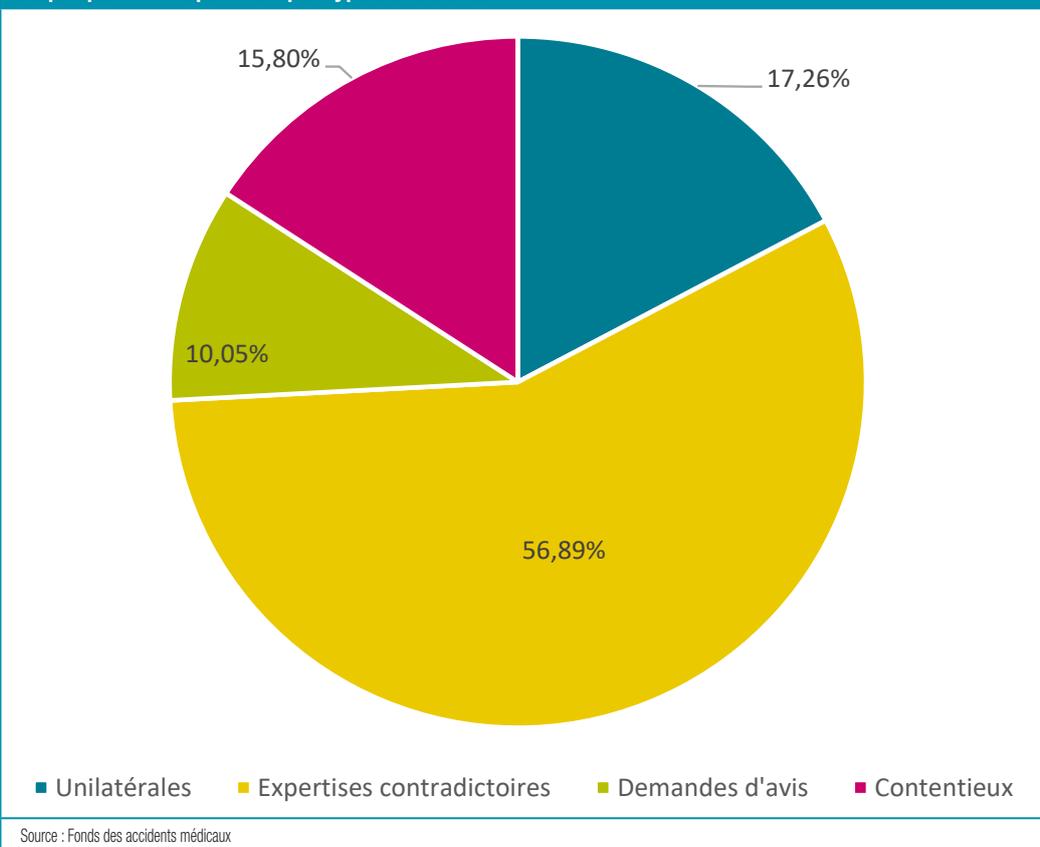
Si on s'attarde sur le nombre de demandes faites aux différents avocats, on constate que plus de 60% des demandes concernent la représentation du Fonds dans le cadre de procédures juridiques. Si on regarde ce chiffre par rapport au dernier rapport, on constate une augmentation de près de 10% qui confirme la tendance des dernières années. En effet, le nombre de dossiers portés devant les tribunaux est en constante augmentation et cela se répercute sur les demandes auprès des avocats qui s'orientent désormais davantage sur les procédures juridiques que sur la relecture des avis.

Graphique 26 - Répartition des demandes aux avocats



Afin d'avoir une vue plus globale sur l'ensemble des factures adressées au Fonds, il est intéressant de regrouper les deux graphiques précédents. Cela nous permet d'identifier qu'un peu moins de 75% des factures qui sont payées actuellement par le Fonds concernent des expertises demandées dans le cadre du traitement d'un dossier. Les factures relatives à des frais d'avocats ne représentant qu'environ 25% des factures honorées. Ce constat est assez stable par rapport aux années précédentes même si on constate un léger glissement des honoraires d'expertises médicales amiables (-3%) vers les honoraires relatifs au contentieux (+3,5%).

Graphique 27 - Répartition par type de factures



Enfin, pour ce qui est du coût de ces expertises et demandes, on voit que ce sont les honoraires relatifs à un contentieux qui sont les plus élevés avec un coût moyen de 2.161,76 € par facture, devant les expertises contradictoires avec un coût moyen de 2.106,85 €, les demandes d'avis avec 1.959,49 € et un peu plus de 1.000,00 € pour les expertises unilatérales.

Abordons maintenant les chiffres relatifs aux indemnisations. Au 31/12/2019, 267 indemnisations ont été versées par le Fonds ce qui représente 72 indemnisations de plus que fin 2018. Le Fonds a également versé 78 rentes mensuelles et/ou annuelles dans le cadre de 6 dossiers d'indemnisations. Ces rentes ne sont pas comprises dans les 267 indemnisations mentionnées ci-dessus. En effet, étant donné la périodicité des versements et les montants beaucoup plus faibles qu'elles représentent, ces rentes ont été isolées du reste des indemnisations.

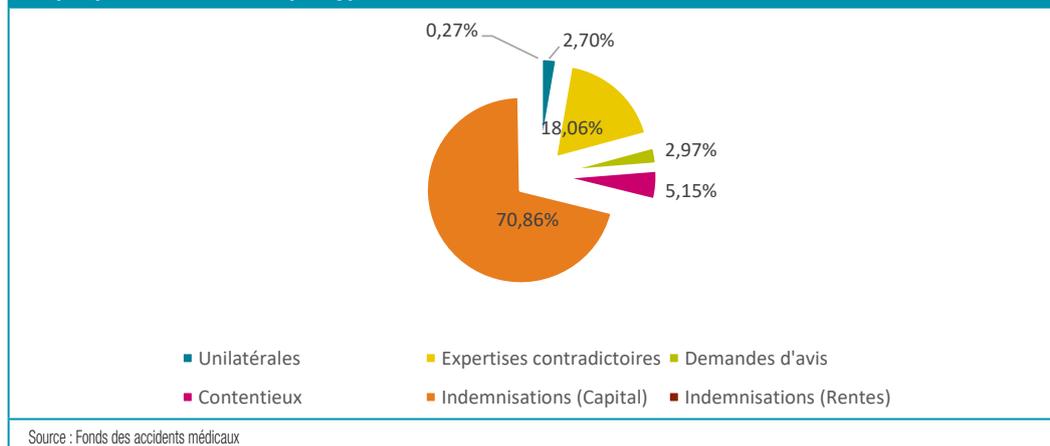
Le tableau ci-dessous nous donne une vue, mois par mois, du montant des indemnités (rentes incluses) payées par le Fonds sur les cinq dernières années.

Tableau 26 : Indemnités payées par le Fonds (EUR)					
Mois	2015	2016	2017	2018	2019
Janvier	0,00	44.088,71	86.479,45	285.523,10	521.361,09
Février	66.532,36	5.535,00	649.349,50	404.444,09	1.253.431,20
Mars	2.937,15	222.718,64	351.423,55	371.501,02	457.445,19
Avril	2.708,54	503.927,09	1.505.723,32	456.491,33	601.514,04
Mai	144.506,00	330.871,92	312.769,76	363.930,07	446.993,97
Juin	0,00	1.084.691,41	219.610,56	1.167.514,26	336.663,25
Juillet	0,00	25.032,00	913.980,45	14.509,79	761.052,19
Août	5.400,00	922.945,83	148.017,70	317.362,01	39.037,54
Septembre	106.180,59	129.246,81	472.500,58	56.841,34	351.549,45
Octobre	421.350,99	172.829,83	781.846,02	142.535,02	34.614,66
Novembre	195.531,94	324.317,09	74.191,75	279.481,05	297.872,22
Décembre	285.648,48	245.853,27	1.161.551,07	369.199,92	618.718,61
<b>TOTAL</b>	<b>1.230.796,05</b>	<b>4.012.057,60</b>	<b>6.677.443,71</b>	<b>4.229.333,00</b>	<b>5.720.253,41</b>

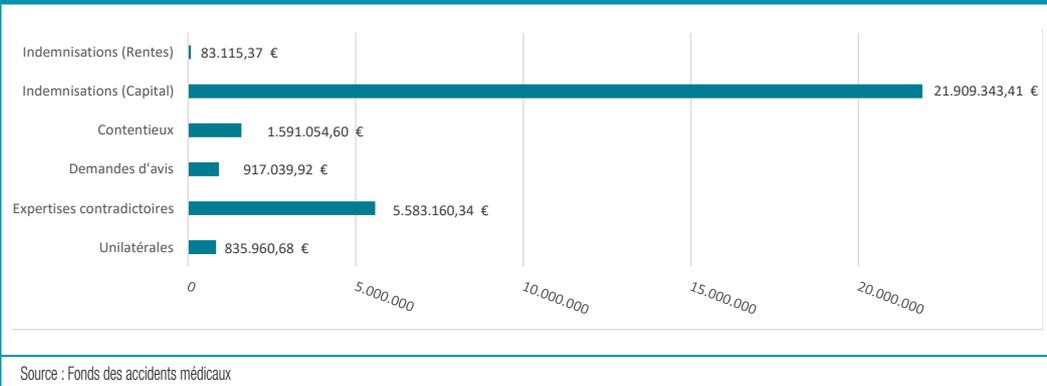
Une première constatation intéressante que nous pouvons faire concerne le montant global des indemnités versées chaque année et la relative stabilisation observée. En effet, après une augmentation très importante entre 2014 et 2017, on constate maintenant une stabilisation et même une diminution des montants globaux en 2018 et 2019. Nous devons bien entendu rester prudent avec cette constatation car les montants par dossier peuvent être très variables d'une année à l'autre mais néanmoins, nous pouvons nous attendre à une augmentation constante au fil des années jusqu'à atteindre le pic défini par le budget annuel du Fonds.

Une autre constatation évidente mais importante à souligner est que les montants versés sont bien plus importants que les montants des expertises et frais d'avocats. La preuve avec les graphiques ci-dessous qui montrent que le montant total des indemnités représente plus de 70% du montant total des frais encourus par le Fonds depuis son démarrage en septembre 2012. Plus précisément, on constate que 267 indemnités représentent un montant plus de deux fois plus élevé que celui des 4.658 expertises déjà payées (21.909.343,41 € contre 8.927.215,54 €).

Graphique 28 - Ventilation par type de coût



Graphique 29 - Montant total par type de coût



Terminons cette partie relative aux statistiques financières « missions » en parlant des montants récupérés par le FAM. En 2019, le FAM a obtenu aussi le produit d'actions subrogatoires. Ce fût le cas pour deux dossiers dans lesquels le Fonds a récupéré respectivement 57.524,58€ et 20.714,82€. Il sera donc intéressant, dans les prochaines années, de faire également le point sur ces récupérations et d'établir des statistiques plus précises quant à l'origine de ces recettes et le pourcentage qu'elles représentent dans l'ensemble des indemnités versées par le Fonds.

Enfin, il est également important de préciser que le Fonds a récupéré un montant de 24.746,84€ dans le cadre des récupérations de frais de justice.



# Partie 5

## Autres activités

- En 2019, une concertation a eu lieu entre le Fonds et :
  - les organismes assureurs, le 25 février
  - les praticiens professionnels, le 26 février
  - les travailleurs salariés, le 27 février
  - les représentants des organismes assureurs, le 24 mai et le 15 octobre
  - les services de médiation des hôpitaux, le 5 juin, le 3 octobre et le 9 décembre
  - la direction médicale de l'UZ Leuven, les 12 août et 6 décembre
- Comme annoncé, des formations ont été organisées pour les services de médiation, les directions médicales des hôpitaux et les experts médicaux externes, chaque fois en néerlandais et en français. L'objectif était de fournir des informations neutres et transparentes et d'engager un dialogue sur les missions et le fonctionnement du Fonds. Les attentes doivent être réalistes.
- En 2019 également, le Fonds était favorable aux stages et a accueilli l'équipe de bacheliers en droit de la KULeuven ainsi que des étudiants en médecine d'assurance et en médecine, dans le cadre de leur formation de master en médecine d'assurance et en expertises médicales à l'ULB et à l'ULiège.
- Enfin, des présentations/des cours délocalisés ont également été donnés sur le Fonds :
  - Le 16 février 2019 à Bruxelles pour les étudiants sage-femmes à l'ISEI (l'Institut Supérieur d'Enseignement Infirmier)
  - à Borgerhout, le 18 juin 2019 (confocus)
  - à Louvain, le 18 novembre 2019 (Faculty Club)
  - à Bruxelles (ULB) et à Liège (ULiège) en décembre 2019, dans le cadre de la formation en médecine d'assurance et en expertise médicale

Date de publication : 2020

Éditeur responsable : J. De Cock, avenue de Tervueren 211, 1150 Bruxelles

Réalisation : Fonds des accidents médicaux

Graphique design : Cellule communication de l'INAMI

Photo : Verypics

Dépôt légal : D/2020/0401/3