



Fonds des accidents médicaux
Rapport d'activités 2021

.be

TABLE DES MATIÈRES

Préface.....	4
Mot de la direction.....	5
Partie 1 Missions du Fonds des accidents médicaux et organisation - 2021	7
I. Que fait le Fonds?.....	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	10
1. Composition	10
2. Compétences.....	11
Partie 2 Organigramme et structure du Fonds - 2021	13
I. Organigramme.....	14
II. Experts externes	15
Partie 3 Activités relatives aux missions - 2021	16
I. Suivi administratif et observations statistiques	17
1. Développements informatiques.....	17
2. Nombre total de dossiers entrants, ouverts et clôturés par rôle linguistique pour l’année 2021 et depuis la création du Fonds	19
3. Le nombre total de dossiers déposés par mois.....	21
4. Statut de tous les dossiers déposés depuis la création du Fonds.....	22
5. Répartition par phase des dossiers, de leur ouverture à l’indemnisation	24
6. Évolution des dossiers irrecevables	26
7. Délais moyen de traitement des dossiers traités jusqu’à l’avis inclus.	28
8. Modification structurelle et Task Force	28
9. Évolution du nombre de dossiers entrants et sortants.....	30
10. Répartition des dossiers selon le type de demandeur	32
11. Avis par type.....	33
12. Indemnisations après avis et par type.....	37
II. Activités médicales et statistiques	40
1. L’encodage	40
2. Statistiques.....	40

III.	Activités juridiques, suivi et statistiques	51
1.	Généralités	51
2.	Catégories.....	51
Partie 4 Gestion financière et encadrement		59
I.	Budgets et réalisations – Missions	61
II.	Budgets et réalisations - Gestion.....	63
III.	Comparaison budget et réalisations 2021	65
IV.	Statistiques financières concernant les missions.....	67
Partie 5 Autres activités		74

Préface

Chère lectrice, Cher lecteur,

Pour cette dixième édition de son rapport d'activité, le Fonds des accidents médicaux dresse à nouveau le bilan. Le rapport expose la situation du Fonds constatée fin de l'année 2021 ainsi que l'évolution depuis sa création.

Récemment, les points problématiques également évoqués dans le rapport d'audit de la Cour des comptes ont été traités en profondeur. Au cours de l'année 2021, le Comité de gestion, en collaboration avec le directeur du Fonds et en étroite concertation avec l'administrateur général de l'INAMI et le ministre compétent, a approuvé un plan d'action visant à combler plus rapidement le retard considérable accumulé et à accélérer le délai de traitement moyen des dossiers.

Une tendance positive était manifeste depuis un certain temps déjà, mais des actions supplémentaires concrètes devront permettre de résorber le retard d'ici deux ans. Une Task Force temporaire a ainsi été créée pour soutenir l'équipe permanente dans le traitement des dossiers. Parallèlement, le Fonds applique, en certains points, une nouvelle méthode de travail pour faciliter le traitement des dossiers.

Le Fonds accorde en l'occurrence une attention particulière à la communication avec les personnes concernées. Grâce au changement de loi sur la numérisation, il sera désormais possible d'introduire et de consulter un dossier par voie électronique, de sorte que les personnes concernées puissent être tenues informées de chaque étape de la procédure. Des efforts sont également déployés pour simplifier les documents et accroître la disponibilité du Service.

L'impact de ces mesures s'est déjà fait sentir au cours de l'année écoulée. Les actions et les efforts supplémentaires de toute l'équipe permanente et de la Task Force ont clairement porté leurs fruits.

Le Comité de gestion continuera à veiller à ce qu'un service optimal et de qualité soit fourni dans le cadre des missions légales du Fonds.

Geneviève Schamps
Présidente du Comité de gestion

Steven Lierman
Vice-Président du Comité de gestion

Mot de la direction

Dans ce rapport annuel, nous décrivons la structure du Fonds, les développements opérés et les efforts consentis en termes de missions. Nous vous informons de manière transparente de la situation du Fonds jusque fin 2021.

La première partie du rapport porte sur les missions du Fonds. Ces missions sont fixées par la loi et sont restées inchangées depuis la création du Fonds. La composition du Comité de gestion et ses compétences sont également inchangées par rapport aux années précédentes.

Le Fonds a pour mission principale d'indemniser les victimes de dommages résultant de soins de santé, principalement les victimes d'un accident médical dont le degré de gravité a été atteint (tel que défini dans la loi du 31.03.2010), soit dans la mesure où le Fonds retient la responsabilité d'un prestataire de soins et où ce prestataire ou son assureur refuse d'intervenir soit dans la mesure où le Fonds conclut à un accident médical sans responsabilité indemnisable au sens de la loi. Le Fonds intervient également 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.

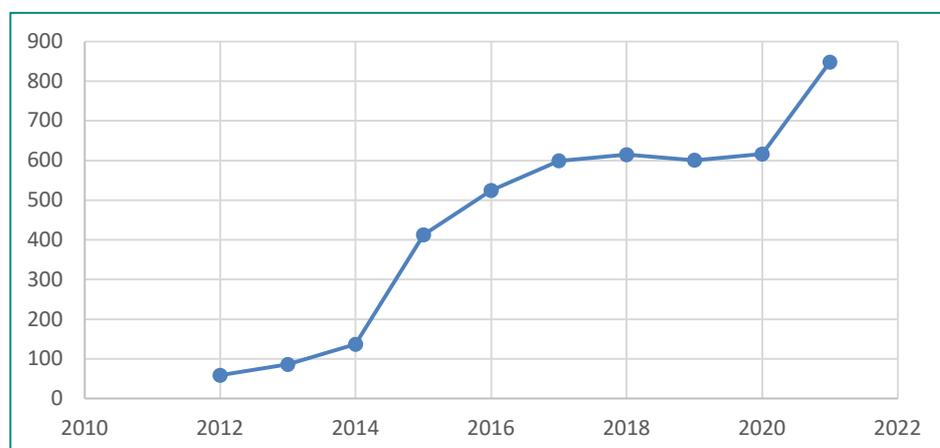
En 2021, le Fonds a proposé un plan d'action prévoyant une adaptation structurelle du traitement des dossiers et la création d'une Task Force temporaire pour résorber plus rapidement le retard. Depuis quelques années, le retard accumulé est systématiquement résorbé (avec environ 120 dossiers par an), mais le temps moyen de traitement d'un dossier reste trop élevé et il est nécessaire de s'attaquer en profondeur aux points problématiques.

En avril, le Fonds a commencé à utiliser un système de traitement des dossiers adapté, une nouvelle méthode de travail simplifiée. Afin d'accélérer le traitement des dossiers, une première analyse est désormais effectuée sur la base des pièces introduites par le demandeur, au lieu de demander immédiatement les pièces aux différentes parties. En outre, le recours à une expertise externe est beaucoup moins fréquent et l'analyse médicale interne est davantage valorisée. En ce qui concerne l'organisation des expertises externes, on accorde beaucoup plus d'importance à la gravité des dommages. De cette manière, d'importants facteurs de retard sont abordés et éliminés. Vous constaterez dans les chiffres de ce rapport annuel que cette approche est payante.

Dans la deuxième partie du rapport, vous trouverez des informations sur la structure organisationnelle du Fonds et ses développements. Vous trouverez également des informations sur une Task Force temporaire, qui soutient l'équipe permanente du Fonds. Il s'agit d'une équipe composée de médecins, de juristes et de gestionnaires de dossiers, dirigée par un manager. Le recours à une Task Force temporaire est nécessaire pour combler le retard dans les deux ans, en collaboration avec l'équipe permanente.

La troisième partie du rapport traite des activités du Fonds et des données statistiques associées. Vous pouvez faire un certain nombre d'observations importantes. En effet, en 2021, le Fonds a traité

beaucoup plus de dossiers que les années précédentes. Le retard diminue considérablement. Le graphique ci-dessous illustre l'évolution des dossiers clôturés.



La dernière partie du rapport d'activités est consacrée aux informations financières et aux budgets du Fonds. Il va de soi que les frais de fonctionnement augmentent en raison de l'extension considérable et du soutien temporaire de l'équipe. Je tiens également à attirer l'attention sur les indemnités payées. Vous constaterez que le Fonds a versé un montant nettement supérieur à celui de l'année précédente.

Le Fonds a pu clôturer l'année 2021 avec un résultat clairement positif et nous voulons poursuivre sur cette voie à l'avenir. Nous constatons que les efforts supplémentaires fournis pour accélérer la résorption du retard portent clairement leurs fruits. Le Fonds continue également à mettre l'accent sur la communication, l'innovation et l'automatisation. Une demande numérique sera possible dans le courant de l'année 2022, compte tenu de la modification de la loi.

Nous espérons que vous apprécierez la lecture de ce rapport.

Mia Honinckx

Conseiller général, directeur

Partie 1

Missions du Fonds des accidents médicaux et organisation - 2021

I. Que fait le Fonds?

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 (ensuite loi des accidents médicaux)

Ladite loi prévoit, 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 accomplit 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) ;

- 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

Les nombreuses demandes d'indemnisation d'accidents médicaux donnent un aperçu utile 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 centralise toutes les données relatives aux demandes afin de pouvoir émettre, de sa propre initiative ou à la demande du ministre compétent, des avis sur toute question concernant la prévention ou la réparation des dommages résultant de soins de santé.

En outre, le Fonds établit des statistiques sur les indemnisations qu'il a accordées en vertu des dispositions de la loi sur les accidents médicaux.

Enfin, le Fonds doit établir un rapport annuel d'activité et le transmettre 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.

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. 58859). Le mode de désignation des membres est réglé par ce titre VIbis.

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.

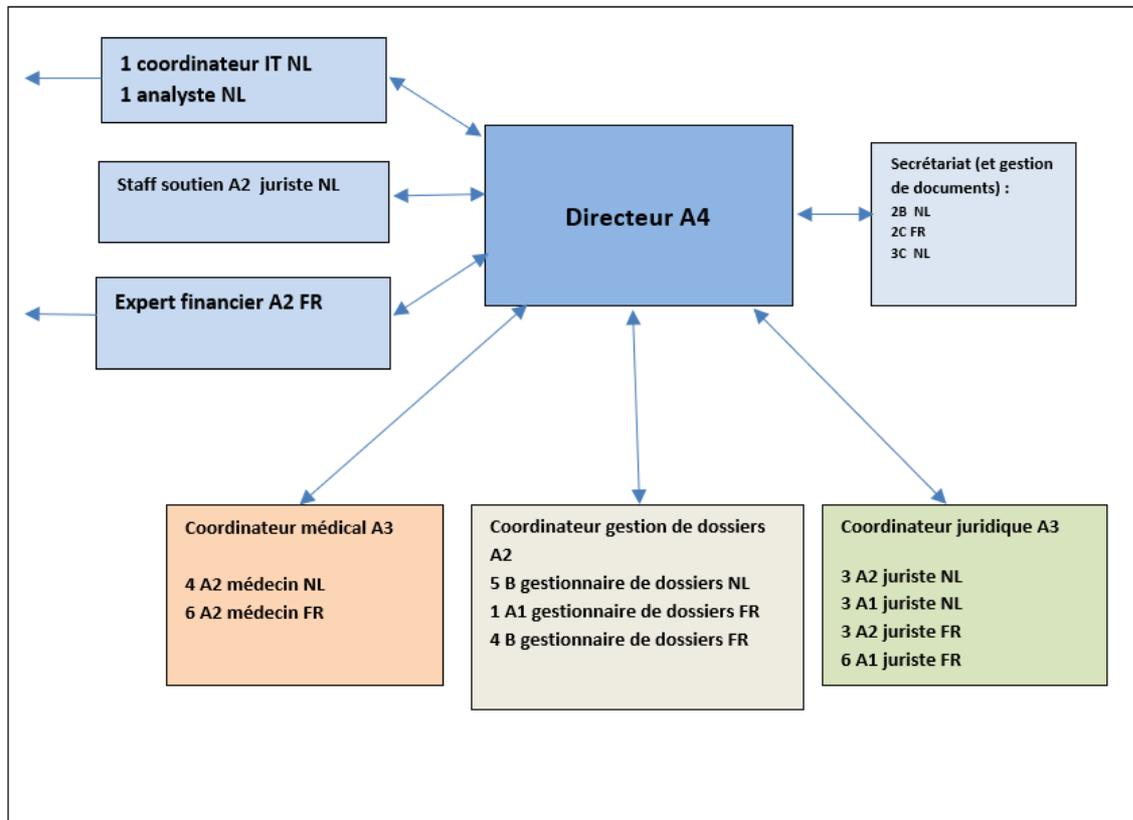
Des réunions du Comité de gestion et groupe de travail en 2021	
Comité de gestion	Groupe de travail procédures juridiques
29-01-2021	29-01-2021
26-02-2021	
02-04-2021	02-04-2021
28-05-2021	28-05-2021
11-06-2021	
02-07-2021	
17-09-2021	17-09-2021
08-10-2021	
29-10-2021	29-10-2021
17-12-2021	17-12-2021

Partie 2

Organigramme et structure du Fonds - 2021

I. Organigramme

L'organigramme ci-dessous montre le nombre de membres du personnel à la fin de 2021. Nous totalisons 50 collaborateurs actifs.



Depuis septembre 2021, une équipe de soutien (la « Task Force ») a rejoint le Fonds. Un renforcement provisoire du personnel était nécessaire afin d'éliminer le retard dans le traitement des dossiers sur une période de deux ans. La collaboration se déroule de manière intégrée avec l'équipe permanente du Fonds. Fin 2021, cette Task Force, placée sous la direction d'un manager externe, comptait 20 collaborateurs dont 10 médecins (à temps partiel et spécialisés dans le domaine requis), 4 juristes et 6 gestionnaires de dossiers. Ces renforts se focalisent exclusivement sur les dossiers en retard introduits avant 2021. L'équipe permanente du Fonds traite les nouveaux dossiers et tous les dossiers prioritaires.

II. Experts externes

Le Fonds travaille avec des experts médicaux externes en vue d'obtenir des informations précises à propos de questions médicales spécifiques, pour lesquelles nous ne disposons pas de l'expertise requise. Nous faisons également appel à des avocats pour des litiges et des avis.

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

En 2021, nous avons conclu un troisième contrat de 4 ans avec des prestataires de soins (médecins et paramédicaux experts externes) à la suite d'une « procédure négociée avec publication préalable ».

Si pour un domaine ou une sous-spécialité en particulier, aucun expert figurant sur la liste des marchés publics n'est disponible - ce qui fut régulièrement le cas en 2020 – nous sommes contraints de recourir à des marchés (de services) uniques.

La collaboration avec les experts externes est désormais entièrement numérique. Nous avons prévu un système électronique sûr et efficace pour échanger les documents ainsi que l'imagerie médicale (voir ci-après ICT et développements).

Partie 3

Activités relatives aux missions - 2021

I. Suivi administratif et observations statistiques

Dans ce chapitre, nous présentons les évolutions informatiques et les données statistiques. Ces données proviennent du système DAMO que nous utilisons pour traiter les dossiers. La migration de l'ensemble des données vers ce programme informatique a eu lieu en 2017 mais des corrections sont encore régulièrement apportées dans ce système. Des écarts peuvent donc apparaître ici et là. Outre les données relatives à l'année 2021, nous présentons également les chiffres relatifs aux années précédentes afin de refléter clairement l'évolution du suivi de nos dossiers.

1. Développements informatiques

La numérisation des processus opérationnels a davantage été consolidée en 2021. Les outils technologiques utilisés les années précédentes ont été enrichis de nouvelles fonctionnalités et un certain nombre d'adaptations ont été effectuées, notamment dans le cadre du « New Way of Working » (NWOW). Vous trouverez ci-dessous un aperçu des évolutions et des faits les plus marquants :

- En ce qui concerne la gestion des dossiers, nous avons apporté, en 2021, quelques améliorations à notre système de gestion des dossiers DAMO (« Dossier Accidents Médicaux-Medische Ongevallen »). Nous avons poursuivi l'automatisation du processus de paiement, en particulier le paiement d'indemnités aux patients/demandeurs, et l'intégration dans DAMO de la troisième phase de traitement des dossiers (post-avis). Pour ce faire, nous avons prévu une série de nouveaux templates dans DAMO et nous avons également développé le processus de calcul des dommages, y compris le suivi de la proposition de paiement.
- L'entrée en vigueur du NWOW au sein de l'INAMI a entraîné des modifications dans le système DAMO afin de pouvoir traiter certaines tâches en priorité et assigner certains dossiers à une taskforce. Dans le volet relatif à la phase 2 (analyse médicale), les modifications nécessaires en faveur du NWOW ont également été apportées et un nouveau formulaire d'évaluation médicale a été élaboré.
- De nouvelles initiatives ont été prises en 2021 pour développer un formulaire de demande électronique. À cette fin, une adaptation de la loi a été préparée, un Dossier unique approuvé et une consultation du CSI (Comité de sécurité de l'information) obtenue. Une première version bêta du système a ensuite été mise en production technique fin 2021.
- Un projet visant à faire basculer le système DAMO de manière iso-fonctionnelle de l'environnement CASE360 vers la plateforme Appian, a également été lancé au cours de l'année écoulée. Cette conversion est nécessaire du fait que la technologie CASE360, actuellement dépassée, ne sera bientôt plus soutenue et peut entraîner des risques en matière de sécurité. Cette conversion sera finalisée dans le courant de l'année prochaine.

- Les contacts que nous avons établis par le passé avec les hôpitaux dans le cadre de la gestion de documents, n'ont pas été renouvelés en raison de la pandémie. Lorsque nous les reprendrons, l'objectif restera de trouver une solution pour obtenir les documents demandés de manière structurée. Indépendamment du constat ci-dessus, un nouveau processus a été mis en place au sein du Fonds pour créer et utiliser des inventaires électroniques de pièces médicales afin de faciliter le déroulement des expertises. Nous avons introduit la technologie de Sharepoint pour aider à y parvenir.
- La NIHDI Secure Box (TRESORIT), que nous avons mise en place dans le cadre du Règlement général sur la protection des données (RGPD), reste le système privilégié pour échanger, de manière sûre et efficace, des documents avec les personnes associées aux expertises médicales.
- Pour faciliter l'échange d'images médicales, le Fonds continue d'utiliser son propre serveur PACSONWEB. Ce système centralise toutes les images médicales dont nous avons besoin pour nos analyses médicales. Ce système aide efficacement l'organisation de missions d'expertise réalisées en présence d'experts médicaux externes.
- Afin de suivre les dossiers faisant actuellement l'objet d'un contentieux, nous utilisons EUNOM-E (la plateforme commune de l'INAMI pour les contentieux).
- L'utilisation d'une solution BPMN (Business Process Model and Notation) « HOPEX » a été pleinement facilitée au niveau central par l'INAMI afin de parvenir à une gestion intégrée et documentée de l'ensemble des processus de l'INAMI. Les processus clés du Fonds y ont déjà été entièrement cartographiés. Un système BPMN est un outil puissant permettant d'optimiser les processus.
- En coopération avec la cellule Datamanagement récemment créée au sein de l'INAMI, un datamart a été développé pour le Fonds en utilisant DAMO comme source. En utilisant Microsoft Power BI, les utilisateurs du Fonds peuvent analyser, de manière conviviale et visuelle, les chiffres et les statistiques les plus récents se rapportant aux processus opérationnels.
- En 2021, un nouveau système (IAM) a été mis en place pour régler la gestion des identités et des accès pour le Fonds. Ce système permet d'accorder et de contrôler les accès, tant au réseau qu'aux applications informatiques, de manière centralisée et synoptique.
- ⇨ Dans le cadre du projet « Health on the Move »,¹ l'INAMI a déménagé en mars 2021. Auparavant, le Fonds fonctionnait sans papier, ce qui a facilité cette démarche.

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

2. Nombre total de dossiers entrants, ouverts² et clôturés³ par rôle linguistique pour l'année 2021 et depuis la création du Fonds

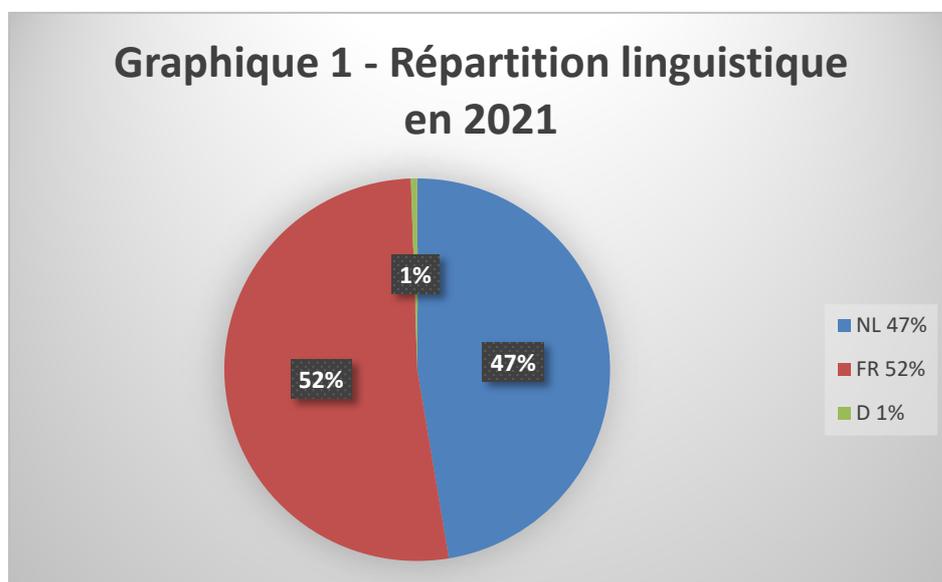
En 2021, **382** dossiers ont été introduits au Fonds. Le nombre de dossiers entrants a augmenté par rapport à l'année précédente (cf. tableau 3). En 2020, nous observions encore 362 dossiers entrants. Depuis la création du Fonds, le nombre total de dossiers introduits s'élève à **5963**.

Les tableaux 1 et 2 présentent la répartition par rôle linguistique des dossiers et leur statut (nombre total de dossiers entrants, ouverts et clôturés, par rôle linguistique), tant pour l'année 2021 que depuis la création du Fonds.

En 2021, le nombre de dossiers francophones était supérieur au nombre de dossiers néerlandophones (cf. tableau 1 et graphique 1).

Tableau 1 – Nombre de dossiers déposés en 2021, selon leur langue et leur statut				
Nombre de dossiers	Langue			Total
	D	FR	NL	
Fermé	0	9	27	36
Ouvert	2	190	154	346
Total	2	199	181	382

Source : Fonds des accidents médicaux



² Un **dossier ouvert** est un dossier qui a été introduit auprès du Fonds et qui est toujours en examen. Il peut donc se trouver en phase 1 (détermination de la recevabilité), en phase 2 (réception et demande de documents, examens juridique et médical, expertise, etc.) ou en phase 3 (calcul et/ou octroi d'une indemnisation, examen de l'indemnisation en cas de responsabilité > 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.

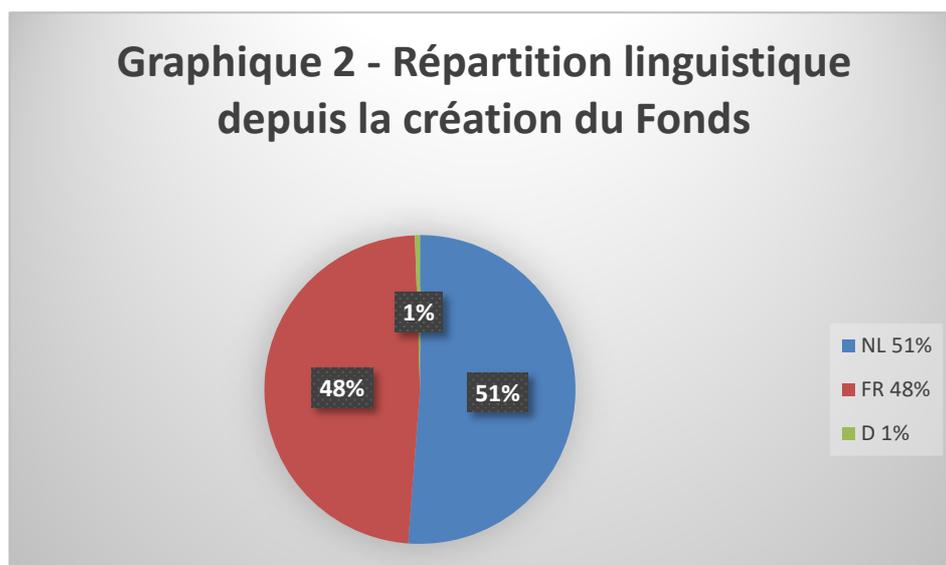
Tableau 2 – Répartition des dossiers déposés depuis la création du Fonds, selon leur langue et leur statut

Nombre de dossiers	Langue			Total
	D	F	N	
Statut	D	F	N	Total
Fermé	13	1852	2241	4106
Ouvert	17	941	692	1650
Contentieux (= en cours)	2	85	120	207
Total	32	2878	3053	5963

Source: Fonds des accidents médicaux

Fin 2021, 64 % des dossiers francophones et 73 % des dossiers néerlandophones étaient clôturés. 36 % des dossiers francophones se trouvent donc encore en phase active, pour 27 % des dossiers néerlandophones.

Le graphique 2 donne un aperçu global du nombre de dossiers déposés au FAM depuis sa création, selon la langue de ces dossiers.



3. Le nombre total de dossiers déposés par mois

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
2020	46	26	35	16	18	23	33	24	49	34	31	27	362
2021	32	39	53	35	22	42	36	32	29	22	19	21	382
TOTAL	625	510	513	455	451	471	424	408	589	563	519	435	5963

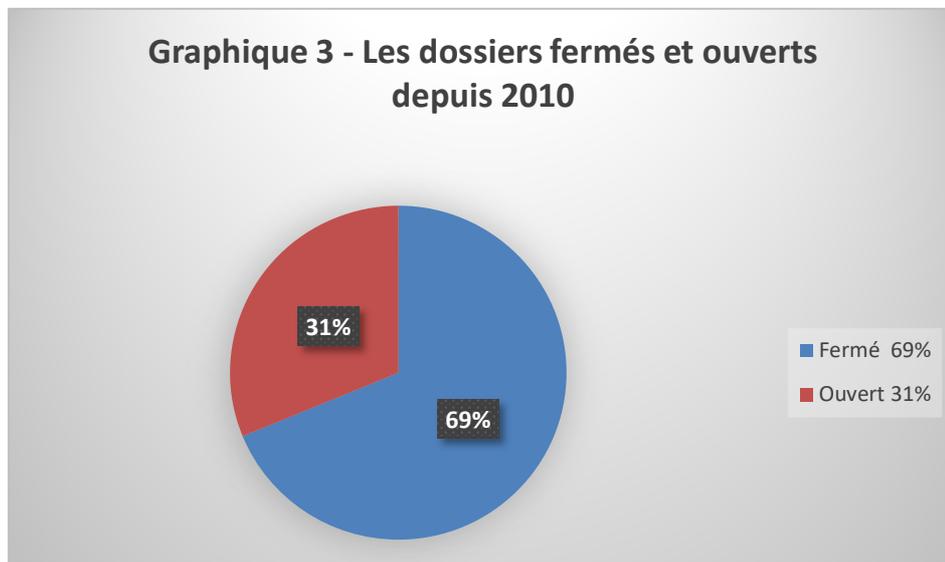
Source : Fonds des accidents médicaux

Le tableau 3 montre que le nombre de dossiers reçus a légèrement augmenté par rapport à 2020. En 2021, le Fonds en a reçu en moyenne 32 par mois.

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

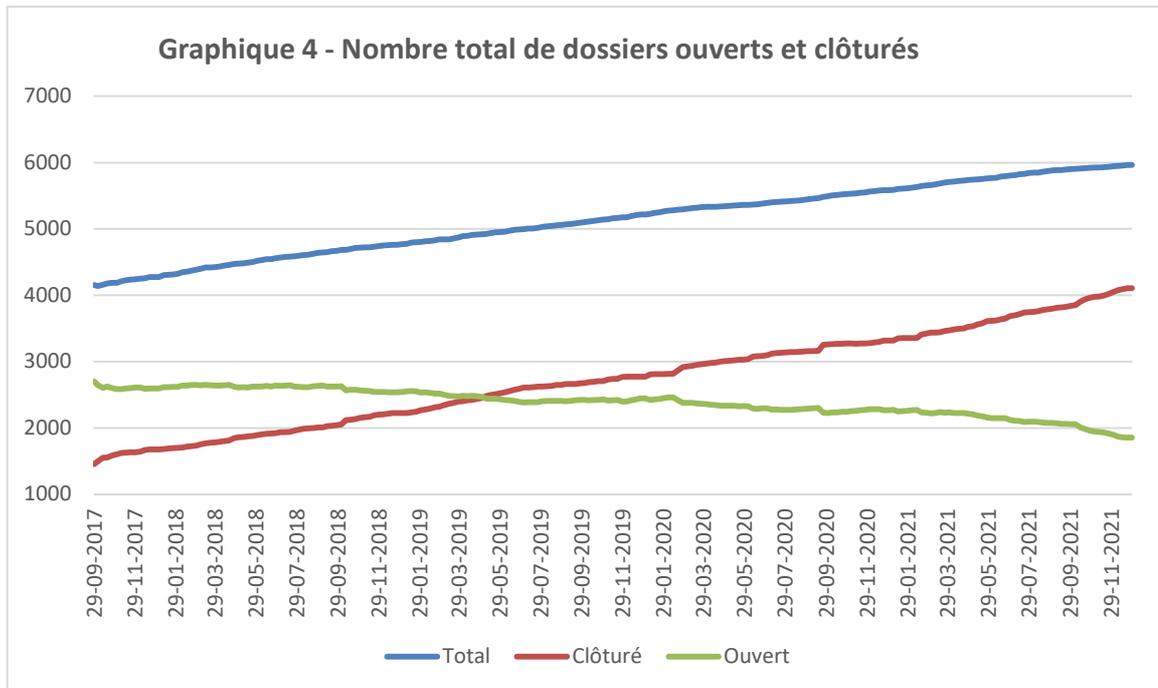
Tableau 4 - Statut des dossiers par année au cours de laquelle le dossier a été introduit				
Année	Statut			
	Fermé	Ouvert	Total	% Fermé
2010	11	0	11	100%
2011	36	0	36	100%
2012	459	4	463	99%
2013	1052	43	1.095	96%
2014	865	60	925	94%
2015	563	70	633	89%
2016	473	131	604	78%
2017	355	152	507	70%
2018	211	275	486	43%
2019	144	315	459	11%
2020	107	255	362	30%
2021	37	345	382	10%
TOTAL	4.313	1.650	5.963	

Source : Fonds des accidents médicaux



Depuis la création du Fonds, 69 % de tous les dossiers ont été clôturés, 31 % sont encore ouverts.

La diminution du nombre total de dossiers ouverts par rapport aux années précédentes est également visible dans le graphique suivant.



5. Répartition par phase des dossiers, de leur ouverture à l'indemnisation

Tableau 5 – Répartition par phase des dossiers ouverts							
Année	Phases			Total générale	%		
	Phase 1 Initial	Phase 2 Recherche	Phase 3 Proposition		Phase 1	Phase 2	Phase 3
2010	0	0	0	0	-	-	-
2011	0	0	0	0	-	-	-
2012	0	1	3	4	0,0%	25,00%	75,00%
2013	0	17	26	43	0,0%	39,53%	60,47%
2014	0	23	37	60	0,0%	38,33%	61,67%
2015	0	34	36	70	0,0%	48,57%	51,43%
2016	0	85	46	131	0,0%	64,89%	35,11%
2017	0	115	37	152	0,0%	75,66%	24,34%
2018	0	261	14	275	0,0%	94,91%	5,09%
2019	0	304	11	315	0,0%	96,51%	3,49%
2020	0	253	2	255	0,0%	99,86%	0,78%
2021	34	310	1	345	9,86%	89,86%	0,29%
TOTAL	34	1.403	213	1.650	2,06%	85,03%	12,91%

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 dans la pratique qu'en 2021, nous avons pu ouvrir tous les dossiers reçus dans la même année, voire dans les premières semaines suivant leur réception. Chaque demandeur reçoit un accusé de réception après l'enregistrement de la demande.

Le tableau 5 montre qu'aucun dossier antérieur à 2020 n'est encore en phase 1. Les dossiers introduits fin 2021 se trouvent encore dans la phase initiale.

Nous voyons également dans le même tableau que la majorité des dossiers ouverts sont en phase 2. Celle-ci est la plus chronophage. En 2021, les efforts ont été poursuivis en vue d'optimiser les procédures et d'accélérer le traitement des dossiers par une adaptation structurelle du traitement des dossiers et la création d'une taskforce provisoire pour résorber le retard accumulé.

Le traitement des dossiers est normalement soumis au *principe first in-first out*. Une exception est prévue pour les dossiers évoquant des dommages graves (conformément à l'art. 5 de la loi sur les accidents médicaux), d'autres personnes subissant également des dommages, par exemple : dommages graves subis par de jeunes enfants ayant un impact

particulier sur la situation des parents et de la famille, incapacité de travail de longue durée ou incapacité de travail permanente entraînant une perte de revenus de la principale source de revenus d'un ménage.

Nous tenons compte des critères suivants pour déterminer l'incapacité de travail : la victime était économiquement active avant les faits et en totale incapacité de travail pendant une longue période (plus d'un an) à la suite de l'accident médical ; la victime était économiquement active et est décédée, de sorte que les conditions de vie des bénéficiaires ont été profondément perturbées ; la victime est largement dépendante de tiers et a un besoin d'aide et de soutien pendant une longue période ; la victime est dans une situation où les dommages causés par l'accident médical contribuent à son décès dans un délai prévisible.

6. Évolution des dossiers irrecevables

Le nombre de dossiers que nous clôturons à un stade précoce de la procédure (en première ou deuxième phase, préalable à l'avis) est en hausse par rapport à 2020. Nous clôturons ces dossiers 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 15,8 % du nombre total de dossiers ouverts.

a. Dossiers en phase 1&2

Comme c'était le cas en 2020, les demandes qui s'avèrent aujourd'hui irrecevables en phase 1⁴ de la procédure sont principalement des dossiers pour lesquels la prescription est atteinte, comme indiqué dans la loi, ou, en d'autres termes, des dossiers qui n'ont pas été introduits à temps. Il est désormais rare que des demandes soient encore introduites dont l'irrecevabilité administrative tient au fait que l'accident médical s'est produit avant l'entrée en vigueur de la loi, soit avant le 2 avril 2010, et que le Fonds n'est donc pas compétent pour l'examiner.

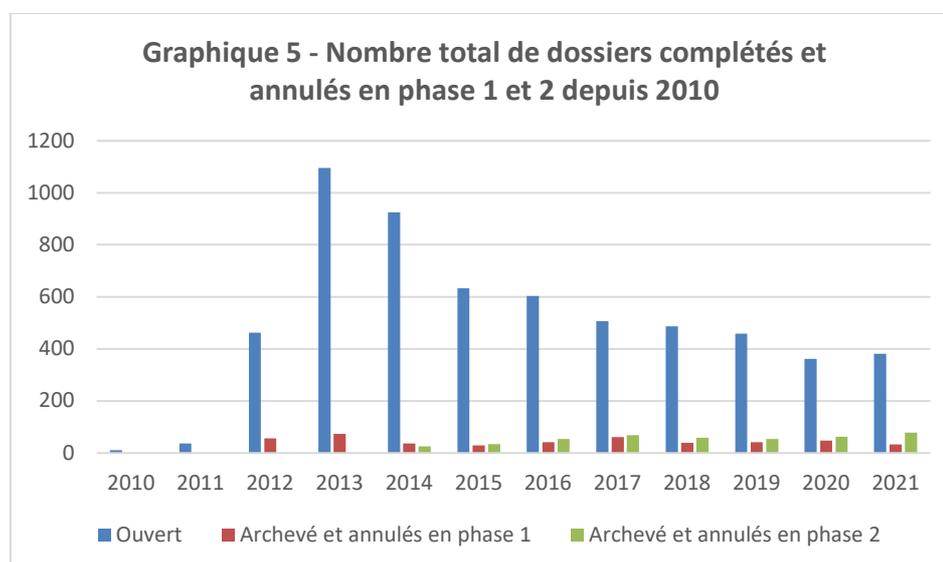
En 2021, nous constatons, dans le tableau 6, une légère augmentation du nombre de dossiers qui se révèlent irrecevables dans une deuxième phase de la procédure ou qui sont clôturés du fait qu'ils ne relèvent pas du champ d'application. Il ne s'agit pas seulement de motifs d'exclusion, tels qu'une prestation de soins de santé accomplie dans un but esthétique ou une prestation de soins dans le cadre d'une expérimentation, comme le stipule l'art. 3 de la loi sur les accidents médicaux, mais aussi de demandes où aucun dommage ne peut être lié à une prestation de soins ou à un prestataire de soins au sens de la loi.

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.

Le tableau 6 présente le nombre de dossiers ouverts par année depuis la création du Fonds, le nombre de dossiers traités et annulés en phase 1 et en phase 2, selon l'année où le dossier a été clôturé. Le graphique 5 illustre l'évolution.

Tableau 6 – Nombre total de dossiers complétés et annulés ⁵ en phase 1 depuis 2010			
Année de fermeture	Ouvert	Achevé et annulé en phase 1	Achevé et annulé en phase 2
2010	11		
2011	36		
2012	463	57	2
2013	1095	73	2
2014	925	36	26
2015	633	29	34
2016	604	42	54
2017	507	62	69
2018	486	39	59
2019	459	42	55
2020	362	48	63
2021	382	33	78

Source : Fonds des accidents médicaux



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

7. Délais moyen de traitement des dossiers traités jusqu'à l'avis inclus.

Réduire la durée moyenne de traitement d'un dossier est une priorité pour le Fonds. L'année dernière, nous avons constaté un délai moyen de traitement - de la réception d'une demande à l'envoi d'un avis - de 1 343 jours calendrier. Des facteurs tels que l'organisation d'expertises médicales dans des dossiers complexes et le principe du *first in-first out* (raison pour laquelle des dossiers restent dans la file d'attente à certains moments) influencent la durée moyenne de traitement. Néanmoins, un retournement de situation s'observe depuis août 2021. Depuis lors, le temps de traitement n'a cessé de diminuer. Nous nous attendons à un grand bond en avant dans les mois à venir, compte tenu de la nouvelle méthode de travail et du soutien de la taskforce pour résorber le retard accumulé.

8. Modification structurelle et Task Force

Pour résoudre les points problématiques dont il est également question dans le rapport d'audit de la Cour des comptes, le Comité de gestion a proposé, en 2021, en accord avec le directeur du Fonds et en concertation étroite avec l'administrateur général de l'INAMI et le ministre compétent, un plan d'action avec des solutions concrètes pour deux problèmes fondamentaux majeurs du Fonds :

- Tout d'abord, l'analyse médicale interne n'a pas suffisamment été valorisée et il a encore trop souvent été fait appel à des expertises contradictoires externes qui prennent beaucoup de temps.

Pour remédier à cette situation, le Fonds a adapté sa méthode de traitement des demandes en avril 2021. D'une part, un tableau de décision a été créé dans lequel les résultats de cette première analyse médicale interne déterminent le déroulement ultérieur de la procédure et où les médecins internes se concentrent dès le début sur la gravité du dommage. En d'autres termes, le déroulement ultérieur du dossier est différencié en fonction du seuil de gravité. D'autre part, cette première analyse se fera dorénavant aussi sur la base d'un dossier avec des pièces introduites par le demandeur lui-même. Ce n'est que si des pièces indispensables font défaut dans le dossier du demandeur que le Fonds en fera la demande auprès des parties concernées. D'importants facteurs de retard sont ainsi traités et éliminés.

- Le retard accumulé dans le traitement des dossiers n'a, par ailleurs, pas été suffisamment vite résorbé.

C'est pourquoi depuis septembre 2021, une équipe temporaire – la Task Force – est active au sein du Fonds pour traiter les dossiers en collaboration avec l'équipe permanente. Le recours à cette Task Force a pour but d'accélérer la résorption du retard en deux ans. Ces dernières années, le retard a certes déjà été résorbé de façon systématique (environ 120 dossiers par an). Il n'en reste pas moins que le délai de traitement d'un dossier est

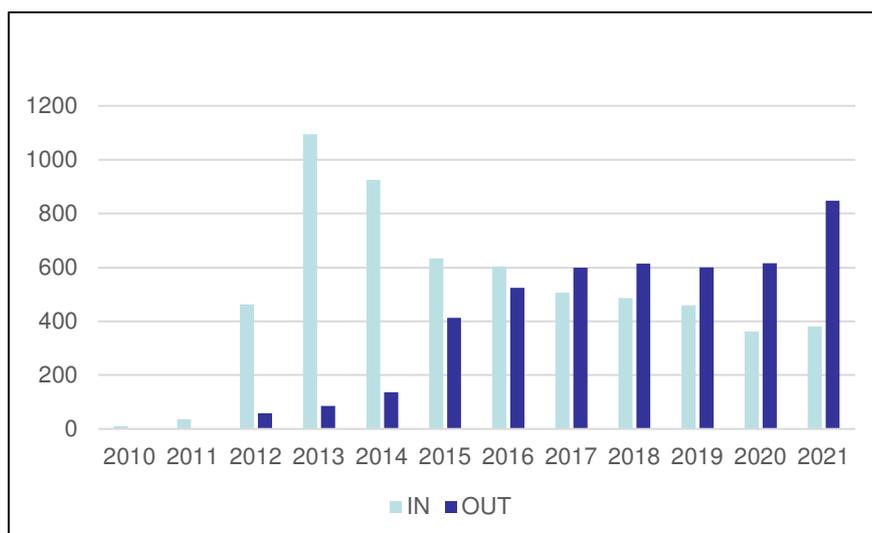
encore trop long et qu'il a été nécessaire de s'attaquer au problème de manière plus approfondie.

Comme déjà mentionné dans ce rapport d'activité, la Task Force se compose d'une vingtaine de collaborateurs dont des médecins, des juristes et des gestionnaires de dossiers. Cette main d'œuvre supplémentaire se concentre uniquement sur les dossiers en souffrance introduits avant 2021. Les dossiers sont donc attribués d'une manière bien déterminée. Le recours à une Task Force, combiné à une procédure claire et simplifiée mise en place pour l'ensemble du Fonds a pour but de pourvoir les 1 250 dossiers en souffrance d'un avis dans un délai de deux ans. En même temps, l'équipe permanente continue à travailler sur les dossiers plus récents, c'est-à-dire introduits à partir de 2021, afin de les pourvoir d'un avis dans un délai raisonnable.

L'objectif fixé est une estimation et comporte aussi des risques tels que la recherche, en vain, de personnel qualifié, le roulement ou le décrochage de celui-ci ou d'autres facteurs externes. C'est pourquoi un suivi minutieux est prévu, ce qui permettra d'adapter la méthode de travail si nécessaire. Le manager externe qui dirige l'équipe fait rapport à l'administrateur général et fournit une mise à jour périodique au Comité de gestion du Fonds.

Sur la base des chiffres globaux, nous constatons que la collaboration entre l'équipe permanente du Fonds et la Task Force est non seulement bénéfique mais qu'elle a outre permis de simplifier le processus de traitement des dossiers. Le graphique ci-dessous illustre l'évolution nettement positive des dossiers entrants et sortants (lire « clôturés »). Dans la partie suivante de ce rapport d'activité, cette évolution fera l'objet d'une analyse plus approfondie.

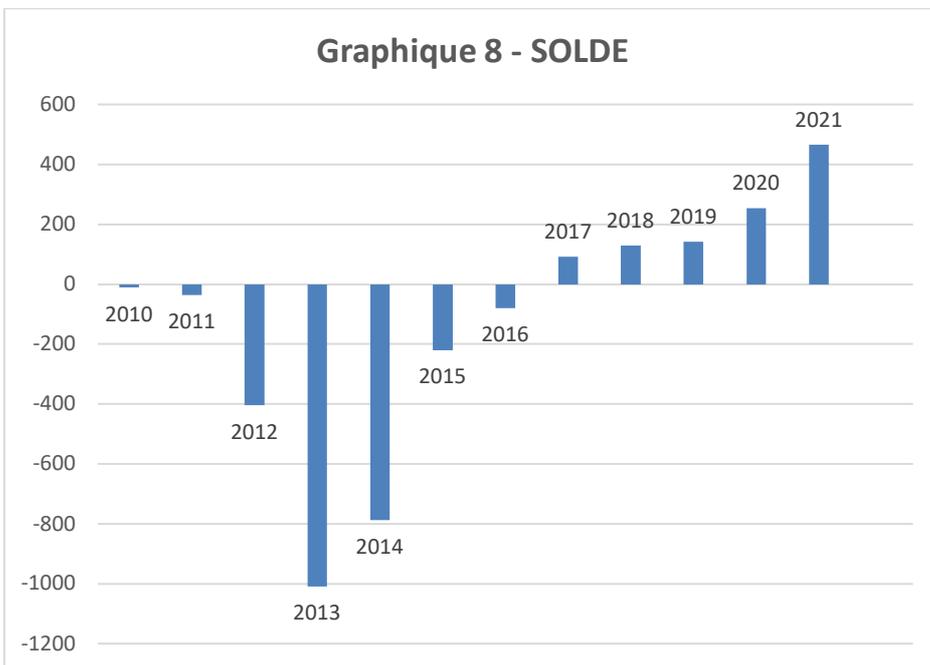
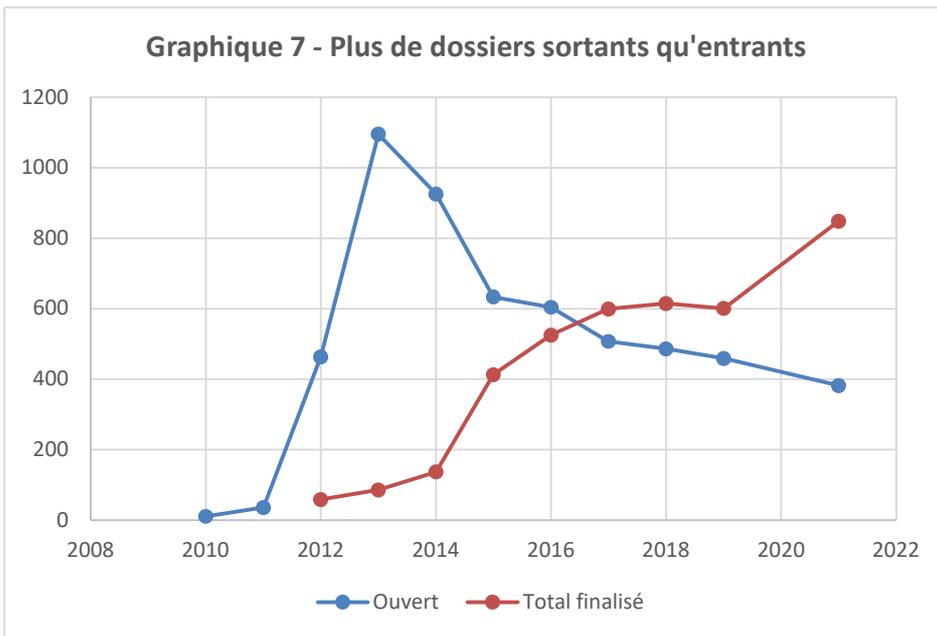
Graphique 6



9. Évolution du nombre de dossiers entrants et sortants

En 2021, le nombre de dossiers clôturés était supérieur au nombre de dossiers ouverts (tableau 7). Le nombre de dossiers ouverts a légèrement augmenté par rapport à l'année précédente. Nous constatons une augmentation significative du nombre de dossiers clôturés, ce qui réduit l'arriéré. Le graphique 7 présente l'évolution du nombre de dossiers ouverts et clôturés tandis que le graphique 8 présente l'évolution du calcul arithmétique (clôturés - ouverts).

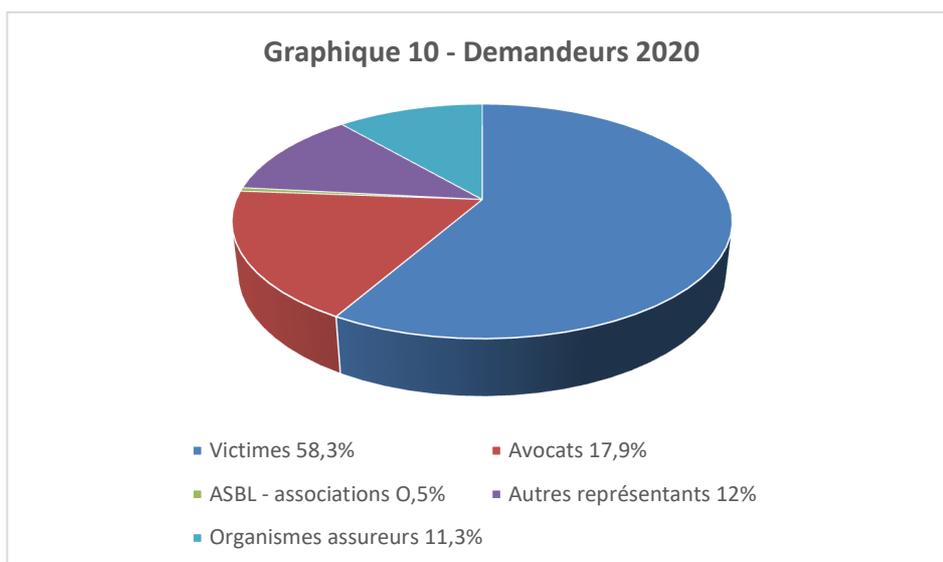
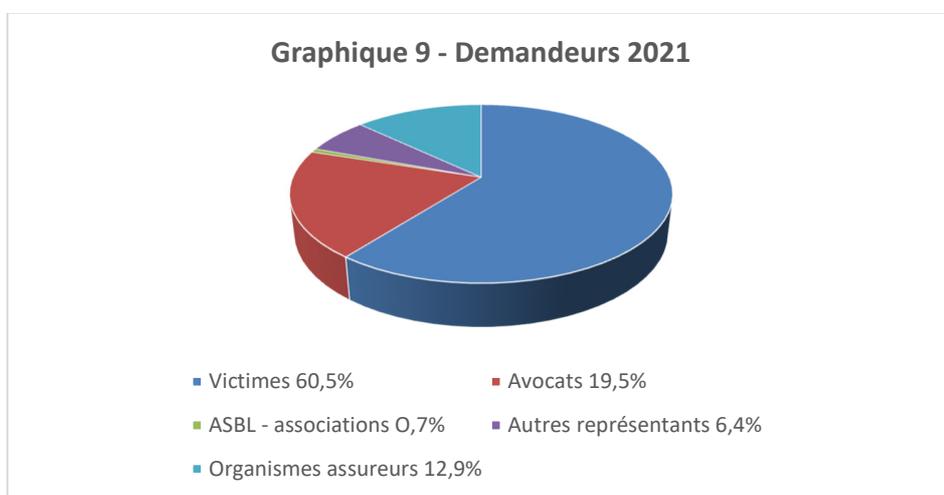
Tableau 7 - Nombre total de dossiers complétés jusqu'à l'avis inclus					
Année de fermeture	Achevé et annulé en Phase 1	Achevé et annulé en Phase 2	Avis	Total traité	Ouvert
2010					11
2011					36
2012	57	2		59	463
2013	73	2	11	86	1095
2014	36	26	75	137	925
2015	29	34	350	413	633
2016	42	54	429	525	604
2017	62	69	468	599	507
2018	39	59	517	615	486
2019	42	55	504	601	459
2020	48	63	505	616	362
2021	33	78	737	848	382
Source : Fonds des accidents médicaux					



10. Répartition des dossiers selon le type de demandeur

Le graphique 9 montre que les victimes introduisent elles-mêmes 60,5 % des demandes et que 19,5 % des demandes ont été introduites avec l'aide d'un avocat. En 2021, 12,9 % des demandes ont été introduites par l'intermédiaire des organismes assureurs, soit un pourcentage plutôt stable par rapport à l'année 2020. Les victimes font moins appel aux associations de patients. La part « autres » dans le graphique comprend entre autres les demandes introduites par les bénéficiaires, les représentants légaux et les proches du patient.

Tous les pourcentages, tant pour 2021 que pour 2020, figurent dans les graphiques ci-après.



11. Avis par type.

Nous soumettons ensuite les demandes qui ne font pas partie du groupe « complétés ou annulés en phase 1 ou 2 » à une analyse médicale approfondie (suite phase 2) accompagnée éventuellement d'une expertise. Sur base de l'ensemble des éléments du dossier et éventuellement après une concertation médico-juridique, le dossier se clôture par un avis à ce stade-ci de la procédure.

Il existe différents types d'avis :

- responsabilité civile (RC) du prestataire de soins supérieure ou inférieure au seuil de gravité (éventuellement indemnisable par le Fonds⁶),
- un accident médical sans responsabilité (AMSR) supérieur au seuil de gravité (indemnisable par le Fonds),
- absence de RC dans le chef d'un prestataire de soins et absence d'AMSR (NINI - non indemnisable par le Fonds).

En 2021, les juristes ont, avec le soutien de la Taskforce, finalisé au total 736 avis, ce qui est nettement plus que l'année précédente. 9 % d'entre eux ont été clôturés par un avis AMSR. En termes de pourcentage, ce chiffre est comparable à celui de l'année 2020 (voir graphiques 11 et 12). En 2019, la part AMSR était de 5 % et en 2018, de 3 %.

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 inférieure au 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.

a. Avis par type

Tableau 8 - Avis par type 2021	
Total	736
Spécifique	
- AMSR avec seuil gravité	67
- Responsabilité < gravité	43
- Responsabilité > gravité	28
Autres (NINI)	598

Source: Fonds des accidents médicaux

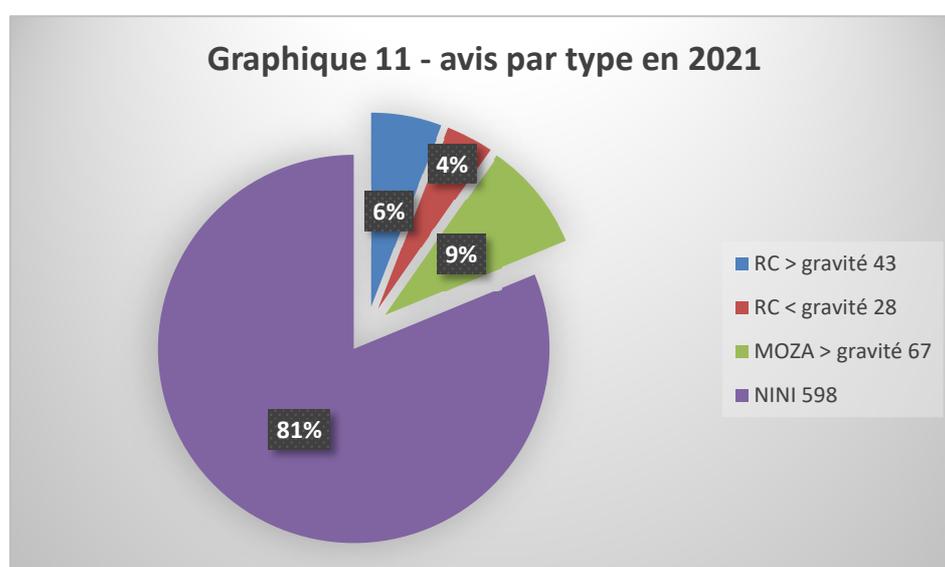
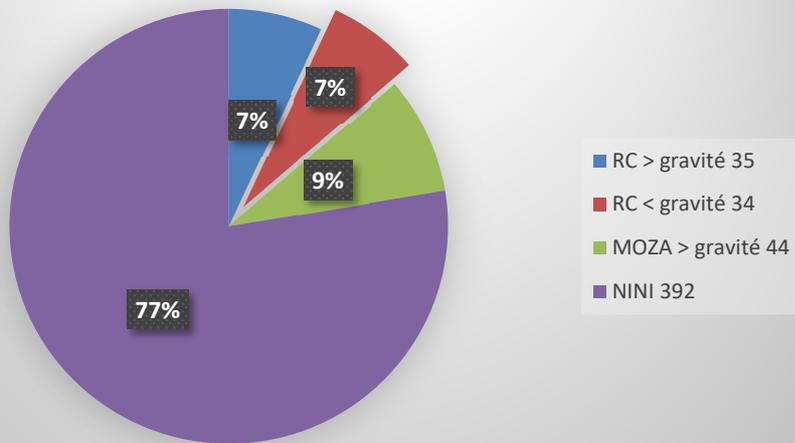


Tableau 9 - Avis par type 2020	
Total	505
Spécifique	
- AMSR avec seuil gravité	44
- Responsabilité < gravité	34
- Responsabilité > gravité	35
Autres (NINI)	392

Source: Fonds des accidents médicaux

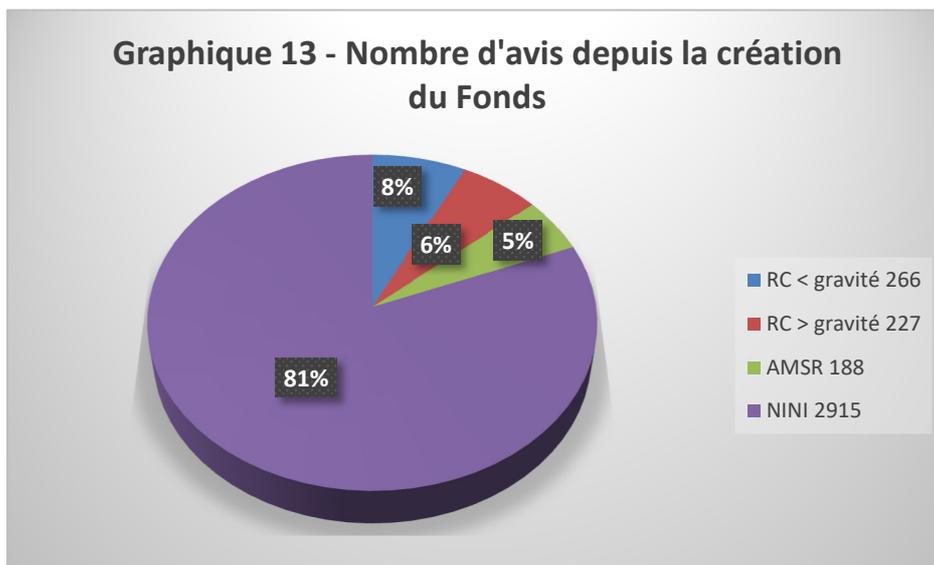
Graphique 12 - avis par type en 2020



b. Avis par type depuis la création du Fonds

Le tableau 10 et le graphique 13 présentent le nombre total d'avis depuis le lancement du Fonds avec les chiffres par type de décision.

Tableau 10 – Avis par type depuis la création du Fonds	
Total	3.596
Spécifique	
- AMSR avec seuil gravité	188
- Responsabilité < gravité	266
- Responsabilité > gravité	227
Autres (NINI)	2915
Source: Fonds des accidents médicaux	



12. Indemnisations après avis et par type

Le Fonds formule une proposition d'indemnisation lorsqu'il s'agit :

- d'un accident médical sans responsabilité (AMSR) supérieur au seuil de gravité
- d'un assureur qui conteste une responsabilité civile supérieure au seuil de gravité (RC > gravité) ou lorsqu'il est question d'une « proposition manifestement insuffisante ».
- d'un prestataire de soins dont la responsabilité est engagée 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 2021

Au total, 415 demandeurs entrent en ligne de compte pour une indemnisation (AMSR et RC > gravité) (graphique 13).

Dans un infime pourcentage des dossiers, le seuil de gravité ne joue aucun rôle dans le paiement de l'indemnisation. Il s'agit de dossiers où la responsabilité civile est engagée, assortis d'une proposition manifestement insuffisante, ou de dossiers où la responsabilité civile n'est pas (suffisamment) couverte. En 2021, il n'y a eu qu'un seul dossier où le seuil de gravité n'a joué aucun rôle dans le paiement de l'indemnisation.

b. Indemnisations payées par année et par type

Dans la plupart des cas, une indemnisation est payée sous forme de capital mais, exceptionnellement, nous payons des indemnisations sous forme de rente (indexée). Le tableau 11 (capital) et le tableau 12 (rente) présentent les indemnisations et le nombre de dossiers pour l'année 2021 et les années précédentes.

Les chiffres figurant dans les tableaux ci-dessous sont automatiquement disponibles depuis 2021 via DAMO. La colonne « indemnisable après contentieux » a été ajoutée pour l'année 2021. Cette colonne reprend les dossiers qualifiés par le Fonds de « non indemnissables » (NINI), mais qui ont surtout reçu la qualification « AMSR > gravité » suite à une décision judiciaire. Auparavant, ces chiffres ne figuraient pas séparément dans le tableau mais étaient intégrés dans la colonne selon la qualification après contentieux.

Tableau 11 - Indemnisations en capital en EUR				
	AMSR > gravité ⁷	RC > gravité ⁸	RC < gravité ⁹	Indemnisable après contentieux
2019	4.055.324,16	1.611.057,52	12.020,29	
Nombre de dossiers	27	26	1	
2020	5.660.601,73	2.749.060,67	12.248,5	
Nombre de dossiers	32	28	1	
2021	9.669.694,88	3.006.395,16	16.534,03	1.377.105,12
Nombre de dossiers	71	33	1	13

Source: Fonds des accidents médicaux

Tableau 12 - Indemnisations en rente en EUR				
	AMSR > gravité	RC > gravité	RC < gravité	Indemnisable après contentieux
2019	20.731,08	18.399,87	-	
Nombre de dossiers	3	2	0	
2020	16.155,45	17.578,76	-	
Nombre de dossiers	1	2	0	
2021	16.222,12	26.627,31	-	2.325,05
Nombre de dossiers	1	3	0	

Source: Fonds des accidents médicaux

⁷ Conformément à l'art. 4, 1° Loi des accidents médicaux

⁸ Conformément à l'art. 4, 3° Loi des accidents médicaux

⁹ Conformément à l'art. 4, 2° ou à l'art. 4, 4° Loi des accidents médicaux

Un seul dossier peut générer plusieurs indemnisations. Le Fonds verse en outre des avances pour aider la victime plus rapidement lorsque le calcul et/ou la collecte de documents s'avèrent difficiles. Nous constatons que le calcul des indemnisations, après avis, demande un temps de préparation considérable (et peut prendre plus de trois mois). Il s'agit non seulement de rassembler les documents pertinents mais aussi de parvenir à un accord sur les postes de dommages et le montant à verser. 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.

Les chiffres globaux relatifs aux indemnisations versées figurent plus bas, dans la partie 4 du présent rapport - « Gestion financière et encadrement ».

Dans cette partie, le montant total des indemnisations versées chaque année est à épingle. Ce montant a augmenté en 2021. Le Fonds a versé un montant total de 14 114 903,98 EUR aux victimes tandis que le montant total pour 2020 s'élevait à 8 455 645,11 EUR.

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

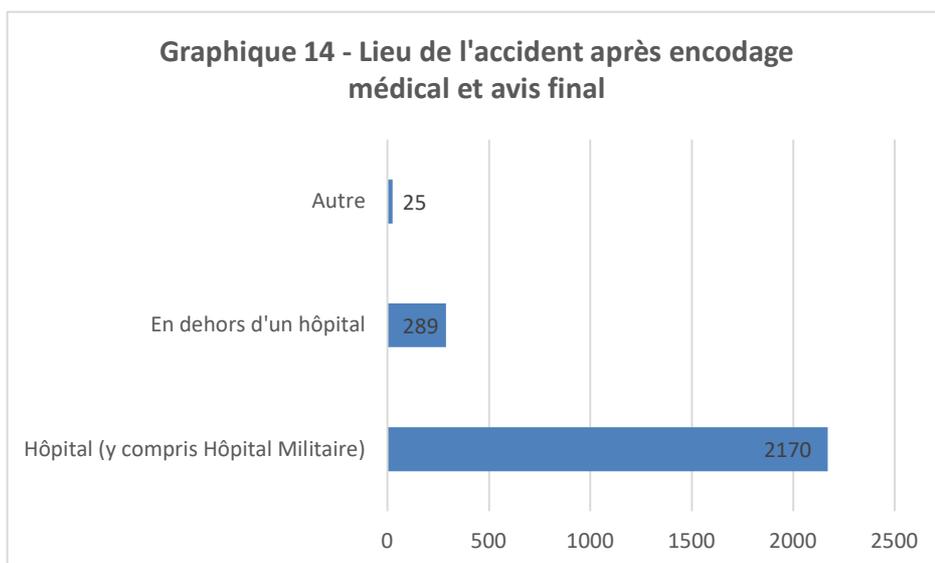
Cette analyse donne la situation des dossiers ayant fait l'objet d'un avis médical depuis la création du Fonds. Elle donne une idée globale de la distribution des dossiers du Fonds pour différentes variables.

a. Lieu de l'accident médical

Tableau 13 – Lieu de l'accident après encodage médical et avis final		
	Nombre	%
Hôpital (également hôpital militaire)	2170	87,35%
En-dehors d'un hôpital ¹⁰	289	11,63%
Autres ¹¹	25	1,00%
TOTAL	2484	100%
Source: Fonds des accidents médicaux		

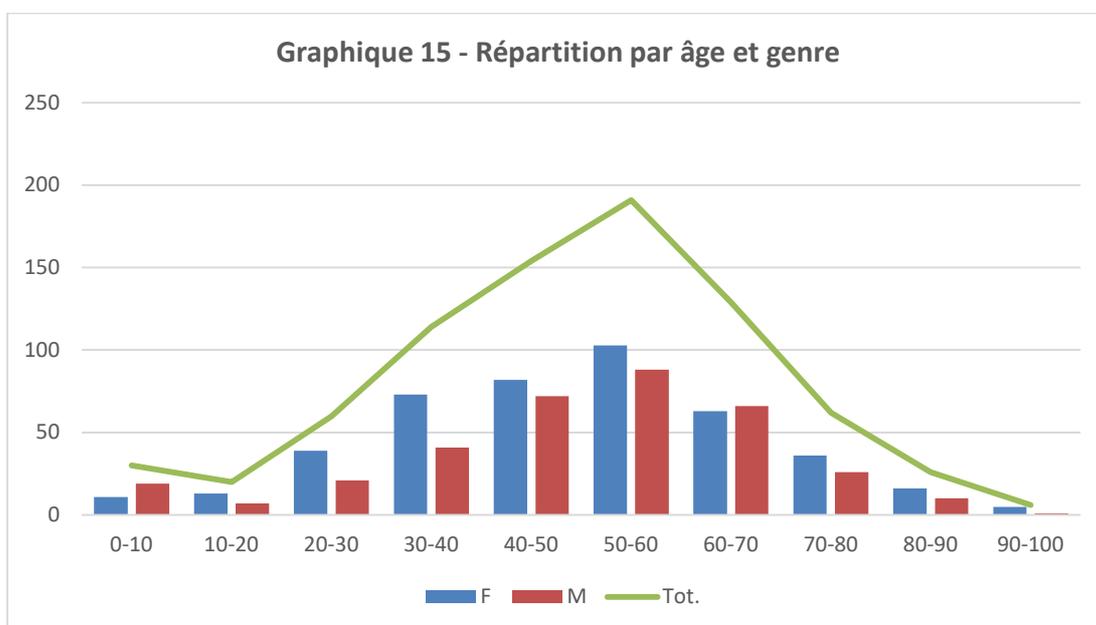
¹⁰ Médecine curative extra-hospitalière.

¹¹ Médecine non curative et professions paramédicales.



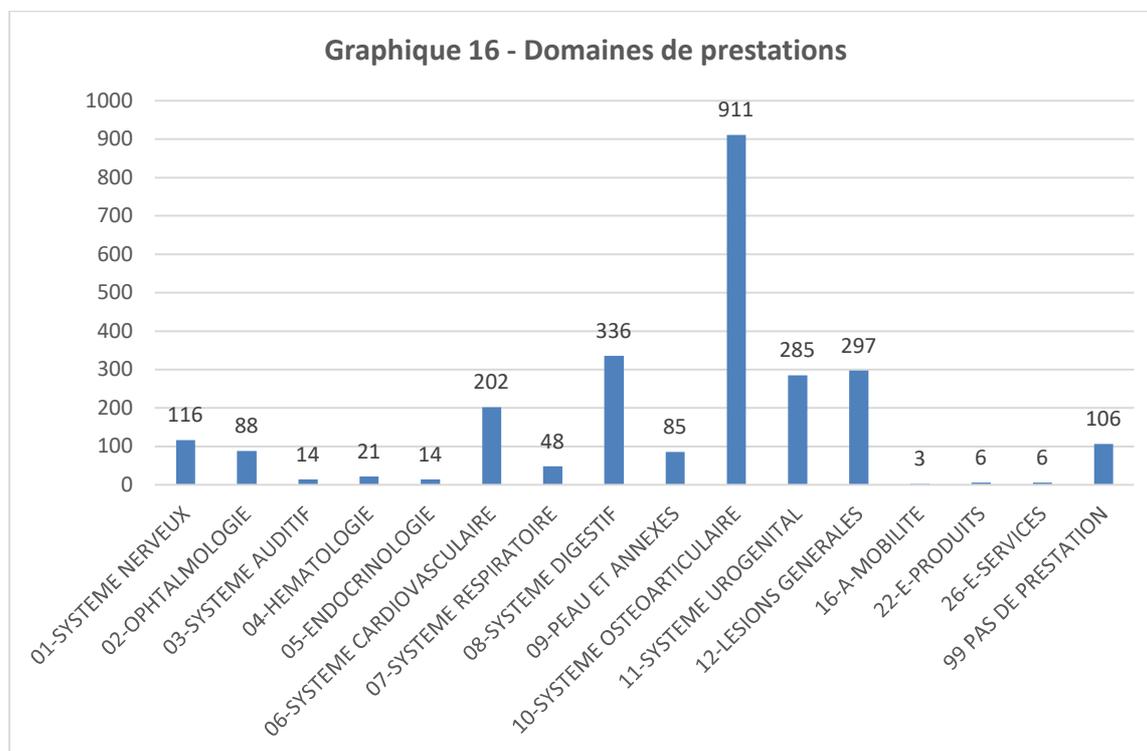
b. Répartition par âges et genres

Graphique 15 présente la répartition par âge et genre des personnes victimes d'un accident médical.



c. Domaines de prestations

Graphique 16 représente la distribution des prestations médicales parmi différents domaines (classification internationale ICHI).



Le plus grand nombre de dossiers concernent des prestations médicales effectuées sur les systèmes ostéoarticulaire (35,9 %), digestif (13,2 %), uro-génital (11,2 %) et cardiovasculaire (8 %).

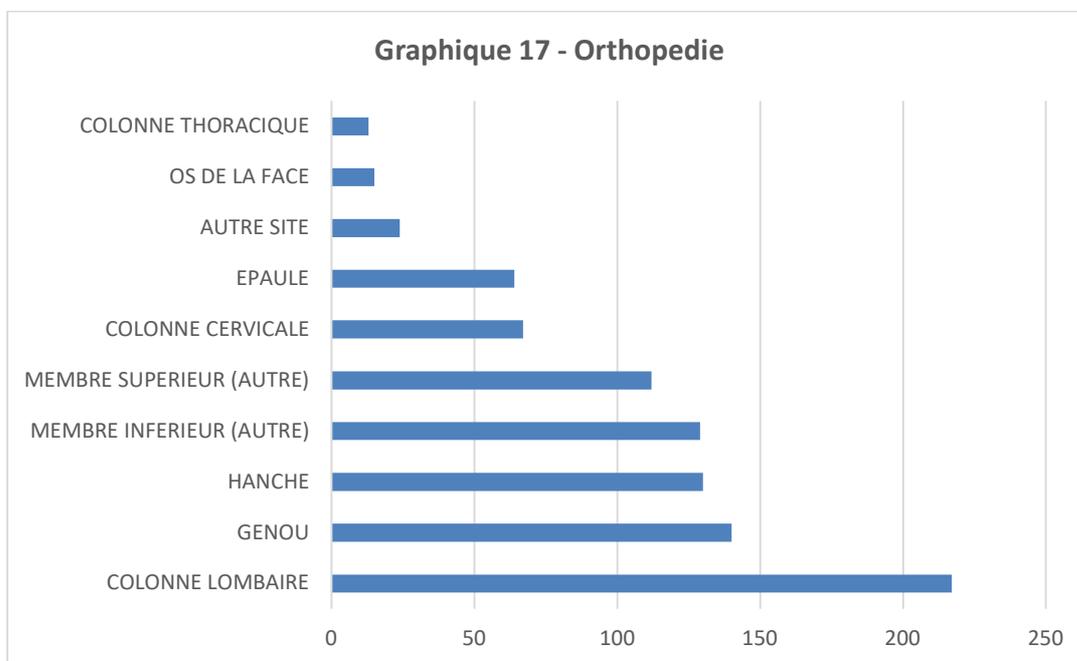
Le terme « E-produits » concerne la qualité d'appareillages ou d'orthèses, comme les lunettes, par exemple. Le terme « E-services » se rapporte plus à des services (surveillance nursing, transport).

Le terme « Lésions générales » se rapporte à des prestations effectuées sur des zones du corps moins précises, par exemple « membre supérieur ».

Le « Système uro-génital » englobe les prestations liées à la grossesse et l'accouchement. Celles-ci sont détaillées plus loin.

INTERVENTIONS ORTHOPÉDIQUES

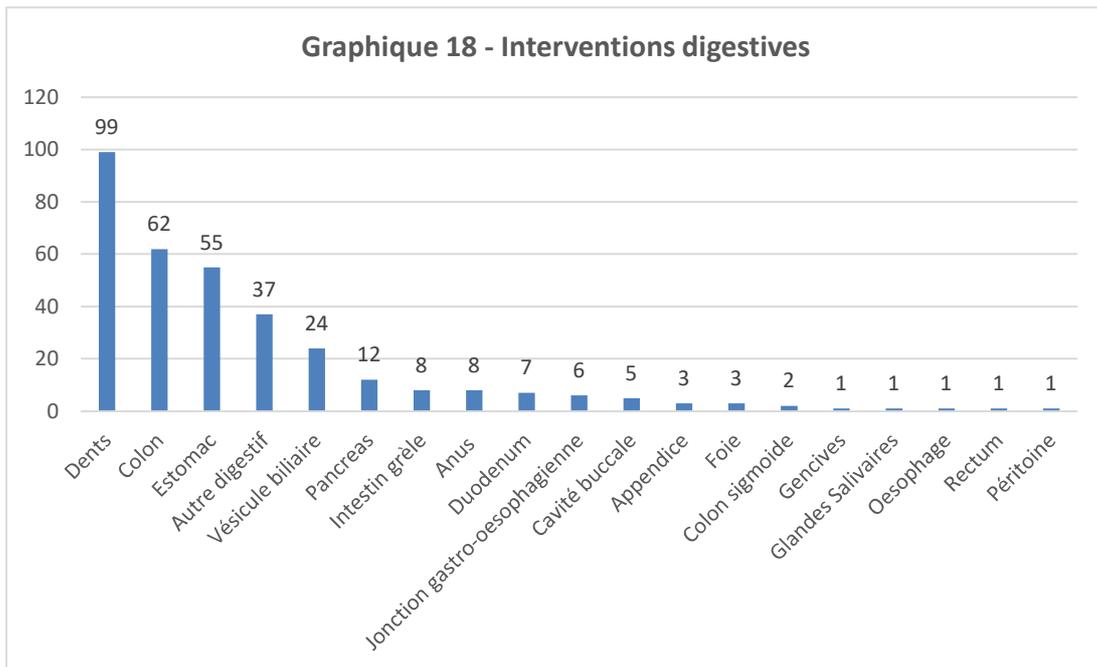
Le graphique 17 détaille les zones anatomiques du système ostéoarticulaire les plus souvent rapportées dans le cadre d'un accident médical. Trois zones arrivent en tête : la colonne lombaire, la hanche et le genou.



INTERVENTIONS DIGESTIVES

Le graphique 18 détaille les zones anatomiques du système digestif les plus souvent rapportées dans le cadre d'un accident médical. Les dossiers dentaires arrivent en tête mais ne présentent en général pas de critère de gravité.

La majorité des interventions gastriques (estomac) sont réalisées dans le cadre de la chirurgie bariatrique (traitement de l'obésité). Ces interventions représentent plus de 25 % des interventions digestives.



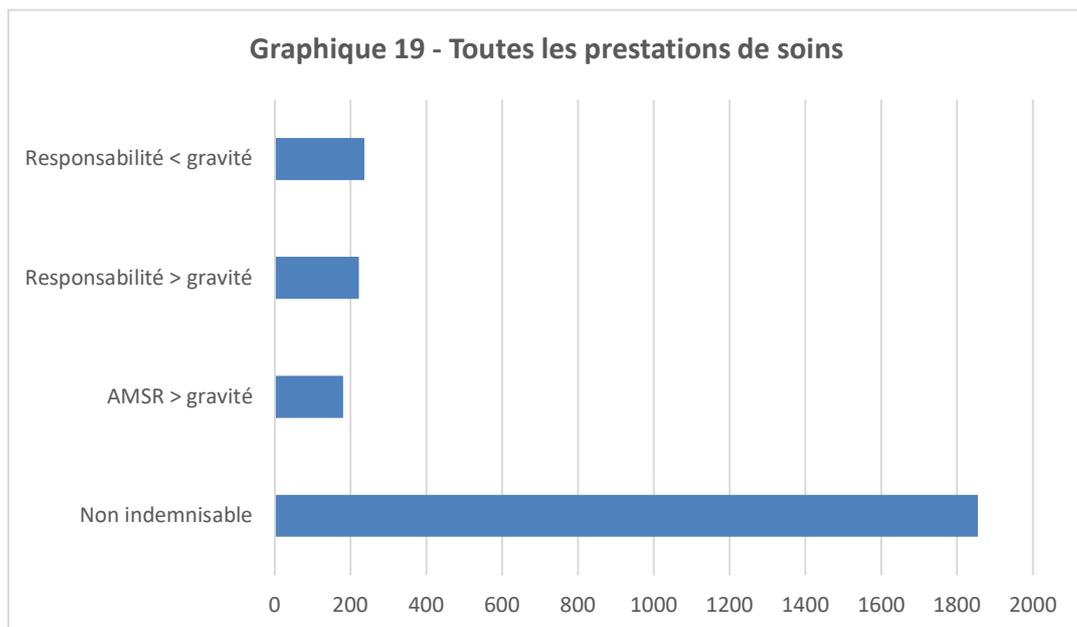
d. Types d'avis en général et pour certains types de prestations

Les graphiques suivants ventilent les dossiers d'accidents médicaux en fonction du type d'avis que nous avons rendu depuis la création du Fonds. Les graphiques 20 et suivants examinent chacun les prestations effectuées sur une zone anatomique en particulier.

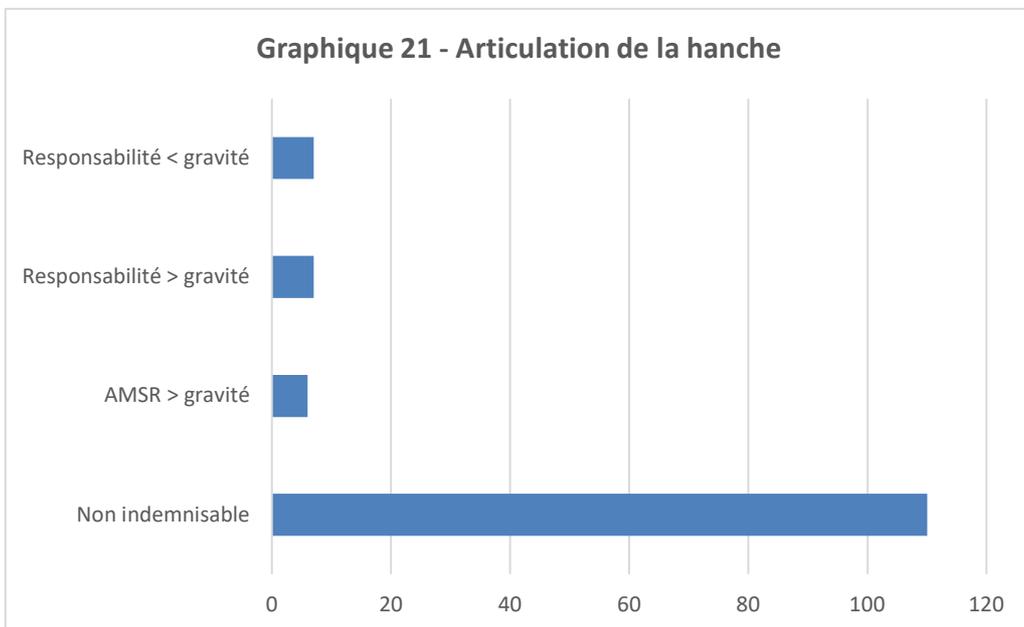
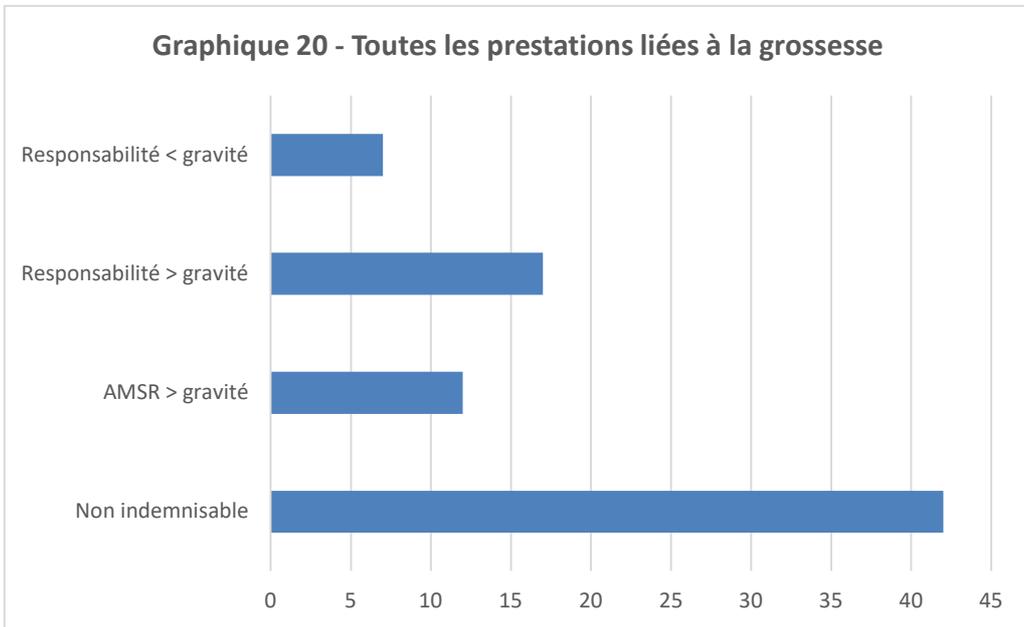
En général, 80 % des dossiers ne sont « pas indemnisables ». L'obstétrique constitue l'exception (graphique 20) :

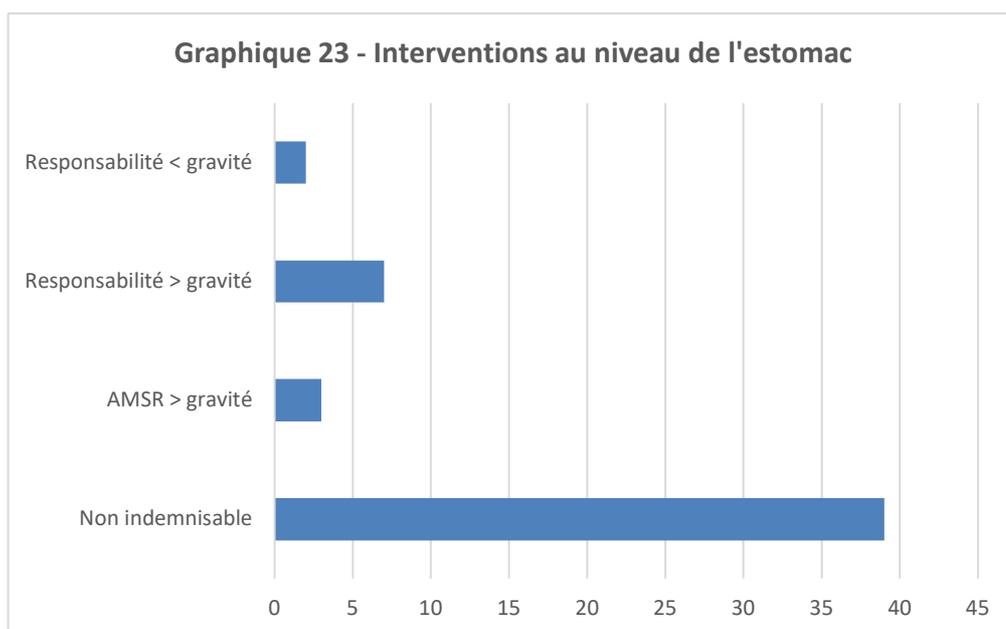
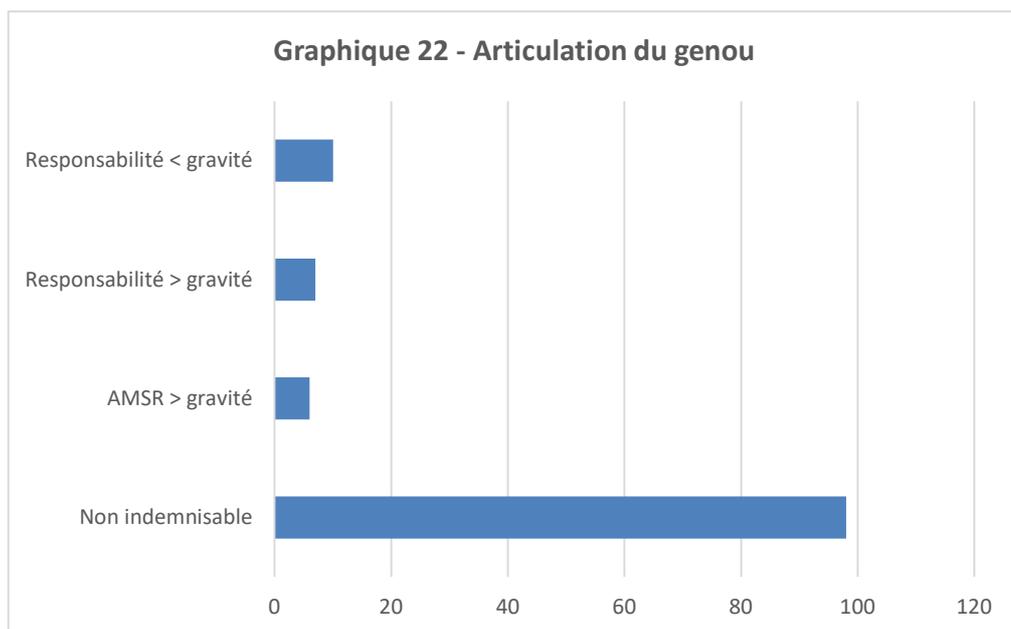
- Dans près d'un quart de ces dossiers, la responsabilité d'un prestataire de soins est engagée
- Près de 8 % des dossiers grossesse sont des accidents médicaux sans responsabilité du prestataire (AMSR) mais atteignant le seuil de gravité.

GÉNÉRALITÉS



TYPES D'AVIS POUR CERTAINS TYPES DE PRESTATIONS

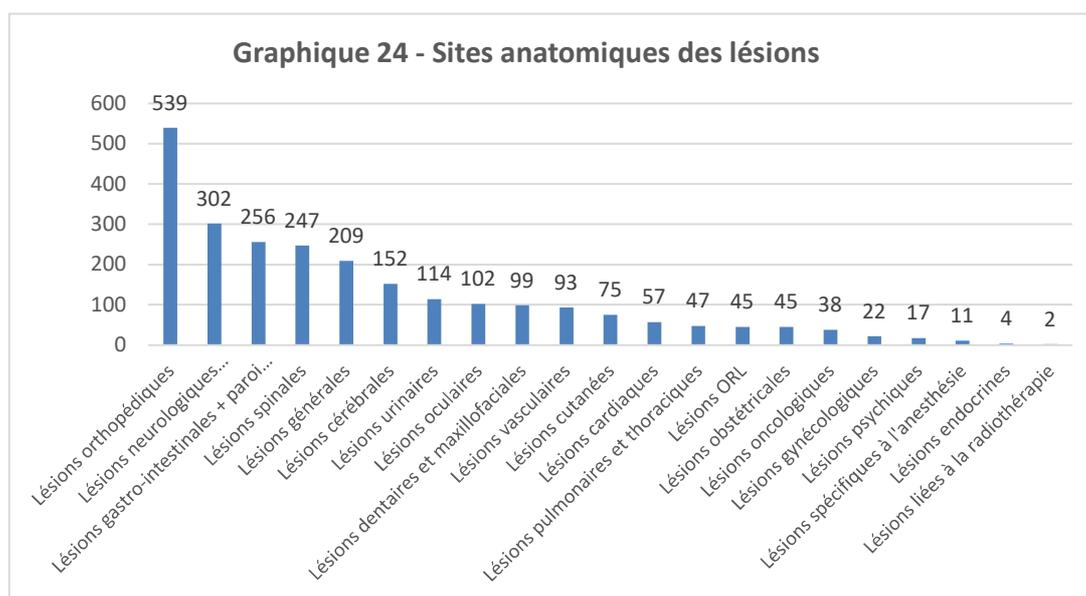




e. Site des lésions

Lors d'un accident médical, certains types de lésions apparaissent plus souvent que d'autres. Dans la plupart des cas, la localisation des lésions correspond alors au domaine de prestation.

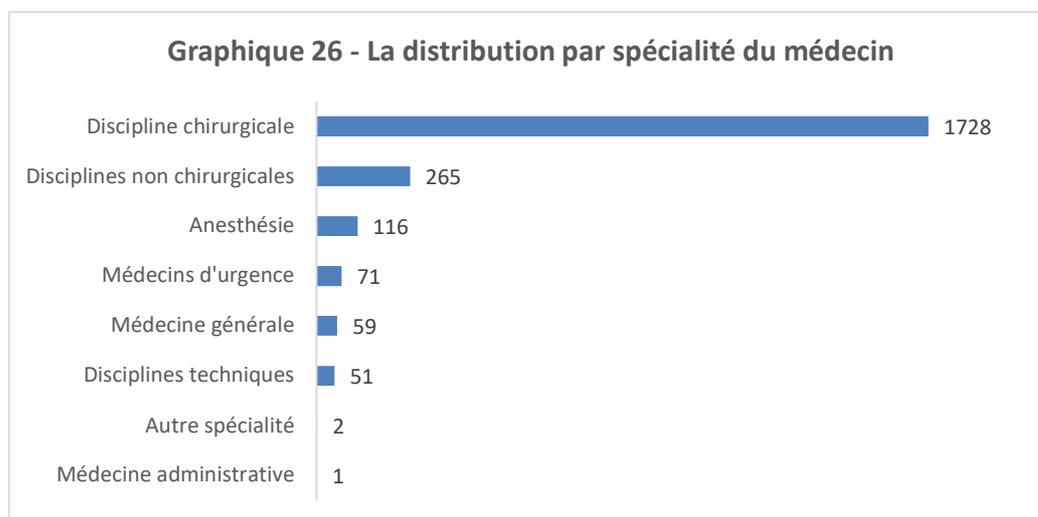
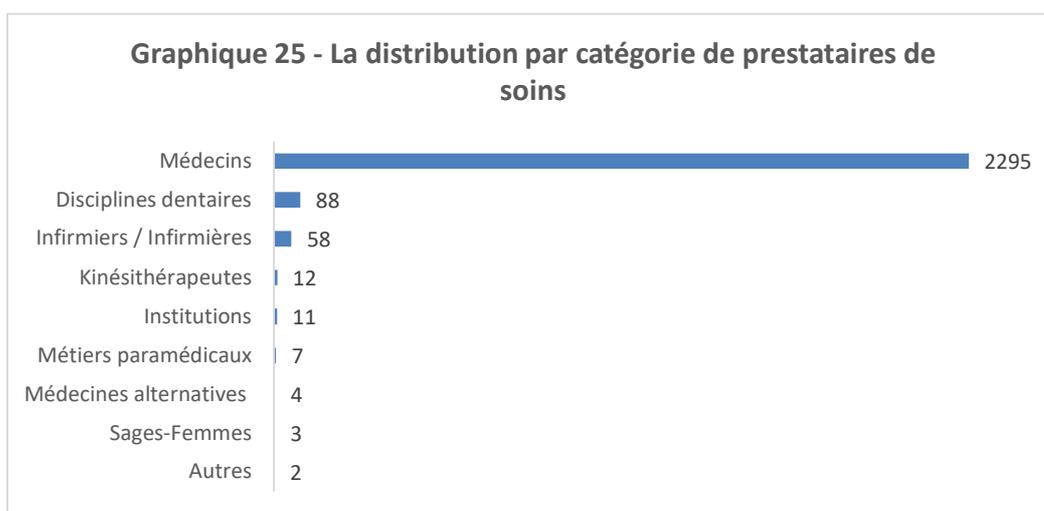
Le graphique 24 ventile les dossiers d'accidents médicaux en fonction de la zone anatomique lésée.



f. Types de prestataire de soins

Le graphique 25 ventile les dossiers d'accidents médicaux en fonction de la catégorie de prestataire de soins mis en cause.

Le graphique 26 ventile les dossiers d'accidents médicaux en fonction de la spécialité du médecin mis en cause.



III. Activités juridiques, suivi et statistiques

CONTENTIEUX

1. Généralités

Les juristes du Fonds utilisent EUNOM-E, la plateforme de contentieux commune de l'INAMI pour la gestion des dossiers faisant l'objet d'un litige juridique. Les chiffres présentés sur cette base dans les tableaux suivants divergent (légèrement) des chiffres présentés dans le précédent rapport annuel en raison de corrections ou d'un nouveau calcul.

2. Catégories

Le Fonds peut intervenir comme **demandeur** dans le cadre d'une action subrogatoire¹² pour récupérer l'indemnité versée, celle-ci étant généralement remboursée en vertu de l'article 4, 3^o¹³, mais, le cas échéant, aussi sur la base de l'article 4, 2^o¹⁴ ou de l'article 4, 4^o¹⁵, de la loi relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé.

Le Fonds peut aussi intervenir comme **défendeur** en cas de contestation de l'avis. Si le Fonds décide avis qu'il n'est pas question de responsabilité ni d'accident médical sans responsabilité, et qu'il n'y donc pas de raison 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 par le Fonds sur base de l'article 27 de la loi relative à l'indemnisation résultant de soins de santé. Cela ne concerne que 7 cas environ depuis le lancement du Fonds.

¹² Art. 28 de la loi relative à l'indemnisation résultant de soins de santé.

¹³ Contestation de la responsabilité du prestataire de soins.

¹⁴ Responsabilité du prestataire de soins dont la responsabilité civile n'est pas ou pas suffisamment couverte.

¹⁵ 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.

a. Litiges initiés année après année

Tableau 14 – Litiges initiés avec le Fonds en tant que demandeur ou défendeur, par type de tribunal													
Année où le litige a été initié	Procédures introduites par le Fonds en première instance		Procédures introduites par le Fonds en appel		Procédures introduites par le Fonds – Cour de Cassation		Procédures introduites contre le Fonds en première instance		Procédures introduites contre le Fonds en appel		Procédures introduites contre le Fonds – Cour de Cassation		Total
	NL	FR	NL	FR	NL	FR	NL	FR	NL	FR	NL	FR	
	Le Fonds en qualité de demandeur						Le Fonds en qualité de défendeur						
2012								2					2
2013													
2014	1						2	2					5
2015		2					11	6	1	1			21
2016	8	4	4				9	8					33
2017	6	7	4				9	11	2	4			43
2018	9	4	3	4			16	8	1	2			47
2019	3	4	2	6	2	1	15	13	1		1		48
2020	13	11	5	1			16	10					56
2021	12	12	5	1			23	14					67
Total	52	44	23	12	2	1	101	74	5	7	1		322

Source : Fonds des accidents médicaux

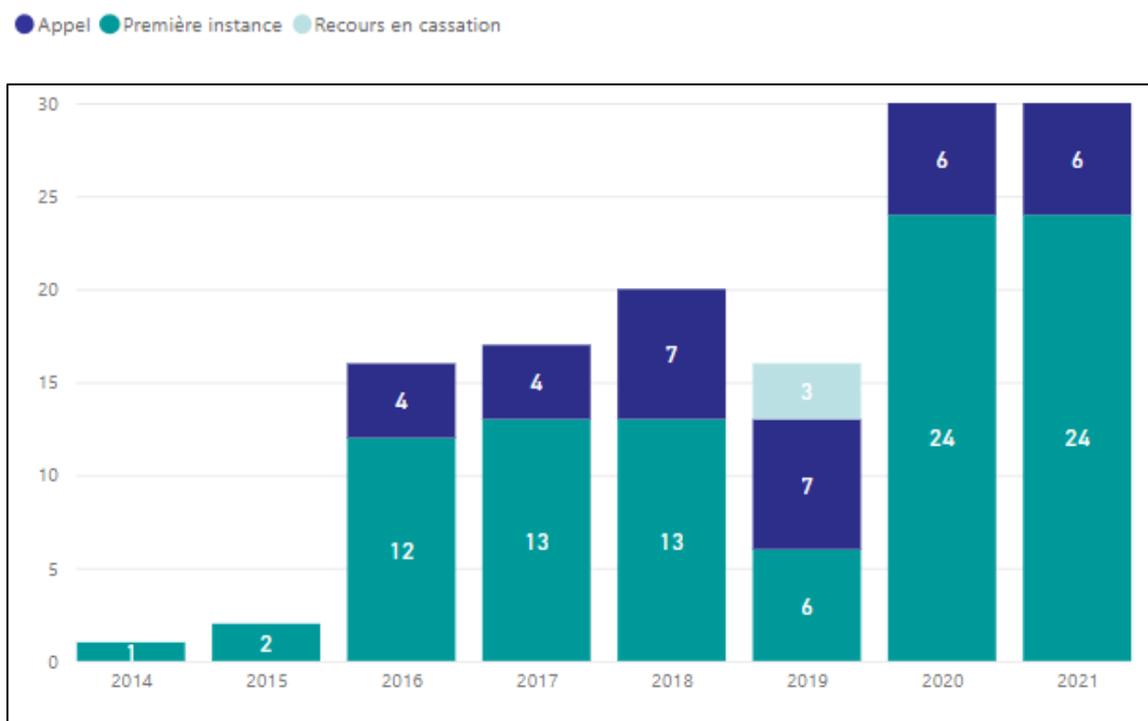
Le tableau 14 permet de déduire qu'au total, le Fonds a introduit 134 procédures devant les tribunaux néerlandophones et francophones. Depuis 2014, sur les 134 procédures du Fonds comme demandeur, 96 ont été introduites en première instance, 35 procédures en appel et 3 en cassation. En 2021, un dossier en allemand a également été introduit en première instance avec le Fonds comme demandeur.

En outre, le même tableau indique le nombre de procédures introduites contre le Fonds, avec le Fonds comme défendeur. Dans 175 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. Dans 12 cas, une procédure a été introduite en degré d'appel contre le Fonds et, dans 1 cas, un pourvoi en cassation.

Évolution du nombre de litiges initiés année après année avec le Fonds comme demandeur.

Le graphique suivant illustre l'évolution des litiges initiés par le Fonds par type de tribunal

Graphique 27

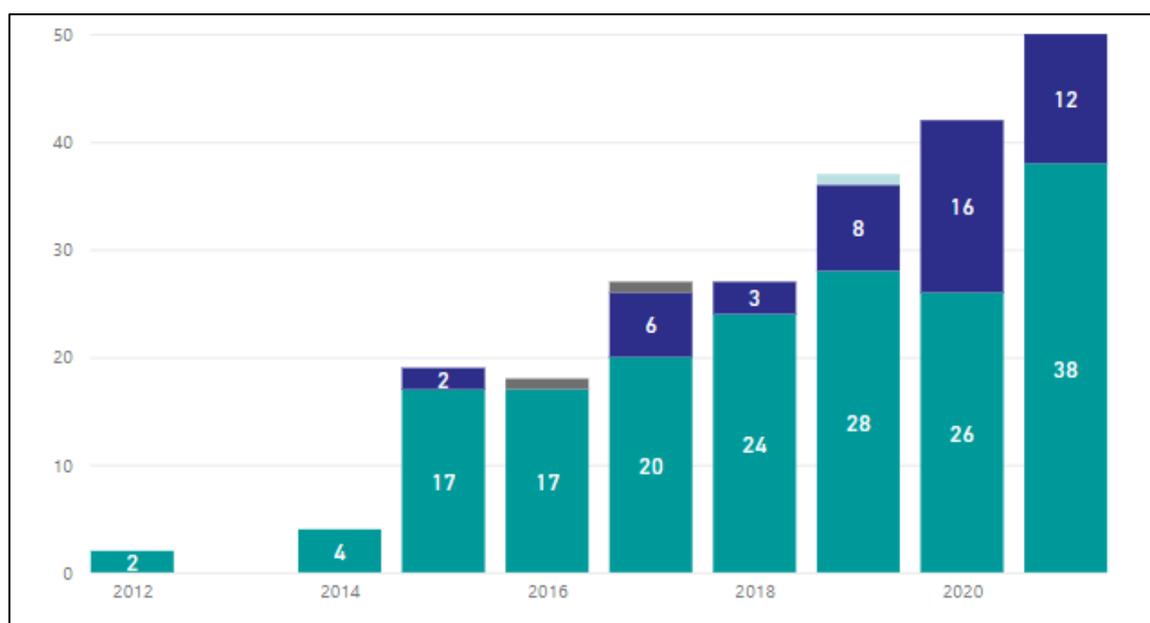


Évolution du nombre de litiges initiés année après année avec le Fonds comme défendeur

Le graphique 28 illustre l'évolution des litiges initiés contre le Fonds par type de tribunal

Graphique 28¹⁶

● Appel ● Autres ● Première instance ● Procédure Cour de cassation

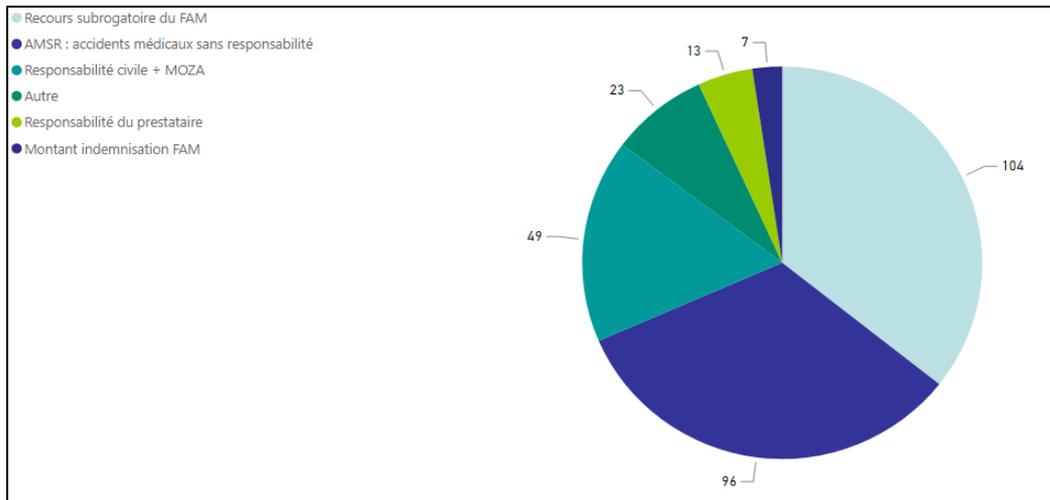


¹⁶ La partie « Autre » dans le graphique concerné concerne le Conseil d'État ou la Cour constitutionnelle.

Représentation graphique du type ou du motif du litige

Le graphique 29 donne une image globale du motif ou de l'objet du litige.

Graphique 29¹⁷



¹⁷ La partie « Autre » dans le graphique 29 concerne par exemple un contentieux sur la gravité.

b. Résultat des procédures

Tableau 15 – Le nombre de décisions prises année après année et le résultat de ces décisions													
Année du jugement	Résultat des procédures introduites <u>par</u> le Fonds en première instance		Résultat des procédures introduites <u>par</u> le Fonds en appel		Résultat des procédures introduites <u>par</u> le Fonds devant la Cour de Cassation		Résultat des procédures introduites <u>contre</u> le Fonds en première instance		Résultat des procédures introduites <u>contre</u> le Fonds en appel		Résultat des procédures introduites <u>contre</u> le Fonds devant la Cour de Cassation		Nombre total de décisions par an
	Le Fonds en qualité de demandeur						Le Fonds en qualité de défendeur						
FAM	Avantage	Désavantage	Avantage	Désavantage	Avantage	Désavantage	Avantage	Désavantage	Avantage	Désavantage	Avantage	Désavantage	
2015	NL						1						1
	FR												
2016	NL						1	7					8
	FR	1											1
2017	NL	1						3					4
	FR	1	1				3	3					8
2018	NL	3	4		2		3	9	2				23
	FR	1	1				1	1	1	1			6
2019	NL	2	4		3		1	9	2	2			23
	FR	1	2		2			1					6
2020	NL	3	1	1	3		1	9	5		1		25
	FR				1		1	2		1			5
2021	NL	3						3			1		7
	FR		1					1			1		3
Total		16	14	1	11		3	30	34	6	4		120

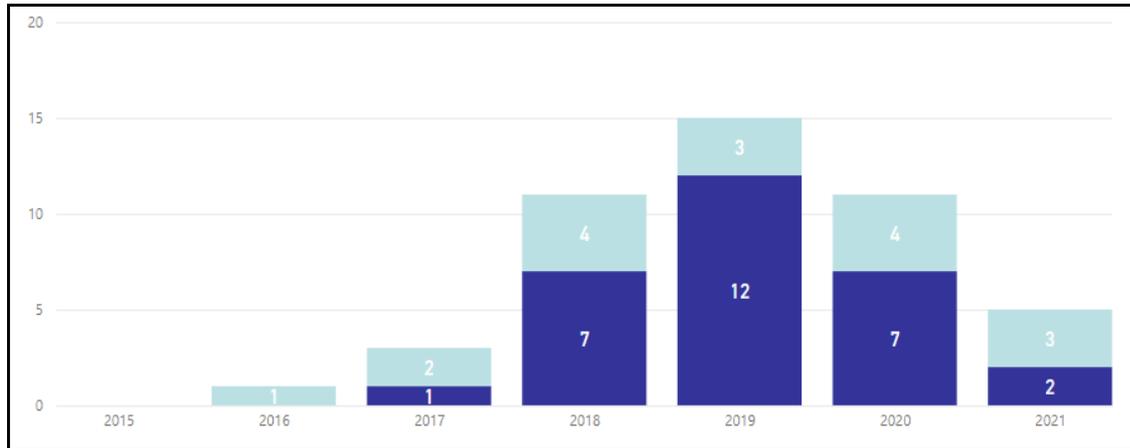
Source : Fonds des accidents médicaux

Le tableau 15 montre le nombre de décisions et le résultat (en faveur du Fonds ou contre le Fonds) en première instance, en degré d'appel et en pourvoi en cassation avec le Fonds comme demandeur ainsi qu'avec le Fonds comme défendeur.¹⁸ Les graphiques ci-dessous illustrent l'évolution de ces résultats.

¹⁸ La partie « Autre » n'est pas incluse dans le tableau 15 car, en général, elle ne dit rien sur le résultat final du contentieux. Elle concerne généralement la nomination d'un expert judiciaire, mais aussi, bien que dans une bien moindre mesure, la compétence du juge. Dans quelques cas, nous constatons également un jugement ou un arrêt mixte (en partie fondé/en partie non fondé).

Évolution des résultats (pos/nég) année après année avec le Fonds comme demandeur.

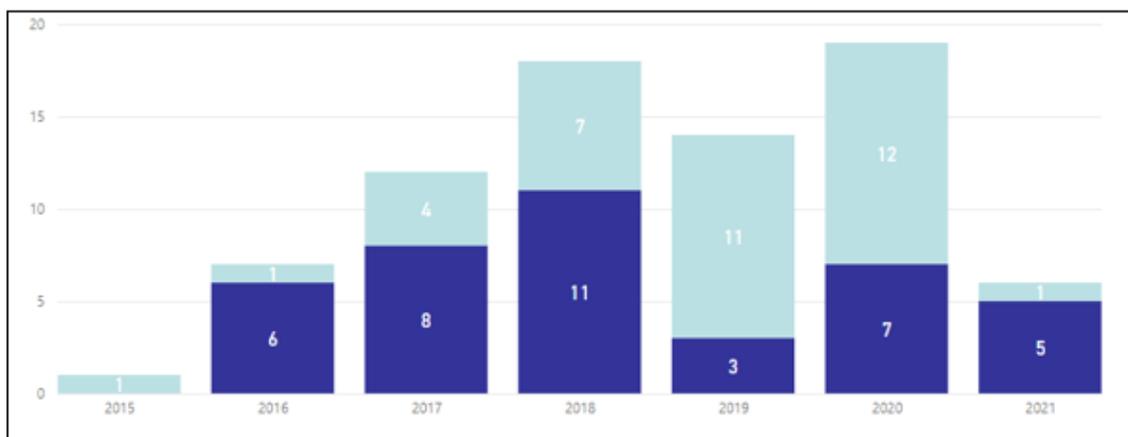
Graphique 30



● Avantage INAMI ● Désavantage INAMI

Évolution des résultats (pos/nég) année après année avec le Fonds comme défendeur.

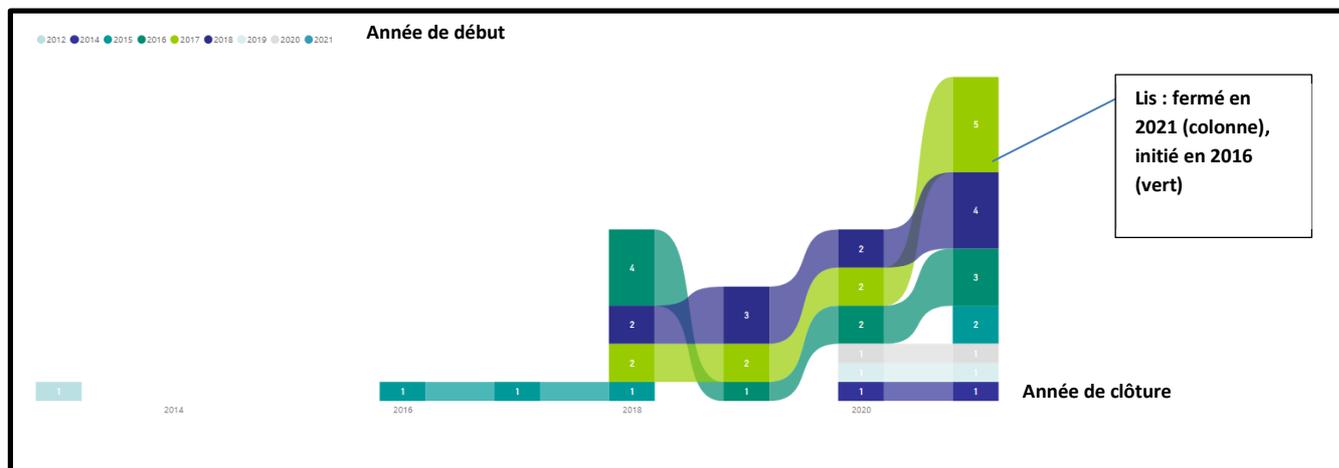
Graphique 31



● Avantage INAMI ● Désavantage INAMI

Évolution des dossiers de litiges fermés année après année

Graphique 32



Le graphique 32 montre l'évolution du nombre de dossiers de contentieux clôturés. Le graphique montre à la fois l'année de début du contentieux et l'année de clôture du dossier.

Un dossier clôturé ne signifie pas nécessairement qu'une décision du tribunal est disponible. Il est possible, par exemple, que l'une des parties renonce à la procédure en cours d'instance, donnant ainsi au dossier le statut de « clôturé ».

Partie 4

Gestion financière et encadrement

Après avoir abordé les statistiques relatives aux activités « missions » du Fonds, nous analysons le budget et le coût potentiel des différentes missions du FAM ainsi que les réalisations des années précédentes. C'est pourquoi cette 4^{ème} partie est consacrée aux informations financières, aux budgets 2021 et 2022 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 (indemnités) et une partie relative aux dépenses de fonctionnement du Fonds (budget de gestion).

Outre les chiffres relatifs aux indemnisations, nous commentons également les statistiques financières des expertises qui sont nécessaires pour l'exécution des missions du Fonds que ce soient des expertises unilatérales, contradictoires ou des demandes d'avis à des avocats et experts spécialisés.

Enfin, nous intégrons 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 ainsi que les données concernant les différentes recettes perçues par le Fonds.

I. Budgets et réalisations – Missions

Le tableau ci-dessous présente les moyens 2021 mis à disposition du Fonds pour exécuter ses missions ainsi que les réalisations pour l'année 2020.

Tableau 16		
Rubrique	Budget 2021	Réalisations 2020
8157 – Contentieux relatif aux missions de l'institution	1.035.000	726.724
8158 – Honoraires autres que pour le contentieux	315.000	298.901
80500 – Prise en charge des frais incombant aux bénéficiaires :	17.828.000	8.830.967
• Indemnisations : 11.820.000€		7.836.166
• Sinistres catastrophiques : 5.000.000€		0
• Infections nosocomiales : 0€		0
• Expertises contradictoires : 1.008.000€		994.801
TOTAL	19.178.000	9.856.592

Le tableau ci-dessous présente les moyens mis à disposition du Fonds en 2022 pour exécuter ses missions ainsi que les réalisations pour l'année 2021.

Tableau 17		
Rubrique	Budget 2022	Réalisations 2021
8157 – Contentieux relatif aux missions de l'institution	1.139.500	1.013.677
8158 – Honoraires autres que pour le contentieux	470.000	363.477
80500 – Prise en charge des frais incombant aux bénéficiaires :	19.250.000	16.965.398
• Indemnisations : 12.600.000 €		13.679.648
• Sinistres catastrophiques : 5.000.000 €		2.085.140
• Expertises contradictoires : 1.650.000 €		1.200.610
TOTAL	20.859.500	18.342.552

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 contradictoires qui seront réalisées.

Dans la suite de ce rapport, nous confrontons ces budgets avec les dépenses de missions réalisées en 2021 et plus particulièrement les dépenses liées aux expertises, qu'elles soient unilatérales ou contradictoires, et aux indemnisations.

II. Budgets et réalisations - Gestion

A côté du budget des missions (interventions), il y a 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 2020 et 2021. Les réalisations des années précédentes sont également reprises dans ces tableaux.

Tableau 18		
Rubrique	Budget 2021	Réalisations 2020
Personnel	4.797.818 (75,16%)	3.876.551
Fonctionnement ordinaire	439.845 (6,89%)	406.942
Investissements mobiliers	1.000 (0,02%)	0
Fonctionnement informatique	1.000.580 (15,67%)	1.000.580
Investissements informatiques	111.969 (1,75%)	186.738
Impôts et contentieux	32.225 (0,50%)	39.785
<u>TOTAL budget de gestion</u>	<u>6.383.437</u>	<u>5.510.596</u>

Tableau 19		
Rubrique	Budget 2022	Réalisations 2021
Personnel	5.200.000 (72,81%)	4.555.037
Fonctionnement ordinaire	448.780 (6,28%)	120.903
Investissements mobiliers	0 (0%)	868
Fonctionnement informatique	1.360.390 (19,05%)	998.484
Investissements informatiques	100.000 (1,40%)	103.158
Impôts et contentieux	32.225 (0,45%)	0
<u>TOTAL budget de gestion</u>	<u>7.141.395</u>	<u>5.778.450</u>

Parmi les dépenses prévues par le budget de gestion, on retrouve les dépenses de personnel 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.

Pour ce qui est de la répartition du budget de gestion, on constate sans surprise que les dépenses de personnel sont les plus importantes avec plus de 70% du budget que ce soit en 2021 ou en 2022. 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 2021

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 2021.

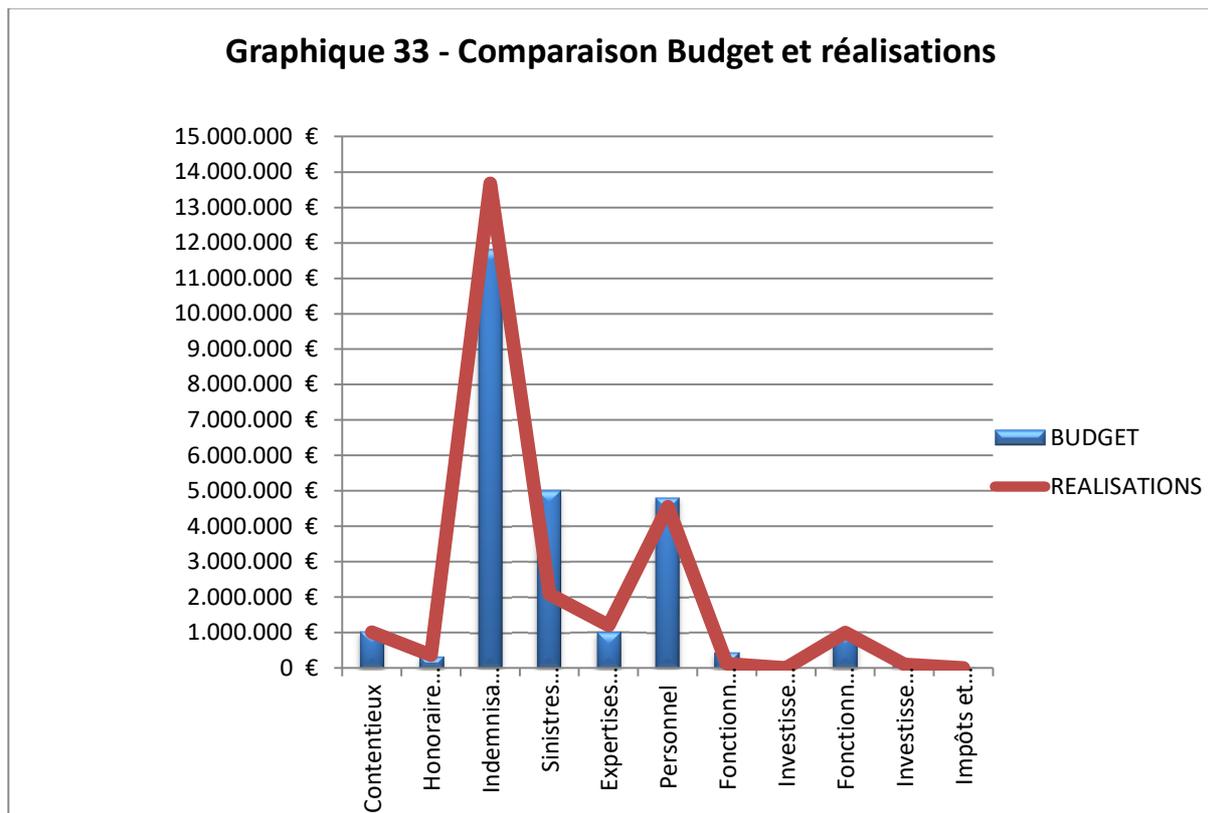
Tableau 20 – Budget et réalisations 2021 (EUR)				
Rubrique	Budget 2021	Réalisations 2021	Différence	Taux d'utilisation
Missions				
Contentieux	1.035.000 €	1.013.677 €	21.323 €	97,94%
Honoraires autres que contentieux	315.000 €	363.477 €	-48.477 €	115,39%
Indemnisations	11.820.000 €	13.679.648 €	-1.859.648 €	115,73%
Sinistres catastrophiques	5.000.000 €	2.085.140 €	2.914.860 €	41,70%
Expertises contradictoires	1.008.000 €	1.200.610 €	-192.610 €	119,11%
TOTAL Missions	19.178.000 €	18.342.551 €	835.449 €	95,64%
Gestion				
Personnel	4.797.818 €	4.555.037 €	242.781 €	94,94%
Fonctionnement ordinaire	439.845 €	120.903 €	318.942 €	27,49%
Investissements mobiliers	1.000 €	868 €	132 €	86,80%
Fonctionnement informatique	1.000.580 €	998.484 €	2.096 €	99,79%
Investissements informatiques	111.969 €	103.158 €	8.811 €	92,13%
Impôts et contentieux	32.225 €	0 €	32.225 €	0,00%
TOTAL Gestion	6.383.437 €	5.778.450 €	604.987 €	90,52%
TOTAL Global	25.561.437 €	24.121.001 €	1.440.436 €	94,36%

La première constatation est que le budget 2021 du FAM a été utilisé dans sa quasi-totalité. En effet, au niveau global, près de 95% des moyens alloués au FAM ont été utilisés afin de réaliser ses missions et d'assurer son fonctionnement quotidien. Il s'agit d'une augmentation par rapport aux années précédentes lorsque le taux d'utilisation était de 70 % voire même inférieur. Cette augmentation trouve son origine dans le budget des missions qui passe d'un taux d'utilisation de 65% en 2020 à plus de 95% en 2021. Ce résultat s'explique par une forte augmentation du nombre d'indemnités versées aux victimes d'accidents médicaux en 2021.

Il y a un dépassement budgétaire pour les postes liés aux expertises et aux indemnités classiques (< €1 million) mais qui est largement compensé par une sous-utilisation en ce qui concerne les sinistres catastrophiques.

Nous avons utilisé un peu plus de 90% du budget de gestion ce qui représente une légère diminution par rapport à l'année dernière. L'explication étant à trouver au niveau du budget de fonctionnement ordinaire qui n'a été utilisé qu'à hauteur de 27%.

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



IV. Statistiques financières concernant les missions.

Dans cette partie, nous donnons 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.

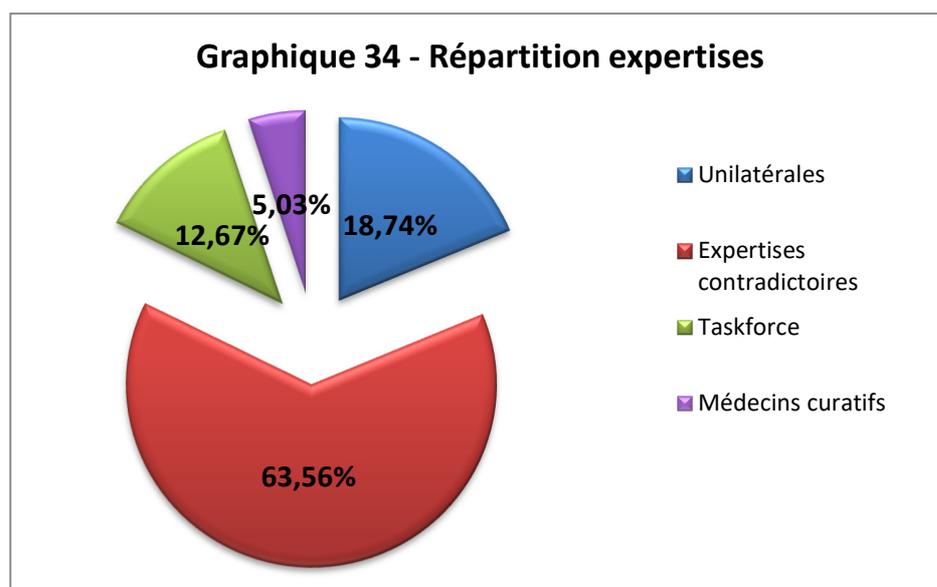
Tableau 21 – Coûts des expertises et indemnisations			
Type	Nombre d'expertises facturées / indemnisations versées	Montant total	Montant moyen
EXPERTISES	5.763	9.184.523,08 €	1.593,71 €
Unilatérales	1.080	1.215.200,64 €	1.125,19 €
Expertises contradictoires	3.663	7.794.394,44 €	2.127,87 €
Taskforce	730	146.000,00 €	200,00 €
Médecins curatifs	290	28.928,00 €	99,75 €
FRAIS D'AVOCATS	2.235	4.479.766,94 €	2.004,37 €
Demandes d'avis	543	977.581,58 €	1.800,33 €
Contentieux	1.692	3.502.185,36 €	2.069,85 €
Indemnisations (Capital)	524	43.538.805,14 €	83.089,32 €
Indemnisations (Sinitres catastrophiques)	1	862.178,66 €	862.178,66 €
Indemnisations (Rentes)	122	161.440,13 €	1.323,28 €
TOTAL	8.645	58.226.713,95 €	-

Les expertises contradictoires restent toujours bien plus nombreuses que les expertises unilatérales. Les proportions d'expertises contradictoires et unilatérales dans l'ensemble des expertises menées par le Fonds sont respectivement de 63,56% et 18,74% (graphique 34).

On constate également, en 2021, l'apparition de deux nouveaux types d'expertises:

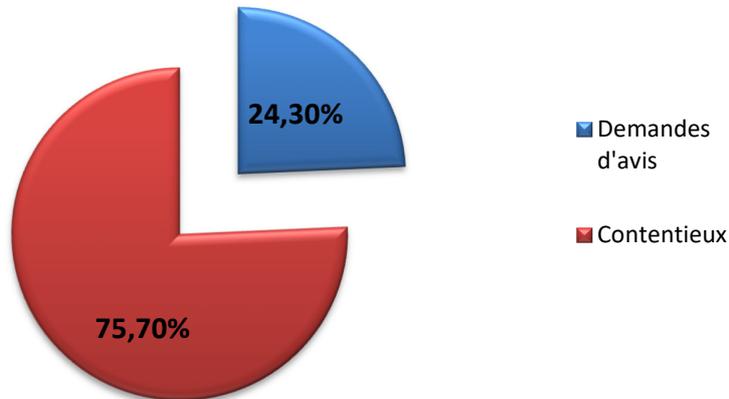
- les expertises liées à la mise en place de la Taskforce pour aider temporairement le Fonds à se réorganiser et à rattraper son retard dans le traitement des dossiers ;
- les analyses de dossiers réalisées par des médecins curatifs pour accélérer le traitement de certains dossiers.

Étant donné que ces deux types d'expertises ne sont apparues qu'en 2021, elles représentent moins de 20% des expertises réalisées.



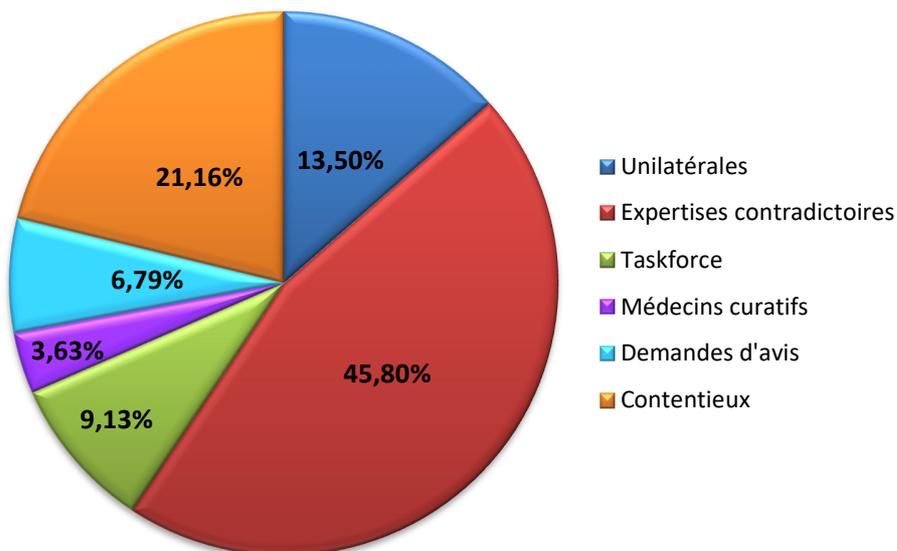
Nous constatons que 75% des demandes concernent la représentation du Fonds dans le cadre de procédures juridiques. C'est une augmentation d'environ 7% qui confirme la tendance de l'année dernière (+7% également en 2020). En effet, le nombre de dossiers portés devant les tribunaux est en constante augmentation 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 qui est de plus en plus faible au fil des années.

Graphique 35 - Répartition des demandes aux avocats



Les graphiques 34 et 35 nous permettent d'identifier qu'environ 72% des factures concernent des expertises demandées dans le cadre du traitement d'un dossier. Les factures relatives à des frais d'avocats représentant donc environ 28% des factures honorées. Ce constat est assez stable par rapport à l'année dernière où l'on constatait une répartition de 70% pour les factures relatives à des expertises et de 30% pour les frais d'avocats.

Graphique 36 - Répartition par type de factures



La mise en place de la Taskforce a permis de diminuer la proportion des expertises contradictoires de 8% et celle des expertises unilatérales de 3%. Ce qui a pour conséquence de diminuer le coût global des expertises étant donné le coût moyen très faible de ces expertises par rapport aux expertises unilatérales et contradictoires.

Plus précisément, si on analyse le coût de chaque type d'expertise, on constate que les expertises contradictoires représentent le coût le plus élevé, soit un coût moyen de 2.127,87 € par facture. Ensuite viennent les expertises judiciaires avec un coût moyen de 2.069,85 € par facture, les demandes d'avis avec un coût moyen de 1.800,33 € par facture et les expertises unilatérales avec un coût moyen de 1.125,19 € par facture. Enfin, il y a les coûts de deux projets pilotes. Un premier projet, mis en place avec les médecins de la Taskforce, portait sur l'évaluation de la gravité et de la cause des dommages et prévoyait un forfait par dossier de 200 euros. Le deuxième projet a été mené en collaboration avec le secteur curatif et prévoyait un dédommagement de payer 100 euros en faveur du médecin du patient.

Les indemnisations

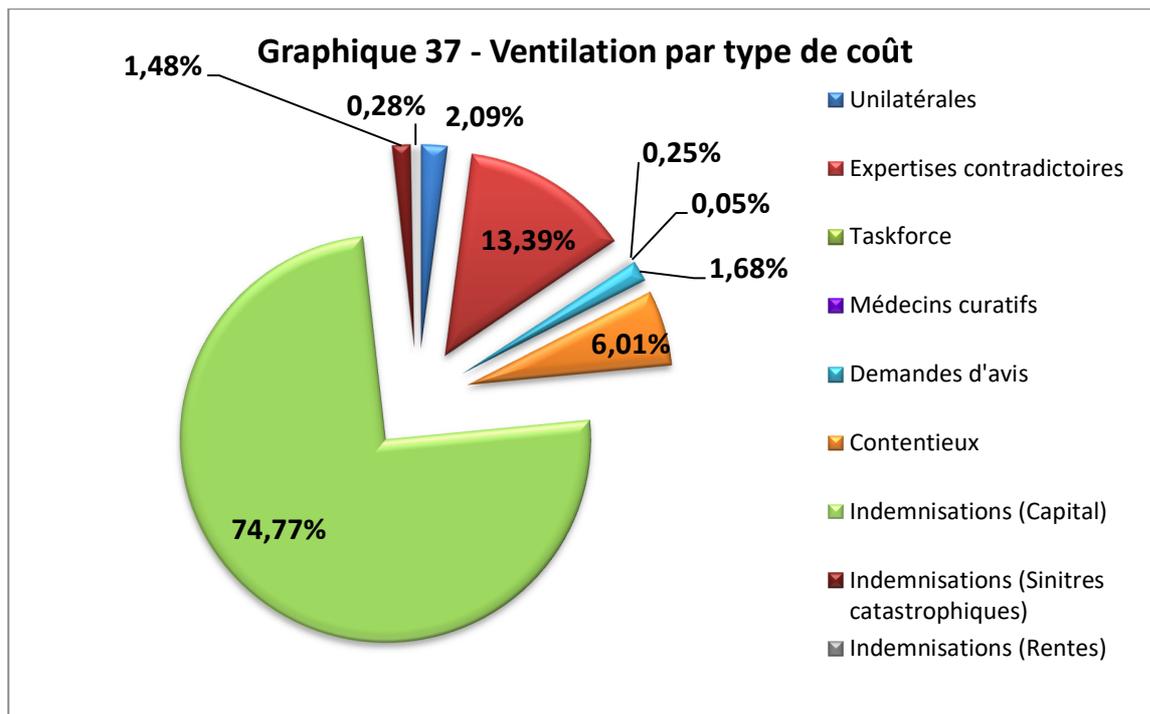
Au 31/12/2021, le Fonds a versé un total de 524 indemnisations. En 2021, nous avons payé 159 indemnisations. Le Fonds a également versé 122 rentes mensuelles et/ou annuelles dans le cadre de 5 dossiers d'indemnisations. Ces rentes ne sont pas comprises dans les 524 indemnisations mentionnées ci-dessus. 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.

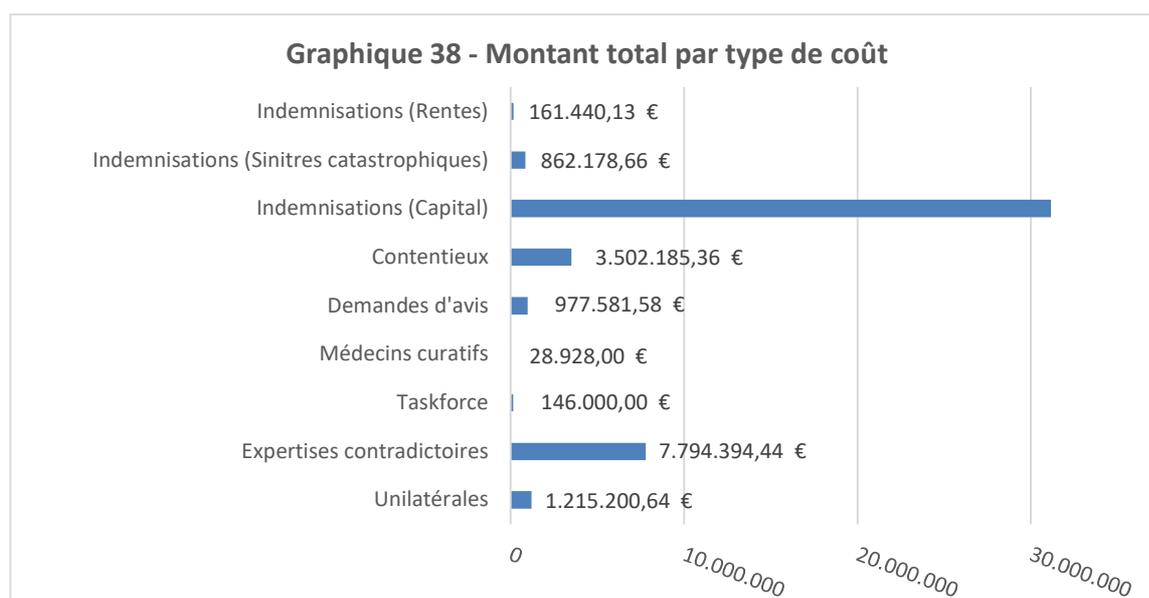
Le tableau ci-dessous nous donne une vue, mois par mois, du montant des indemnisations (rentes incluses) payées par le Fonds sur les cinq dernières années.

Tableau 22 – Indemnisations payées par le Fonds (EUR)					
Mois	2017	2018	2019	2020	2021
Janvier	86.479,45 €	285.523,10 €	521.361,09 €	833.964,98 €	688.263,20 €
Février	649.349,50 €	404.444,09 €	1.253.431,20 €	1.123.910,45 €	828.869,27 €
Mars	351.423,55 €	371.501,02 €	457.445,19 €	1.027.410,15 €	937.088,86 €
Avril	1.505.723,32 €	456.491,33 €	601.514,04 €	969.580,92 €	835.481,65 €
Mai	312.769,76 €	363.930,07 €	446.993,97 €	110.176,45 €	996.796,69 €
Juin	219.610,56 €	1.167.514,26 €	336.663,25 €	634.729,02 €	645.924,89 €
Juillet	913.980,45 €	14.509,79 €	761.052,19 €	679.377,43 €	1.378.661,44 €
Août	148.017,70 €	317.362,01 €	39.037,54 €	328.055,40 €	2.691.057,93 €
Septembre	472.500,58 €	56.841,34 €	351.549,45 €	544.838,14 €	1.407.023,60 €
Octobre	781.846,02 €	142.535,02 €	34.614,66 €	1.170.907,62 €	1.878.564,49 €
Novembre	74.191,75 €	279.481,05 €	297.872,22 €	142.809,18 €	960.775,76 €
Décembre	1.161.551,07 €	369.199,92 €	618.718,61 €	889.301,43 €	866.396,20 €
TOTAL	6.677.443,71 €	4.229.333,00 €	5.720.253,41 €	8.455.061,17 €	14.114.903,98 €

En 2021, nous avons dépensé un montant total d'indemnisations singulièrement plus élevé qu'au cours des années précédentes. En effet, en un an à peine le montant des indemnisations versées est passé d'environ 8,5 millions d'euros à plus de 14 millions d'euros. Il s'agit d'un bond de 67 %. Cela démontre les efforts importants réalisés pour accélérer le traitement des dossiers et indemniser un maximum de victimes dans un délai le plus raisonnable possible.

De plus, les montants versés en indemnisations sont bien plus importants que les montants décrits précédemment dans ce rapport concernant les expertises et frais d'avocats. Le montant total des indemnisations représente plus de 74% du montant total des frais encourus par le Fonds depuis sa création.





En 2020, le Fonds a reçu, dans le cadre de 5 dossiers de récupération, tout ou une partie des montants versés suite à une indemnisation, et ce pour un montant total d'un peu moins de 400.000 €. L'année dernière également, nous signalions que l'on pouvait s'attendre, dans les prochaines années, à voir augmenter le montant des récupérations suite à une indemnisation et 2021 confirme déjà ce pronostic. En effet, en 2021, le Fonds a reçu un montant total de 532.966,41 € dans le cadre de 12 dossiers de récupération, ce qui représente une augmentation de plus de 140.000€ par rapport à 2020.

Le tableau ci-dessous permet de constater l'ensemble des montants récupérés et reçu par le Fonds depuis 2016 classés en trois catégories : les frais de justice, les honoraires divers et les indemnités.

Les frais de justice étant constitués de montants à récupérer suite à une décision judiciaire comme certaines indemnités de procédure et les honoraires divers étant des récupérations de montants indus d'expertises par exemple.

Tabel 23 – Les montants récupérés par le Fonds			
Année	Frais de justice	Honoraires divers	Indemnités
2016	1	4	0
	1.537,94 €	4.225,59 €	0,00 €
2017	0	3	0
	0,00 €	17.800,00 €	0,00 €
2018	6	3	0
	50.970,38 €	3.980,39 €	0,00 €
2019	10	6	2
	24.746,84 €	7.347,22 €	78.239,40 €
2020	4	3	5
	5.553,43 €	1.026,45 €	392.889,08 €
2021	6	3	12
	10.031,81 €	33.437,36	532.966,41 €
Total nombre	27	21	19
Total montant	92.840,40 €	67.780,74 €	1.004.094,89 €

On constate bien évidemment que le montant d'indemnités constitue (cf. tableau 23) la principale catégorie des montants récupérés puisqu'il représente plus de 86% de celles-ci.

Partie 5

Autres activités

En raison de la pandémie de COVID-19, aucune activité externe n'est à signaler telles que des présentations en déplacement, des formations pour externes, une concertation physique avec des externes ou des stages.