



# Rapport d'activités du Fonds des accidents médicaux 2015



# Sommaire

Préface .....	3
Mot de la direction .....	5
Partie 1 - Missions du Fonds des accidents médicaux.....	7
I. Introduction.....	8
II. Mission d’avis, d’indemnisation et de médiation (Art.8, § 1 <sup>er</sup> ).....	8
III. Mission de prévention, d’enregistrement et de reporting.....	9
Partie 2 - Organe de gestion.....	11
Comité de gestion dans le cadre de l’intégration du FAM au sein de l’ INAMI.....	12
Partie 3 - Structure administrative et équipe.....	15
I. Organigramme du Fonds des accidents médicaux. ....	16
II. Outils.....	18
Partie 4 - Statistiques d’activités « missions » de la période analysée et commentaires.....	19
I. Statistiques call center .....	20
II. Statistiques d’activités – Missions.....	24
1. Dossiers ouverts, fermés et rouverts et répartition linguistique.....	24
2. Répartition des dossiers par phase .....	28
3. Répartition géographique des dossiers .....	31
4. Répartition des dossiers par lieu (type) de la prestation de santé en lien avec l’accident médical déclaré.....	33
5. Répartition des dossiers par introducteur de la demande.....	34
6. Répartition du nombre de dossiers déposés et ouverts par mois.....	35
7. Répartition du nombre de dossiers clôturés par mois en phase 1, 2 et 3.....	37
8. Nombre de dossiers recevables et irrecevables et répartition linguistique .....	38
9. Avis.....	40

## Partie 4 bis - Statistiques médicales..... 41

I. Considérations générales .....	42
1. L'encodage .....	42
2. Limitations des chiffres actuels.....	42
3. Explications concernant la présentation des chiffres .....	42
II. Statistiques .....	43
Les chiffres relatifs aux dossiers.....	43
III. Autres activités des médecins .....	52
1. Les médecins internes .....	52
2. Le réseau d'experts externes.....	52
3. Présentations .....	52
4. 'Consentement libre et éclairé' .....	53

## Partie 5 - Informations financières « missions » ..... 55

I. Budget 2015 et 2016 – Missions .....	56
Commentaires .....	57
II. Budget 2015 et 2016 – Gestion.....	58
III. Statistiques financières concernant les missions.....	59

## Partie 6- Recommandations pour prévenir les dommages résultants de soins de santé..... 67

## Partie 7 - Avis du Fonds..... 69

Positions concernant l'expertise contradictoire et la notion de caractère contradictoire à travers les différentes phases de l'analyse de la demande.....	70
La mission d'expertise .....	70

# Préface

Cher lecteur, chère lectrice,

Depuis sa création, le Fonds s'efforce de répondre au mieux à toutes les attentes, qu'elles se manifestent dans le cadre d'une situation où la responsabilité d'un ou de plusieurs prestataires de soins peut être impliquée ou qu'il s'agisse d'un accident médical sans responsabilité.

Dans ce quatrième rapport d'activités, l'attention porte sur l'évolution des activités du Fonds ainsi que sur les difficultés auxquelles celui-ci est confronté.

La rubrique relative aux statistiques des activités vous est présentée de la même façon que dans le rapport d'activités précédent. Une comparaison est faite avec l'année 2013 et, pour certains aspects, avec la situation au 1er septembre 2012, date à laquelle le Fonds a entamé ses activités. Sur cette base, il est possible d'analyser l'évolution des données, plus particulièrement en ce qui concerne le nombre de dossiers introduits et clôturés, le type de prestations de santé, le lieu de l'accident, la répartition linguistique et géographique...

Lors de l'année civile précédente, le Fonds a reçu mensuellement une cinquantaine de nouvelles demandes et le Fonds a procédé à des indemnisations dans 11 dossiers. Depuis la création du Fonds, 3150 demandes ont été comptabilisées à la fin décembre. Dans le cadre de la procédure gratuite et accessible à tous, le Fonds examine tous les dossiers qu'il reçoit car aucun seuil de recevabilité n'est prévu pour l'introduction d'une demande d'avis. La répartition linguistique entre les dossiers néerlandophones et les dossiers francophones est proche de la répartition 50/50.

Outre les statistiques générales, des informations sont fournies concernant la situation relative aux deux grandes phases du traitement des dossiers. L'accent est également mis sur le délai existant entre l'ouverture d'un dossier et son état d'avancement en 2015. L'écart par rapport au délai légal y est également mentionné. Malgré les efforts soutenus de l'équipe du Fonds en charge du traitement des dossiers, il convient de mentionner à ce niveau un fort ralentissement dont les causes sont explicitées dans le rapport. Vu l'état d'avancement actuel des dossiers, aucune recommandation ne peut être formulée pour l'instant en vue de la prévention de dommages résultant de soins médicaux. Par ailleurs la rubrique relative aux statistiques financières souligne entre autres les coûts des expertises nécessaires à la bonne exécution des missions du Fonds.

Le Comité de gestion veille en particulier à ce que le Fonds dispose des moyens nécessaires pour accomplir sa mission. Il analyse plus particulièrement les rapports régulièrement établis quant à l'évolution des dossiers et il détermine, au moyen des indicateurs de gestion, les phases qui suscitent des problèmes. Il assiste également l'administration dans la recherche de solutions. Les directives formulées en mai 2014 ont été complétées en 2015, tandis que la préparation du masterplan 2014 a fait l'objet d'un suivi scrupuleux en collaboration avec la direction générale du Fonds afin de pouvoir faire face au retard, qui reste très important, et d'assurer le traitement du flux continu de dossiers dans des délais les plus courts possible.

C'est essentiellement la phase 2 du traitement des dossiers qui dure trop longtemps. Il s'agit plus particulièrement de l'examen médical et juridique du dossier, en fonction duquel le Fonds peut émettre un avis. Une des mesures prévues pour s'attaquer au problème du retard est d'étendre les effectifs en personnel (juristes et médecins) et de faire appel à des bureaux d'experts juridiques externes. Les trois quarts des recrutements prévus ont entre-temps pu être réalisés mais quelques personnes ont aussi quitté le Fonds. Le Fonds a également entrepris des démarches en vue aussi de compléter le réseau d'experts, plus particulièrement dans les secteurs où le besoin est plus prononcé et là aucun expert disposé à travailler pour le Fonds n'a pu être encore trouvé. La recherche d'experts de qualité est un souci permanent.

Par ailleurs, les différents projets technologiques lancés en 2013 ont été poursuivis afin d'améliorer et d'accélérer l'exécution des activités du Fonds. Le projet DAMO (Dossier Accidents Médicaux/Medische Ongevallen) a été développé en 2015 et il est à espérer qu'il permette, en 2016, d'optimiser la gestion des dossiers et le fonctionnement du Fonds. Cette application permettra d'affiner l'analyse des données relatives aux accidents médicaux pour pouvoir formuler des recommandations en matière de prévention.

Le Comité de gestion est bien conscient des attentes vis-à-vis du Fonds et du grand défi que ce dernier doit relever. Avec le directeur venu renforcer l'équipe le 31 décembre dernier et toute l'équipe du Fonds qui fait preuve d'un dévouement particulier, le Comité continuera à s'investir pour la réalisation de la mission sociale du Fonds des accidents médicaux. Le renforcement de l'équipe devrait permettre un traitement plus rapide des dossiers et la remise d'avis de qualité ainsi que la formulation de recommandations dans un objectif de prévention. En effet, l'enjeu est immense, dans l'intérêt de tout un chacun.

Geneviève Schamps

Présidente du Comité de gestion

Steven Lierman

Vice-Président du Comité de gestion

## Mot de la direction

2015 est la troisième année complète de fonctionnement du Fonds des Accidents Médicaux (FAM), un service public intégré à l'INAMI depuis mai 2013 comme troisième secteur de l'Assurance Soins de Santé et Indemnités.

La mise en place du FAM correspondait à la volonté politique de gérer les accidents médicaux dans le contexte de l'assurance soins de santé. L'État indique qu'il convient d'assurer (dans tous les sens du mot) un traitement public, par avis ou indemnisations, des dommages découlant d'une prestation de santé. Il s'agit donc d'un système d'indemnisation sociale et publique qui prend en compte les accidents et les dommages résultant du système de soins de santé mis en place notamment via l'assurance soins de santé. Il s'agit d'un système parallèle (ou) complémentaire à la voie judiciaire pour obtenir éventuellement la reconnaissance d'un accident médical, la responsabilité, mais aussi l'indemnisation éventuellement des dommages à charge du prestataire responsable ou du Fonds dans les conditions prévues par la loi du 31 mars 2010.

En tant que directeur du FAM, avec toute l'équipe, et les partenaires au sein du Comité de gestion ainsi que notre réseau d'experts externes, je suis fière et profondément engagée pour relever ce défi de l'assurance Soins de Santé et Indemnités.

Je suis donc parfaitement consciente de l'importance de cette mission, tant pour les demandeurs que pour les prestataires. Ce rapport d'activité est là pour en rendre compte, tant dans ses avancées que dans ses difficultés, le plus lucidement et objectivement possible.

En 2015, 606 nouvelles demandes ont été adressées au FAM, ce qui correspond à environ 50 nouvelles demandes par mois. Depuis le lancement du FAM, nous avons reçu à la date du 31.12.2015 3170 demandes.

Mais vous pouvez aussi constater qu'environ 19% des demandes étaient clôturées et donc qu'environ 81% étaient encore en traitement au 31.12.2015, principalement en phase 2 (analyse médicale et juridique interne et externe (expertise)), avant de déboucher sur un avis du FAM.

Il n'y a pas assez d'avis finalisés (ce qui est la première et principale mission d'analyse et de traitement des demandes) et donc peu d'indemnisations (ce qui est la seconde mission). En d'autres termes, un grand nombre de dossiers qui s'accumulent, engendrent un retard important et des périodes d'attentes avant qu'ils ne puissent être traités.

Le Masterplan, introduit par les organes de direction et de gestion du FAM en mai 2014, avait comme objectif principal le renforcement important de l'équipe interne, le suivi des indicateurs de gestion pour le suivi des différentes sous-phases et la collaboration avec des personnes externes.

On a procédé à différents recrutements en 2015 mais cela n'a pas suffi à remplir tous les postes prévus. Un certain nombre de collaborateurs ont quitté le FAM et ont été remplacés.

Le FAM est néanmoins parvenu à émettre un grand nombre d'avis en 2015 et les premières propositions d'indemnisation ont également été formulées.

Par contre, il faut continuer à poursuivre le renforcement de l'équipe et l'extension de notre réseau d'experts médicaux. Nos processus pour un traitement plus rapide doivent être assouplis sans pour autant perdre en qualité.

En collaboration avec l'INAMI, le FAM met tout en œuvre afin de jouer pleinement son rôle, tant sur le plan des demandes individuelles que des recommandations collectives. J'espère qu'à l'avenir, le FAM pourra poursuivre la voie prise en 2015 et qu'il pourra finalement travailler dans des délais plus compatibles avec les attentes des divers intervenants et de la société.

Mia Honinckx

Adviseur-général, directeur FAM



# Partie 1

## Missions du Fonds des accidents médicaux



## I. Introduction

L'intégration du FAM comme 6<sup>ème</sup> service de l'INAMI, à dater du 1<sup>er</sup> avril 2013, n'a pas eu de conséquences sur les missions qui lui ont été confiées lors de sa création.

Les missions du FAM sont décrites à l'article 8 de la loi sur les accidents médicaux du 31 mars 2010. (Loi 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 FAM remplit en outre des missions générales dans le cadre de l'enregistrement, du reporting et de la prévention.

Voici une brève description de chaque mission dont le FAM est chargé.

## II. Mission d'avis, d'indemnisation et de médiation (Art.8, § 1<sup>er</sup>)

Les fonctions susmentionnées constituent la mission principale du FAM. Elles supposent en effet que le FAM doit :

- 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 FAM 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 FAM 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.

### III. Mission de prévention, d'enregistrement et de reporting

La mission de prévention du FAM 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.

Le FAM 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.



# Partie 2

## Organe de gestion



# Comité de gestion dans le cadre de l'intégration du FAM au sein de l'INAMI

Le Fonds des accidents médicaux a été initialement créé en tant qu'organisme public doté d'une personnalité juridique propre, classé dans la catégorie B prévue par la loi du 16 mars 1954 relative au contrôle de certains organismes d'intérêts publics.

Conformément aux dispositions de la loi précitée, le FAM disposait d'un Conseil d'administration (C.A.) chargé de veiller à l'accomplissement de ses diverses missions, telles que décrites dans la première partie de ce rapport.

L'intégration du FAM au sein de l'INAMI a entraîné la suppression du conseil d'administration (suppression effective le 1er avril 2013) qui a été remplacé par un Comité de gestion (C.G.) (Art. 27 de la loi du 19 mars 2013 portant dispositions diverses en matière de santé (I), M.B., 29 mars 2013, ed. 2, p. 20188). La création de ce Comité de gestion, suite à l'intégration, garantit l'autonomie du nouveau service dans l'exécution et le suivi de ses missions légales.

La composition prévue pour le Comité de gestion est identique à ce qui existait pour le Conseil d'administration avant l'intégration.

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 FAM 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*.

La disposition transitoire insérée dans la loi qui réalise l'intégration (loi du 19 mars 2013), permet aux commissaires du gouvernement et aux membres du Conseil d'administration du FAM, en fonction au moment de l'entrée en vigueur de cette loi, de poursuivre leur mandat (jusqu'à la fin de celui-ci) en qualité de membres du Comité de gestion en évitant une nouvelle nomination ou un nouveau mandat via arrêté royal, et assure ainsi la continuité entre le FAM OIP catégorie B et le fonds, nouveau service de l'INAMI.

Contrairement la situation existante avant l'intégration du FAM au sein de l'INAMI, une disposition légale définit à présent clairement les compétences du Comité de Gestion (article 137 quinquies de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994).

Le **Comité de gestion** du FAM :

- 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
- donne un avis au Comité général 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.

Aujourd'hui, le Comité de gestion continue de travailler avec un système de groupes de travail (G.T.) établis en soussein qui fonctionne exactement comme à l'époque du conseil d'administration. A cet égard, il existe une continuité très claire entre les deux organes.

En dehors des actes posés par le Comité de gestion dans le cadre de ses compétences générales énumérées (points 1 à 6) ci-dessus, ce dernier est également amené à prendre d'autres décisions importantes. Celles-ci sortent clairement du cadre de ses activités courantes tout en relevant de ses compétences.

Il s'agit pour le Comité de gestion de prendre des décisions à caractère plus stratégique ou organisationnel. Le Comité de gestion peut également être amené à énoncer des recommandations destinées à prévenir la survenance d'accidents médicaux.

Parmi ces décisions à caractère stratégique ou organisationnel, les suivantes peuvent être mentionnées:

- l'approbation par le Comité de gestion des conclusions des GT concernant la rédaction et l'utilisation de la mission d'expertise, la structure des avis définitifs rendus par le FAM, la rédaction et l'utilisation des templates par l'administration, la validation des BPM (Business Process Model), phase 1 et 2, description et procédures internes à l'administration du FAM, le caractère gratuit de la procédure et des postes de dommages indemnifiables, la publication des avis sur le site web du FAM, l'approbation de l'algorithme et des indicateurs permettant de définir le concept de "dommage anormal"
- directives du Comité de gestion (04/06/2014) pour résorber l'arriéré et assurer le traitement du flux continu des dossiers (Master plan). Envoi de dossiers à des sous-traitants
- démarches entreprises pour augmenter le personnel.

**Tableau des réunions du C.G. et GT en 2015**

Comité de gestion	Groupe de travail
13/02/2015	13/02/2015
24/4/2015	29/5/2015
12/6/2015	19/6/2015
17/9/2015	17/9/2015
12/11/2015	12/11/2015
18/12/2015	18/12/2015

Source : Fonds des Accidents Médicaux



# Partie 3

## Structure administrative et équipe



# I. Organigramme du Fonds des accidents médicaux

Au 31 décembre 2014, la situation du personnel du Fonds des accidents médicaux était la suivante :

Tableau 1 : cadre du personnel				
Q	Fonction	Rôle linguistique	Date d'entrée en fonction	Sexe
1	Directeur	NL	31.12.2015	♀
1	Juriste coordinateur	FR	2010	♂
1	Juriste coordinateur	NL	2010	♀
1	Médecin coordinateur senior	NL	Démission données 2015	♂
1	Médecin Junior	NL	2013	♀
1	Médecin Junior	NL	01.10.2015	♀
1	Médecin Junior	NL	01.10.2015	♀
1	Médecin Junior	NL	2014	♀
1	Médecin Junior	NL	2014	♂
1	Médecin Junior	FR	01.07.2015	♀
1	Médecin Junior	FR	2014	♂
1	Médecin Junior	FR	2014	♀
1	Médecin Junior	FR	01.10.2015	♀
1	Secrétariat	FR	01.12.2015	♀
1	Secrétariat	NL	2012	♀
1	Assistant scanning	FR	01.09.2015	♀
1	Assistant scanning	NL	2013	♀
1	coordinateur	FR	2011	♂
1	juriste	FR	2012	♂
1	juriste	FR	2013	♀
1	juriste	FR	2014	♂
1	juriste	FR	2014	♀
1	juriste	FR	2014	♀
1	juriste	NL	01.06.2015	♀
1	juriste	NL	2012	♀
1	juriste	NL	01.06.2015	♀
1	Gestionnaire de dossiers	FR	2013	♀
1	Gestionnaire de dossiers	FR	2014	♀
1	Gestionnaire de dossiers	FR	2012	♀
1	Gestionnaire de dossiers	NL	2014	♂
1	Gestionnaire de dossiers	NL	2013	♂
1	Gestionnaire de dossiers	NL	2014	♀
0,5	Économiste	FR	2012	♂
1	ICT Coordinateur	NL	2011	♂
1	Directeur	NL	31.12.2015	
45,5 Cadre du personnel 2014				
33,5 En service ou engagé				
12 À engager				
Source : Fonds des accidents médicaux				

Les différentes actions de recrutement réalisées en 2015 au niveau du personnel peuvent être synthétisées comme suit :

Tableau 2 : personnel recruté en 2015			
Q	Fonction	Rôle linguistique	Sexe
1	conseiller général (directeur)	NI	♀
2	médecin junior	NI	♀
2	médecin junior	Fr	♀
1	support administratif B	Fr	♀
1	support administratif C	Fr	♀
2	juriste junior	NI	♀
9	Personnes engagées en 2015	5NI/4Fr	♀
7	agents niveau A	5NI/2Fr	♀
1	agents niveau B	Fr	♀
1	agents niveau C	Fr	♀

Source : Fonds des accidents médicaux

Tableau 3 : personnel parti en 2015			
Q	Functie	Taalrol	Geslacht
1	Médecin coordinateur senior	NI	♂
2	médecin junior	Fr	♀
1	Juriste (mutation)	NI	♀
2	gestionnaire dossiers	Fr	♀
1	Gestionnaire de dossiers	NI	♀

Source : Fonds des accidents médicaux

Le cadre du personnel 2014 (Master Plan mai 2014) n'a pas été modifié en 2015. Fin 2015, 33,5 personnes étaient en service. 12 emplois sont encore vacants. La sélection et le recrutement seront poursuivis en 2016.

Comme exposé dans les rapports d'activités 2013 et 2014, deux marchés publics ont été clôturés durant la période considérée afin de constituer un réseau d'experts, tant sur le plan juridique que médical. Ce réseau est destiné à permettre au FAM d'exécuter ses missions.

Comme en 2014, le FAM a également sollicité ses experts, tant sur le plan médical que juridique en 2015. Au niveau médical, le FAM a fait appel à ses experts pour diligenter des expertises unilatérales et contradictoires en exécution de l'article 17 §§ 1 et 2 de la loi du 31 mars 2010. Ces expertises sont indispensables pour permettre au FAM de rendre des avis circonstanciés concernant les causes et circonstances des accidents médicaux portés à sa connaissance.

Le FAM a essayé en 2015 de compléter son réseau d'experts, d'une part parce que les experts recrutés dans le cadre des marchés publics finalisés en 2015 ne suffisaient pas pour faire face à l'afflux de demandes introduites, d'autre part parce que leur expertise n'est pas toujours suffisante. Ces démarches ont permis de trouver des experts prêts à travailler avec le FAM dans le cadre de contrats de prestation de services particuliers, en attendant de pouvoir prendre part à de nouvelles procédures de marchés publics.

En 2015, une nouvelle procédure relative à ces marchés publics spécifiques a été préparée dans le but de publier ces nouveaux marchés publics en 2016.

À l'exception des experts médicaux, le FAM a également sollicité son réseau d'experts juridiques en 2015.

Des avocats ont donc dû être désignés pour assurer la représentation du FAM.

En outre, le FAM fait également régulièrement appel à des juristes extérieurs de son réseau pour accomplir des recherches ou fournir des éclairages utiles pour l'accomplissement de ses missions.

## II. Outils

En 2015, le développement d'une série d'importants projets technologiques débutés en 2013 a été poursuivi :

- le projet DAMO, acronyme de « Dossier Accidents Médicaux - Medische Ongevallen ». Ce projet vise le développement et la mise en pratique d'une application informatique permettant la gestion et le traitement de types d'informations structurées et non structurées dans le contexte d'un dossier, et dont l'accès à ces informations est sécurisé ;
- le développement d'une technologie permettant d'envoyer des communications écrites entrantes et sortantes, de manière numérique et informatisée, au départ et à destination du dossier électronique (projet IOC) ;
- un système de gestion de la sécurité de l'information. Dans le cadre de ce programme, des actions ont été entreprises en vue d'améliorer le stockage des données médicales; la préparation des audits de pré-certification a été entamée.

Le lancement du projet DAMO a été précédé d'une période de travail intensif sur la description des processus de travail et la définition des besoins fonctionnels pour le FAM que la technologie doit satisfaire. Sur la base de la phase de test, qui a été annoncée dans le rapport précédent, une adaptation des processus et une nouvelle phase de test se sont avérés nécessaires. Cette nouvelle phase de test se poursuivra en 2016.

Partie 4

Statistiques d'activités  
« missions » de la période  
analysée et commentaires



Dans cette partie, les statistiques d'activités « missions » seront présentées. Le FAM étant actif depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2012, il est intéressant de mettre en évidence certaines tendances. Dans un premier temps, les statistiques du call center seront abordées. Celles-ci permettront notamment de voir si le nombre d'appels émis diminue ou si au contraire, le public continue de solliciter le call center. Les statistiques d'activités seront ensuite présentées afin de donner des informations générales concernant les dossiers et leur suivi au sein du Fonds. Concernant ces statistiques d'activités, un comparatif sera fait entre les données récoltées en 2015 et leur évolution depuis le lancement du Fonds le 1er septembre 2012.

## I. Statistiques call center

Les statistiques du call center reprises dans le tableau ci-dessous portant sur l'année 2015. On y retrouve le nombre total d'appels au cours de chaque mois, le volume d'appels décrochés dans les 30 secondes (service level), la proportion d'appels francophones et néerlandophones ou encore l'abandon rate correspondant au taux d'appels abandonnés par l'appelant avant d'obtenir la communication avec un opérateur.

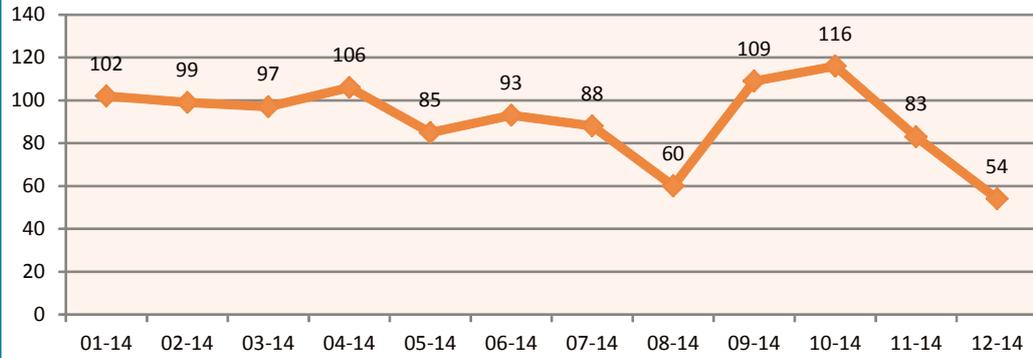
Tableau 4 - Statistiques Call center													
Reporting FAM	Mois												Moyenne Gemiddelde
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	
<b>Nombre total d'appels</b>	84	81	84	68	62	81	65	68	66	82	71	93	75
<b>Nombre total d'appels cumulés</b>	84	165	249	317	379	460	525	593	659	741	812	905	-
<b>Service Level</b>	82%	71%	92%	80%	84%	83%	83%	88%	98%	91%	94%	90%	86%
<b>Abandon rate</b>	2%	1%	4%	1%	0%	3%	1%	0%	1%	1%	0%	0%	1%
<b>NL rate</b>	49%	46%	49%	46%	47%	36%	36%	49%	32%	50%	44%	39%	44%
<b>FR rate</b>	51%	54%	51%	54%	53%	64%	64%	51%	68%	50%	56%	61%	56%
<b>FAQ rate</b>	93%	95%	98%	91%	95%	97%	96%	98%	91%	100%	94%	95%	95%

Source : Fonds des accidents médicaux

Les principales informations fournies par ces tableaux concernent le nombre d'appels et la répartition linguistique des appels. En ce qui concerne le nombre d'appels reçus en 2015, le tableau ci-dessus fait ressortir un nombre moyen de 75 appels par mois. Ceci représente une diminution par rapport aux années précédentes puisqu'en 2012, la moyenne était de 170 appels par mois contre 95 en 2013 et 91 en 2014. En ce qui concerne la répartition des appels, celle-ci est assez homogène avec des diminutions pendant les mois de vacances de juillet et août. À l'heure actuelle, le call center est toujours sollicité, mais dans des proportions qui tendent à diminuer par rapport aux années précédentes. Cette constatation est sans doute logique étant donné que la notoriété du Fonds s'accroît au fil des années.

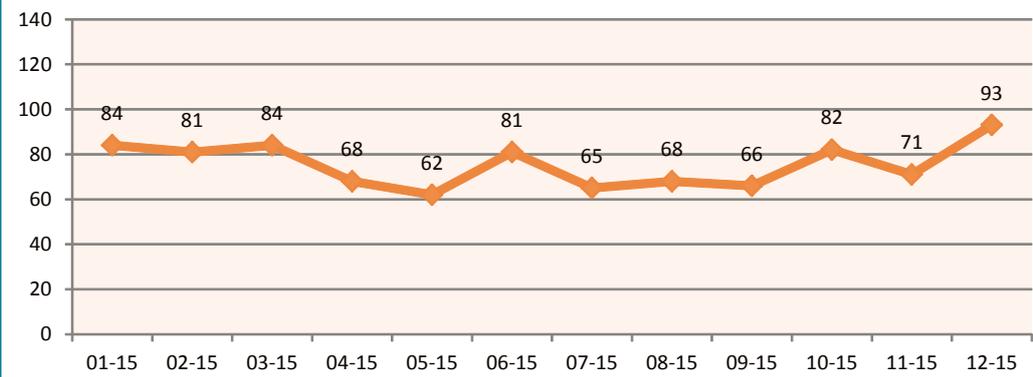
Par comparaison avec 2014, le niveau du service level a légèrement augmenté : 86 % des appelants ont été mis en communication avec un agent dans les 30 secondes. En 2012 et 2013, ce taux était supérieur à 90 %. Cependant, si l'on tient compte d'un taux d'abandon de 1 %, cela signifie qu'un peu plus de 10% des appelants doivent patienter plus de 30 secondes avant d'avoir un interlocuteur.

**Graphique 1 - Nombre d'appels par mois en 2014**



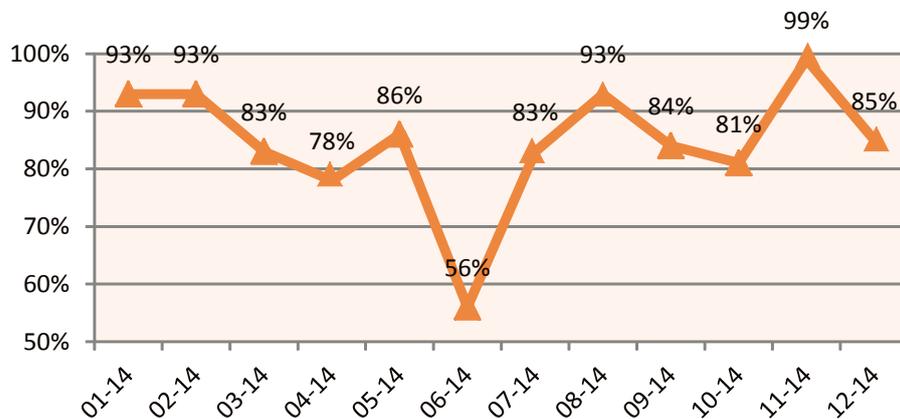
Source : Fonds des accidents médicaux

**Graphique 2 - Nombre d'appels par mois en 2015**



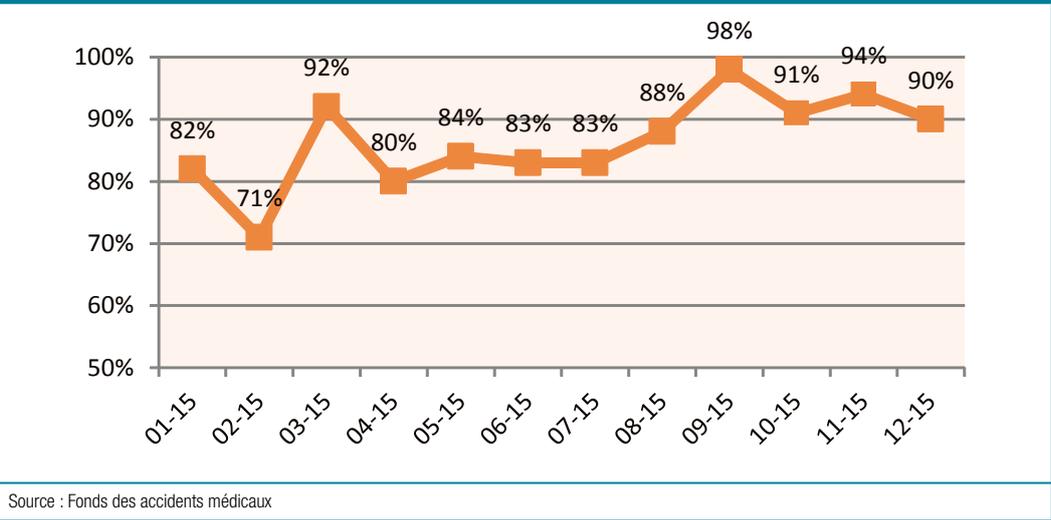
Source : Fonds des accidents médicaux

**Graphique 3 - Service level 2014**



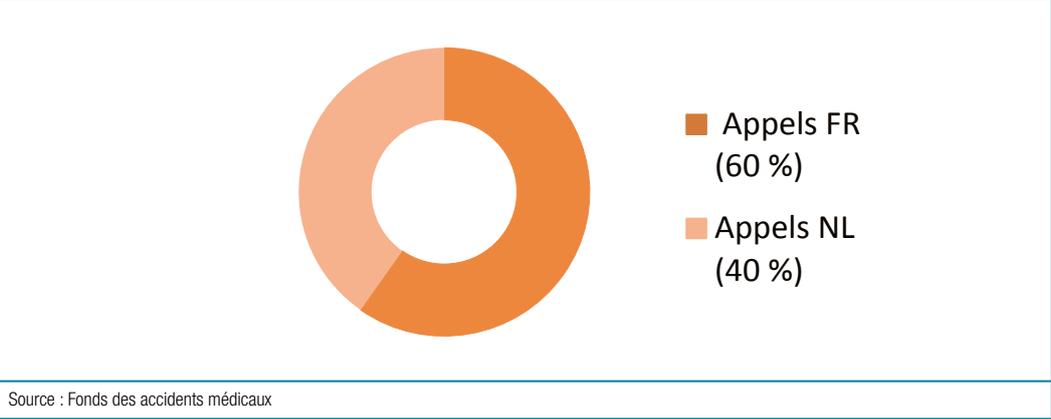
Source : Fonds des accidents médicaux

**Graphique 4 - Service level 2015**

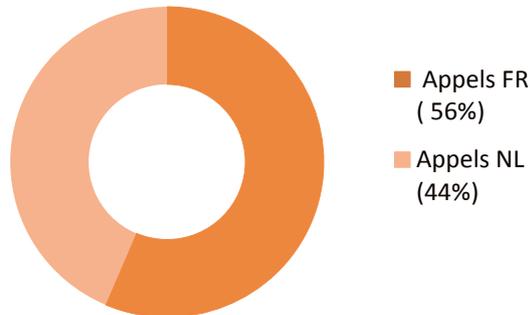


La deuxième constatation très intéressante que fait ressortir ce tableau concerne la répartition linguistique des appels. Comme on peut le constater sur les schémas ci-dessous, il y a eu, au cours de cette année 2015, une continuation dans le rééquilibrage linguistique qui avait commencé en 2014 en ce qui concerne les appels. L'année 2015 a encore connu une légère prépondérance du côté des appels francophones, le rapport de 3/4-1/4 en 2012 est passé à 2/3-1/3 en 2013, à 60/40 en 2014 et à 56/44 en 2015.

**Graphique 5 - Répartition linguistique en 2014**



Graphique 6 - Répartition linguistique en 2015



Source : Fonds des accidents médicaux

Enfin, il est important pour le Fonds de savoir quelles questions le public se pose à son sujet. C'est pourquoi une liste de FAQ a été créée afin de mieux informer le public et de diminuer le nombre d'appels concernant ces questions. Ci-dessous se trouve la liste des FAQ depuis le mois d'août 2012 sur la base de laquelle le FAQ rate du tableau ci-dessus a été déterminé. La moyenne de 95 % que l'on obtient signifie simplement que 95 % des appels émis auprès du call center concernent au moins une des questions ci-dessous. Ce pourcentage reste plus ou moins constant depuis 2013.

#### Frequently Asked Questions

Date de l'intervention par rapport à l'introduction d'un dossier ?  
 Demande d'envoi du formulaire par la poste ?  
 Recevabilité du dossier ?  
 Comment transmettre le dossier ?  
 Puis-je introduire un dossier pour x ?  
 J'ai reçu un courrier du FAM, que dois-je faire ?  
 Coexistence de procédures (Fonds + justice) ?  
 Pouvez-vous m'informer sur le suivi de mon dossier ?

Source : Fonds des accidents médicaux

Il convient également de noter qu'outre ce relevé des FAQ auprès du call center, une série de FAQ possibles trouvent une réponse sur le site Internet du FAM et sont régulièrement complétées par les réponses aux FAQ du call center.

## II. Statistiques d'activités – Missions

À présent les statistiques d'activités du Fonds sont abordées en précisant tout d'abord que ces statistiques se rapportent à la période janvier 2015 – décembre 2015<sup>1</sup>. Un comparatif sera effectué avec les années 2013 et 2014 afin de pouvoir analyser l'évolution des données et tirer les conclusions nécessaires. Enfin, pour certaines statistiques, l'évolution de la situation depuis le lancement du Fonds en 2010 sera également décrite.

Les différentes informations présentées ci-dessous concernent principalement des statistiques générales relatives aux dossiers introduits au cours de la période précitée. Parmi ces statistiques, on retrouvera la répartition linguistique et géographique, le lieu de l'accident ou encore le nombre de dossiers introduits et déjà clôturés. Outre ces statistiques générales, on retrouvera également des informations relatives aux deux grandes phases du traitement des dossiers, notamment la recevabilité de ceux-ci. Enfin, le délai entre l'ouverture d'un dossier et son état d'avancement au 31.12.2015 sera analysé afin de le comparer au délai indicatif prévu dans la loi et d'appréhender la « gestion du stock » de dossiers déposés.

### 1. Dossiers ouverts, fermés et rouverts et répartition linguistique

La répartition linguistique des dossiers ainsi que leurs statuts, d'une part pour l'année 2015 et d'autre part depuis le lancement du Fonds, est examinée.

Pour l'année 2015, la situation se présente comme suit :

Tableau 5 - Répartition des dossiers en 2015				
Nombre de dossiers 2015	Langue			Total
	D	F	N	
Fermé	-	9	6	15
Ouvert	4	286	301	591
Rouvert	-	-	0	0
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>295</b>	<b>307</b>	<b>606</b>

Source : Fonds des accidents médicaux

Le tableau ci-dessus nous indique que 606 dossiers ont été introduits auprès du Fonds en 2015. En ce qui concerne la répartition linguistique de ces dossiers, une légère prépondérance des dossiers néerlandophones est constatée. Ils représentent 51,2 % du total, pour 48,6 % de dossiers francophones. Les dossiers germanophones restent, quant à eux, largement minoritaires dans l'ensemble des dossiers introduits, avec moins de 1 %.

Avant d'aborder les chiffres concernant les statuts des dossiers, il convient de donner une brève explication sur ce que l'on entend par un dossier ouvert, clôturé ou rouvert.

1. \*le présent rapport a été rédigé sur la base des chiffres disponibles à la date du 04.01.2016.

Un dossier ouvert est un dossier qui a été introduit auprès du Fonds et qui est toujours en traitement au sein de celui-ci. Il peut se trouver en phase 1 (détermination de sa recevabilité, réception des documents, etc.) ou en phase 2 (examen médical ou juridique, expertise, etc.).

À l'inverse, 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 indemnisation acceptée par toutes les parties, il a été jugé irrecevable administrativement... À ce jour, la plupart des dossiers clôturés le sont en raison de leur irrecevabilité en phase 1.

Enfin, un dossier peut toutefois être rouvert lorsque de nouveaux éléments, inconnus au moment de la clôture du dossier, apparaissent et demandent à être examinés. C'est, par exemple, le cas d'un dossier qui a été clôturé pour cause de non-réception des documents requis dans le délai imparti et qui doit être rouvert par la suite lorsque le demandeur a fourni finalement lesdits documents.

Ces notions étant définies, la plupart des dossiers introduits en 2015 sont à l'heure actuelle toujours ouverts ou ont été rouverts. Près de 2,5 % des dossiers introduits en 2015 sont en effet déjà clôturés.

Les tableaux et graphiques ci-dessous permettent de comparer cette situation spécifique à l'année 2015 avec l'état de la situation des dossiers depuis le lancement du Fonds.

**Tableau 6 - Répartition des dossiers depuis le 01/09/2012**

Nombre de dossiers	Langue			Total
	D	F	N	
Fermé	1	287	345	633
Ouvert	14	1286	1211	2511
Rouvert	-	7	19	26
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>1580</b>	<b>1575</b>	<b>3170</b>

Source : Fonds des accidents médicaux

**Graphique 7 - Répartition linguistique des dossiers**

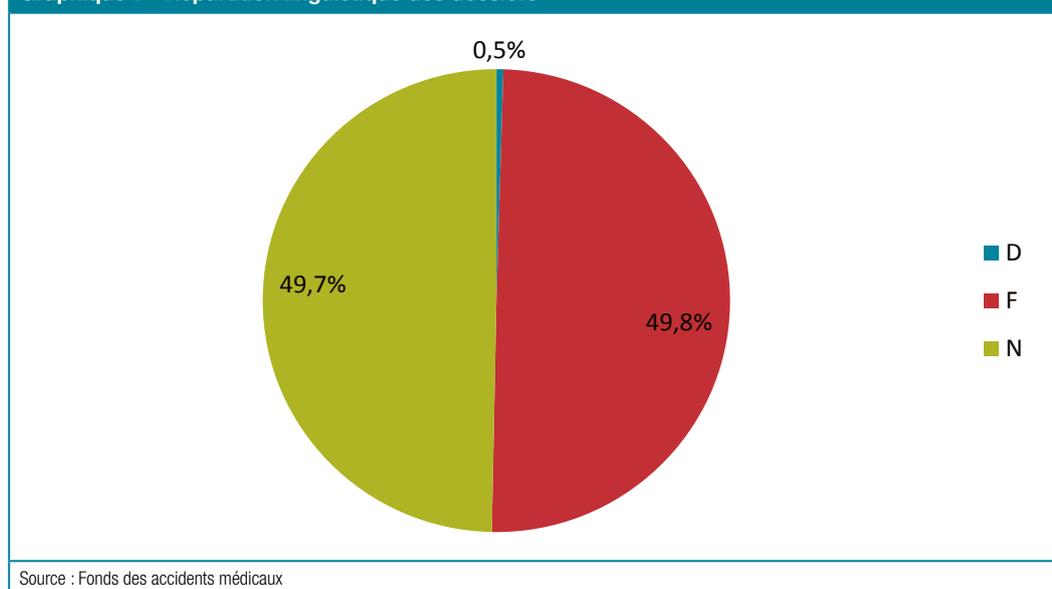
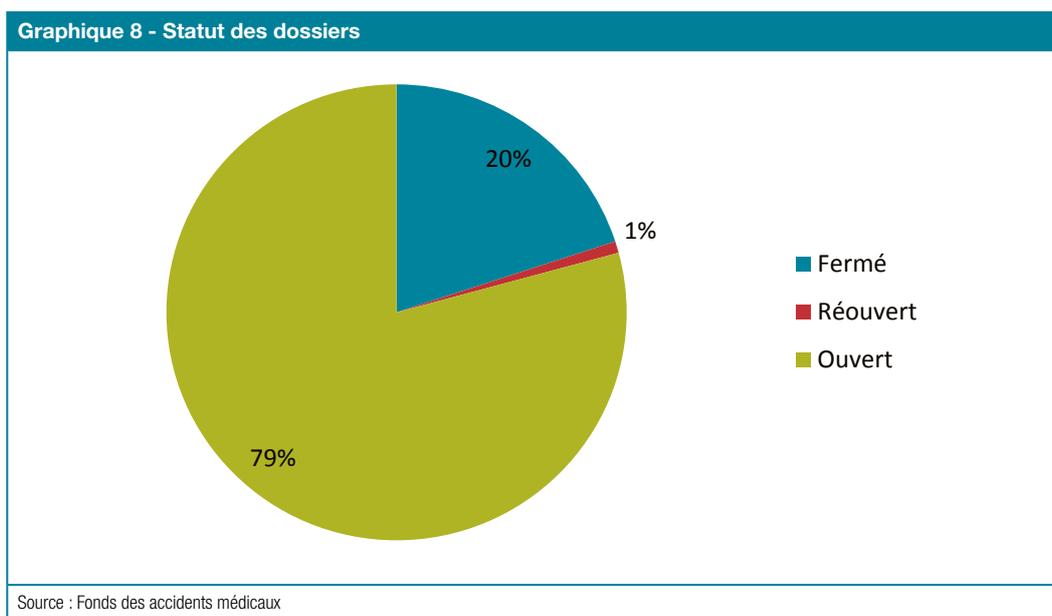


Tableau 7 - Nombre de dossiers reçus par mois													
Année	Mois												Total
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	
2010					3		1		2	1	2	3	12
2011	8	2	4	1	5	1	2	1	10	4	1	2	41
2012	8	5	15	6	10	16	9	22	116	97	96	71	471
2013	146	100	112	97	66	85	58	62	105	107	105	70	1113
2014	115	80	74	76	70	89	84	58	61	82	71	67	927
2015	66	59	56	63	57	67	49	46	53	37	43	10	606
<b>TOTAL</b>	<b>343</b>	<b>246</b>	<b>261</b>	<b>243</b>	<b>211</b>	<b>258</b>	<b>203</b>	<b>189</b>	<b>347</b>	<b>328</b>	<b>318</b>	<b>223</b>	<b>3170</b>

Source : Fonds des accidents médicaux

Fin 2015, 3170 dossiers ont été déposés au total auprès du FAM depuis son lancement, dont 606 en 2015, 927 en 2014, 1113 en 2013, 471 en 2012, 41 en 2011 et 12 en 2010. Au niveau linguistique, on constate un rééquilibrage presque parfait entre les dossiers francophones et néerlandophones.



**Tableau 8 - Statut des dossiers par année**

Année	Statut				
	Fermé	Rouvert	Ouvert	Total général	%
2010	12	0	0	12	100,0%
2011	34	1	6	41	82,9%
2012	254	5	212	471	53,9%
2013	261	18	834	1113	23,5%
2014	57	2	868	927	6,1%
2015	15	0	591	606	2,5%
<b>TOTAL</b>	<b>633</b>	<b>26</b>	<b>2511</b>	<b>3170</b>	<b>20,0%</b>

Source : Fonds des accidents médicaux

Le tableau ci-dessus présente notamment (dernière colonne) le taux de clôture des dossiers par année.

Environ 2,5 % des dossiers introduits en 2015 ont pu être clôturés en 2015, alors que sur le stock global et la période totale de traitement, un taux de clôture d'environ 20 % a été atteint, mais avec une évolution décroissante selon les années de dépôt.

Tenant compte des dossiers irrecevables qui devraient logiquement être considérés comme clôturés et des dossiers clôturés pour d'autres raisons (abandon de la procédure par le plaignant ou par manque d'informations reçues de sa part), le taux de clôture devrait être réellement revu à la hausse après check in des encodages dans le système de gestion. Néanmoins, par rapport à la même période un an plus tôt, on constate une augmentation du taux de clôture des dossiers de 83 % en 2011, de 54 % en 2012, de 23% en 2013, de 6 % en 2014 et en 2015, 2,5 % des dossiers ont été clôturés.

Il est en tout état de cause clair que la grande majorité des dossiers sont encore en cours de traitement. Un retard important est constaté et cumulé par rapport aux délais indicatifs prévus dans la législation.

Ce tableau permet de constater qu'à l'inverse du taux de clôture, sur les 3170 dossiers déposés auprès du FAM depuis la création du Fonds jusque fin 2015, 2511 dossiers, soit un peu plus de 79 % des dossiers déposés, sont toujours ouverts et donc non clôturés (que ce soit par un avis quant à la responsabilité ou l'indemnisation ou pour d'autres raisons – irrecevabilité, abandon de la procédure, etc.).

## 2. Répartition des dossiers par phase

La proportion de dossiers clôturés, ouverts et rouverts étant maintenant connue, il est intéressant de voir comment les dossiers ouverts et rouverts sont répartis dans les différentes phases du processus. Comme dans le point précédent, il est utile de préciser brièvement, ce qu'impliquent ces phases, avant de présenter les résultats.

La phase 1 est la phase initiale dans le traitement des dossiers. Au cours de cette phase, les gestionnaires de dossiers ouvrent le dossier et collectent tous les documents dont ils ont besoin pour déterminer si le dossier est recevable du point de vue administratif. Il s'agit donc d'une phase administrative qui débute par la réception de la demande d'avis de la victime ou de ses ayants droits et qui se termine lorsque la recevabilité administrative du dossier est déterminée. À ce moment, soit le dossier est irrecevable administrativement et il est clôturé, soit il est recevable administrativement et on passe alors à la 2e phase du traitement. Cette seconde phase est sans doute la plus importante du processus puisque c'est au cours de celle-ci que vont se dérouler les médi-analyses et juridiques qui permettront au Fonds de remettre un avis. Cette deuxième phase se termine lorsque le Fonds a rendu celui-ci. La troisième phase de traitement consiste, le cas échéant, en l'émission d'une proposition d'indemnisation du Fonds ou en un avis sur l'indemnisation proposée par le responsable du dommage.

Année	Phases			Total général	% Phase 1	% Phase 2	% Phase 3
	Phase 1 Initiale	Phase 2 Recherche	Phase 3 Proposition				
<b>2010</b>				<b>0</b>	-	-	-
<b>2011</b>		5	2	<b>7</b>	0,00%	71,40%	28,60%
<b>2012</b>	3	183	31	<b>217</b>	1,40%	84,30%	14,30%
<b>2013</b>	9	815	28	<b>852</b>	1,10%	95,70%	3,30%
<b>2014</b>	20	847	3	<b>870</b>	2,30%	97,40%	0,30%
<b>2015</b>	175	416		<b>591</b>	29,60%	70,40%	0,00%
<b>TOTAL</b>	<b>207</b>	<b>2.266</b>	<b>64</b>	<b>2.537</b>	<b>8,20%</b>	<b>89,30%</b>	<b>2,50%</b>

Source : Fonds des accidents médicaux

Le tableau ci-dessus laisse apparaître qu'en moyenne 89 % de l'ensemble des dossiers introduits jusque fin 2015 et non clôturés se trouvent actuellement dans la seconde phase de traitement (évolution normale selon l'ancienneté des dossiers : entre 100 % ou légèrement moins pour les dossiers de 2010 à 2014 et 70 % pour les dossiers de 2015).

Concernant la problématique du retard de traitement, il est important de constater que la plupart des dossiers jusque 2014 se trouvent maintenant dans la seconde phase de traitement alors qu'il y a un an, 30 % de ces dossiers se trouvaient encore en phase 1. L'équipe du Fonds met donc tout en œuvre pour résorber ce retard. En ce qui concerne l'année 2015, il faut préciser que les 175 dossiers (30 %) se trouvant encore en phase 1 sont principalement des dossiers du quatrième trimestre 2015. L'équipe essaie et réussit donc à traiter la phase 1 sans trop de retard, sauf dossier complexe, et à faire passer au plus vite les dossiers vers la phase 2. Elle essaie également de finaliser la phase 2 dans l'ordre d'arrivée des dossiers (gestion par ancienneté) afin de ne pas (trop) augmenter le délai de traitement entre la date de dépôt et la finalisation de l'avis.

Malgré les efforts de l'équipe et des experts externes, c'est donc principalement dans la phase 2 que le traitement des dossiers prend un certain retard – et même un retard important – par rapport au délai indicatif de 6 mois fixé dans la législation.

Le délai moyen global par année de dépôt des dossiers entre la date d'ouverture du dossier (début phase 1) et le 31.12.2015 pour les dossiers encore ouverts (2.537 dossiers) est le suivant :

Année	Délai	Nombre de dossiers
2010	-	0
2011	1.232,5	6
2012	1.167,0	212
2013	896,8	834
2014	546,0	868
2015	194,9	591

Source : Fonds des accidents médicaux

Il ne s'agit pas ici d'un véritable délai de traitement puisque seuls les dossiers encore ouverts au 31.12.2015 sont analysés. De plus, le délai comprend également des phases non actives d'attente de passage à une autre sous-phase, principalement dans la phase 2. Ces périodes d'attente s'expliquent par la saturation du nombre de dossiers par rapport à la capacité de les faire évoluer dans une sous-phase de traitement suivante.

Sachant que le délai indicatif légal est de 6 mois pour la phase 2 (remise d'un avis après recevabilité du dossier) et d'environ 1 à 2 mois pour la phase 1 (recevabilité), le délai indicatif légal global est de 7 à 8 mois, soit de 210 à 240 jours.

Sur cette base, le délai moyen global calculé couvre à la date du 31.12.2015 :

Année	X délai indicatif 240J	Retard x délai indicatif	Retard en jours
2010	-	-	-
2011	5,14	4,14	992,5
2012	4,86	3,86	927,0
2013	3,74	2,74	656,8
2014	2,28	1,28	306,0
2015	0,81	-0,19	-45,2

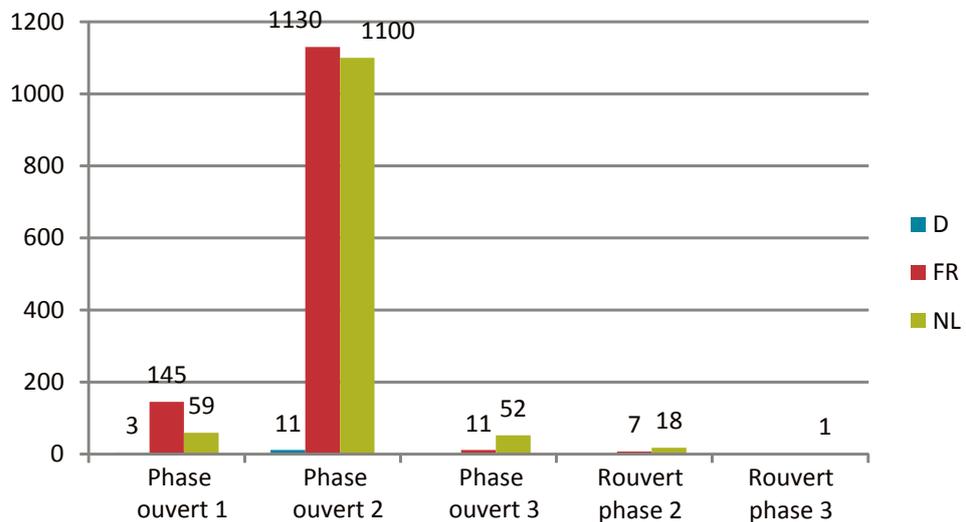
Source : Fonds des accidents médicaux

Les causes de ce retard sont multiples et cumulatives :

- le masterplan, approuvé en mai 2014 n'était toujours pas entièrement concrétisé fin 2015 ;
- la mise en œuvre des expertises médicales externes est lente, d'une part, par manque de personnel chez les gestionnaires de dossiers et, d'autre part, par manque d'experts externes compétents et disponibles. Par ailleurs, il arrive souvent que les expertises réalisées par des experts externes dépassent les délais prévus par la loi ;
- l'arriéré cumulé des années précédentes et un afflux continu de nouveaux dossiers entraînent actuellement une saturation dans différentes phases du processus ;
- les dossiers semblent généralement présenter un taux de gravité conséquent, induisant une analyse et une expertise plus longues que prévu ;
- l'expérience a également montré que de nombreuses expertises doivent être étendues lorsqu'il apparaît que davantage et/ou d'autres dispensateurs de soins sont impliqués et peuvent éventuellement être tenus pour responsables ;
- l'équipe n'est pas encore complète et opérationnelle à 100 %. Pour beaucoup d'agents (gestionnaires, juristes ou médecins), il s'agit d'une première ou d'une récente expérience dans le domaine. De nombreux recrutements ont eu lieu dans le courant de 2015.

Le graphique ci-dessous donne un aperçu de l'avancement, dans les trois phases, des dossiers introduits en 2015. Une distinction est faite entre les dossiers francophones, néerlandophones et germanophones.

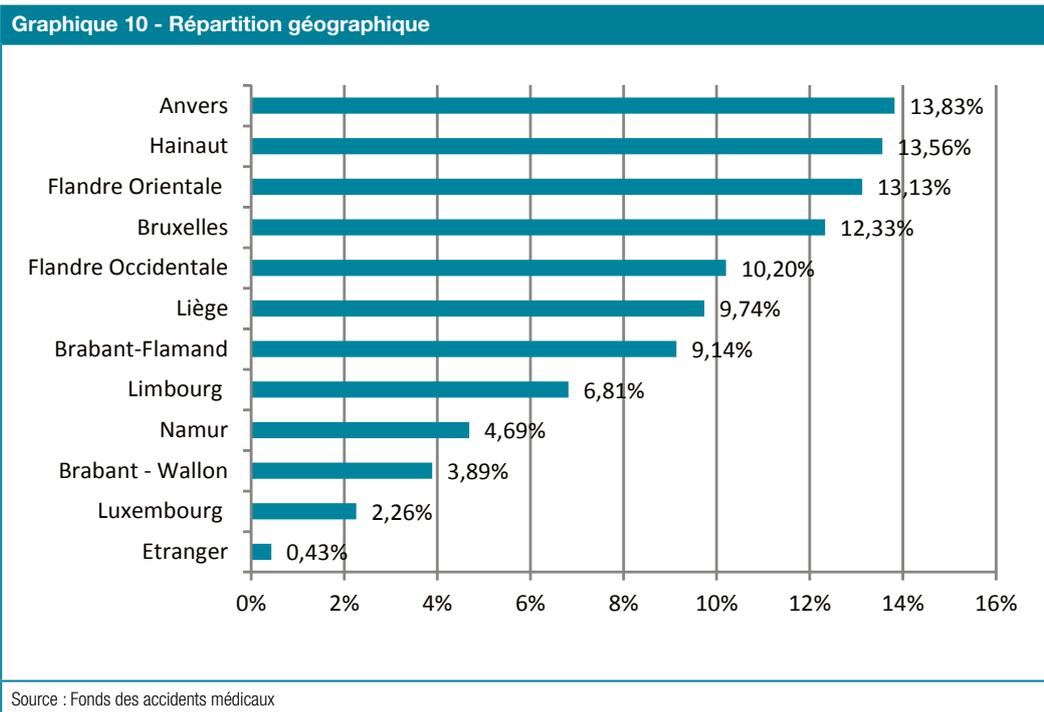
Graphique 9 - État d'avancement depuis septembre 2012



Source : Fonds des accidents médicaux

### 3. Répartition géographique des dossiers

En ce qui concerne la répartition géographique, il est important de préciser que les dossiers sont répartis en fonction du lieu de domicile du demandeur et non en fonction du lieu où a eu lieu le dommage.

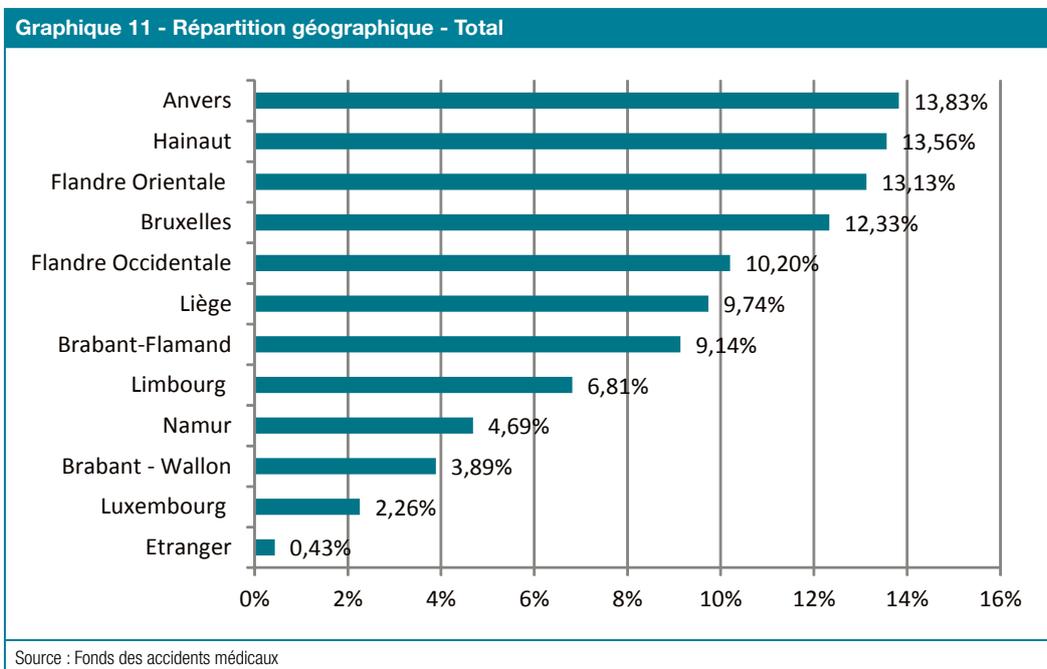


Le graphique ci-dessus permet de constater que 13,25 % des demandes de 2015 proviennent de la Région de Bruxelles-Capitale, suivies par les demandes issues de la province de Flandre orientale avec 13,04 %. 0,41 % des demandes proviennent de demandeurs domiciliés à l'étranger.

Sur le plan régional, 39,85 % des dossiers sont introduits par des demandeurs domiciliés en Région Wallonne, 13,25 % en Région de Bruxelles-Capitale et 46,58 % en Région Flamande.

L'examen des statistiques depuis la création du Fonds (voir graphique ci-dessous) permettent de constater une différence par rapport à 2015. Parmi toutes les demandes qui ont été introduites depuis la création du Fonds, la plus grande partie provient des provinces d'Anvers, du Hainaut et de Flandre orientale. Les demandes introduites par des personnes domiciliées dans la Région de Bruxelles-Capitale ont connu une augmentation relativement importante.

Les demandes issues de l'étranger et des provinces du Luxembourg, du Brabant wallon, de Namur et du Limbourg restent limitées.

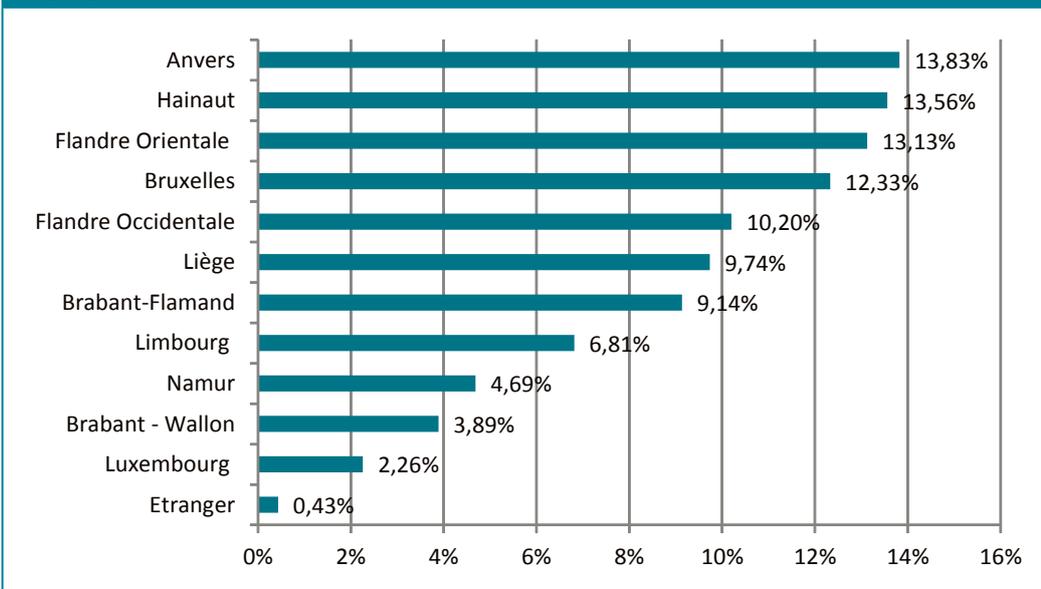


Il est à noter qu'actuellement, la donnée du lieu « géographique » de la prestation, à la base de la plainte et du dossier, n'est pas reprise dans le système de gestion en tant qu'indicateur statistique, ce qui ne permet pas d'en tirer une cartographie. La possibilité est étudiée d'en faire un reporting, sans que cela n'implique toutefois une identification personnelle ou institutionnelle. Il convient d'être prudent dans traitement et la validation de cette donnée car le traitement du dossier pourrait mener à la conclusion que le prestataire ou l'institution mis(e) en cause n'est (ne sont) en définitive pas à l'origine ou responsable(s) du dommage subi par le demandeur.

## 4. Répartition des dossiers par lieu (type) de la prestation soins de santé en lien avec l'accident médical déclaré

Le relevé suivant concerne le lieu de la prestation soins de santé en lien avec l'accident médical selon la déclaration du demandeur. Il contient une présentation claire de la répartition des accidents parmi les différents lieux où des prestations de soins de santé peuvent être dispensées. Il convient de préciser que la mention du lieu est basée sur les informations contenues dans la demande introduite. Il ne s'agit pas avec certitude du lieu où le dommage s'est réellement produit ; celui-ci peut être différent. En effet, il se peut que la victime déclare que le dommage résulte, selon elle, d'une prestation effectuée à l'hôpital, par exemple, mais que suite aux analyses réalisées par le Fonds, il soit constaté que la prestation à l'origine du dommage a été effectuée ailleurs, dans un cabinet privé ou dans une maison de repos.

Graphique 12 - Lieu de l'accident

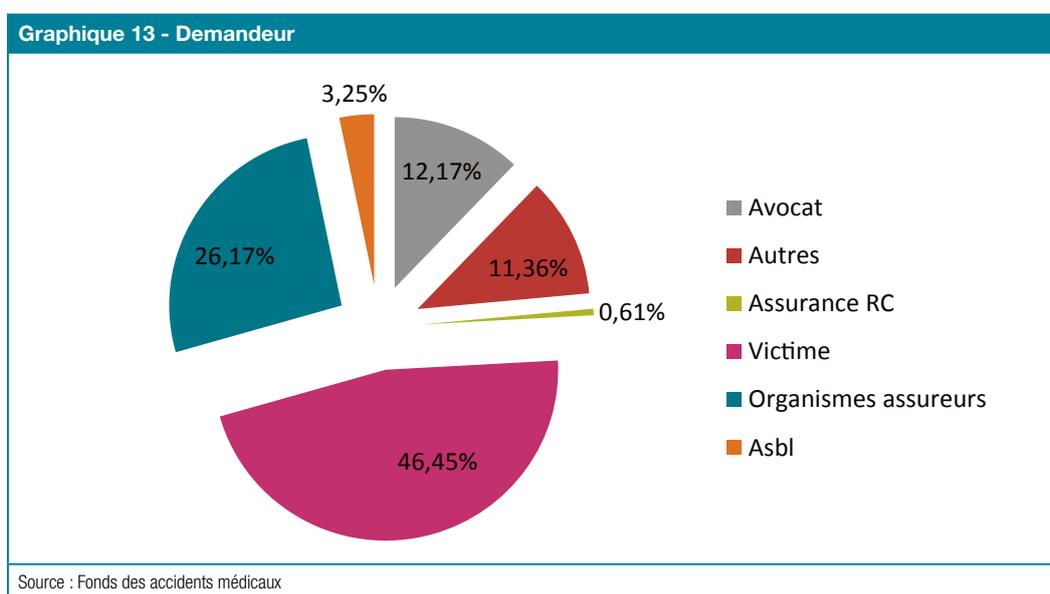


Source : Fonds des accidents médicaux

Le lieu le plus fréquent pour une prestation de soins de santé est l'hôpital. En effet, plus de huit accidents sur dix (plus de 8 sur 10 en 2015) surviennent dans un tel établissement, que ce soit durant une hospitalisation ou en prestation ambulatoire au sein de l'hôpital. Loin derrière les hôpitaux apparaissent les cabinets privés, avec plus de 8,5 % des accidents depuis septembre 2012 (ce pourcentage est toutefois passé à 11,2 % en 2015), et les polycliniques avec une moyenne de 6,0 % depuis septembre 2012, pourcentage qui est toutefois descendu à 2,8 % en 2015. Enfin, certains dossiers font référence à des dommages survenus dans une maison de repos ou une institution psychiatrique, mais il s'agit de cas beaucoup plus rares (moins de 1 %).

## 5. Répartition des dossiers selon la personne intrduisant de la demande

La répartition des dossiers en fonction de la personne intrduisant la demande est une donnée qui peut sembler anodine car on part du postulat que c'est la victime qui introduit directement la demande. Or, même si la majeure partie des dossiers sont effectivement introduits par celle-ci, ce n'est pas le cas de tous les dossiers. Ainsi, comme l'indique le graphique ci-dessous, il peut arriver que la victime ne soit pas en mesure d'introduire la demande ou qu'elle préfère se faire assister par une tierce personne.



Le graphique ci-dessus souligne que, dans 46 % des cas, c'est la victime elle-même qui introduit la demande auprès du Fonds. Ceci représente une diminution de 2 % par rapport à l'année 2014, compensée par une augmentation de 3 % des dossiers introduits par des avocats. Derrière la victime, les organismes assureurs représentent le canal de demande le plus important avec 26 %.

D'autres intervenants peuvent aussi introduire une demande pour la victime : il s'agit d'ASBL (organisations de patients, par exemple), de services de médiation et de compagnies d'assurance, pour un peu plus de 4 % des demandes.

Ces intervenants ne sont bien évidemment pas les seuls à introduire une demande pour une victime. Il arrive, dans certains cas, que les ayants droits, les représentants légaux ou divers mandataires introduisent une demande auprès du Fonds. Ces autres introducteurs figurent sous la rubrique « Autres » dans le graphique ci-dessus. Cette rubrique n'est pas à négliger car elle représente plus de 11 % du total des dossiers introduits.

## 6. Répartition du nombre de dossiers déposés et ouverts par mois

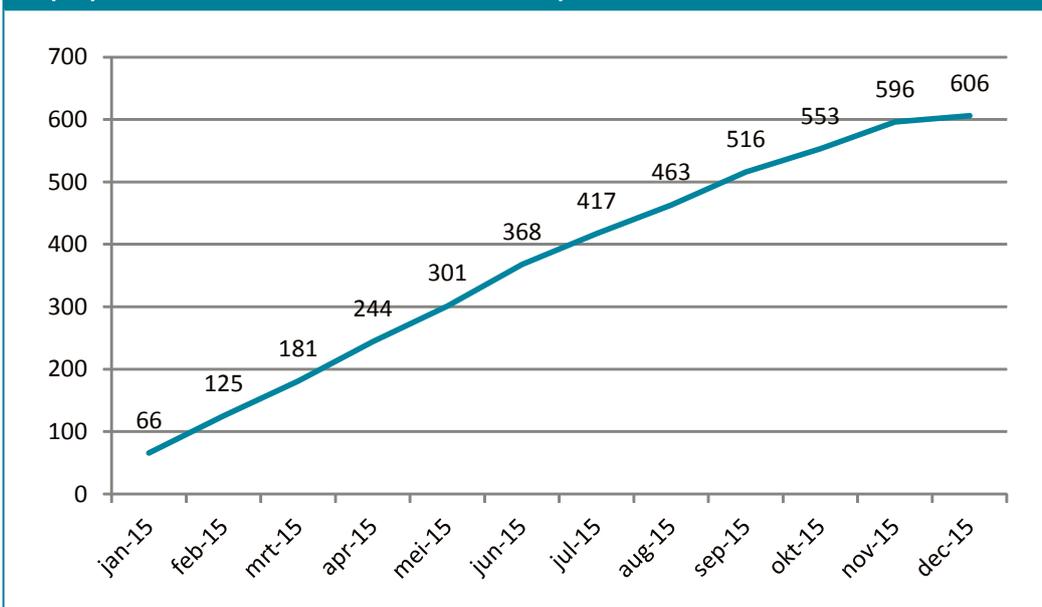
Les données relative au nombre de dossiers introduits par mois permettent notamment de déterminer s'il y a une croissance constante du nombre de dossiers, s'il y a des périodes plus creuses ou à forte activité, ou encore si des effets de démarrage ou un rythme de croisière apparaissent.

**Tableau 12 - Détail du nombre de dossiers déposés par mois - 2015**

Mois	Nombre des dossiers	Dossiers cumulés
janvier	66	66
février	59	125
mars	56	181
avril	63	244
mai	57	301
juin	67	368
juillet	49	417
août	46	463
septembre	53	516
octobre	37	553
novembre	43	596
décembre	10	606
<b>Grand total</b>	<b>606</b>	<b>Moyenne/mois 50,5</b>

Source : Fonds des accidents médicaux

**Graphique 14 - Nombre de dossiers cumulés ouverts par mois 2015**



Source : Fonds des accidents médicaux

Graphique 15 - Nombre des dossiers ouvert par mois - 2015



L'analyse du tableau et des graphiques précédents permet de tirer plusieurs enseignements concernant le nombre de dossiers introduits.

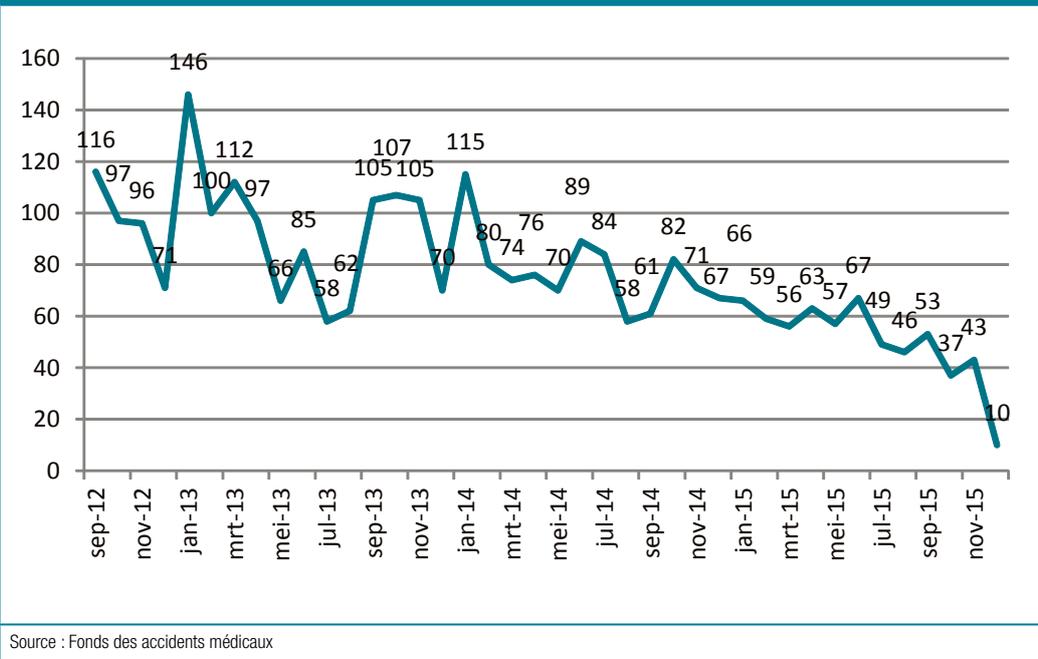
Tout d'abord, au regard du graphique du nombre de dossiers cumulés, on remarque une croissance très constante tout au long de l'année 2015. En effet, on se trouve face à une ligne pratiquement droite qui montre que l'afflux des dossiers est relativement stable et continu, avec une moyenne d'environ 50,5 dossiers par mois.

L'analyse des chiffres par mois permet toutefois de constater qu'il y a eu une introduction de dossiers plus importante au cours du premier trimestre de l'année 2015.

Enfin, si on compare ces chiffres aux années précédentes, on constate que le nombre de dossiers moyens entrants est en nette diminution en 2015. En effet, alors qu'en 2012 et 2013, il y avait plus de 90 nouveaux dossiers introduits chaque mois auprès du Fonds, ce chiffre est retombé à 76 en 2014 et à 50,5 en 2015. Le nombre de nouvelles demandes de décembre 2015 semble déviant et devra certainement faire l'objet d'une correction après le traitement de l'ensemble de la correspondance de la période de Noël. On a choisi de travailler sur la base des chiffres 04.01.2016, comme indiqué plus haut.

En revanche, on remarque une similitude avec les années précédentes, à savoir que le premier trimestre est celui où le plus grand nombre de dossiers sont introduits.

Graphique 16 - Nombre de dossiers ouverts par mois - 2012 - 2013 - 2014 - 2015



## 7. Répartition du nombre de dossiers clôturés par mois en phase 1, 2 et 3

À la date du 31.12.2015, sur l'ensemble des dossiers introduits depuis la création du FAM :

- clôturés en phase 1 : 213
- clôturés en phase 2 : 400
- clôturés en phase 3 : 11

Contrairement à 2014, la grande majorité des dossiers clôturés en 2015 concernaient un avis (fin de la phase 2). Par comparaison avec les années précédentes, il s'agit d'une énorme augmentation du nombre de dossiers clôturés en phase 2, qui est passé de 1 dossier en 2013, à 46 en 2014 et à 400 en 2015.

En 2015, une indemnisation a été payée pour 11 dossiers. En 2014, un seul dossier a fait l'objet d'une indemnisation.

En comparaison de 2014, moins de dossiers ont été clôturés en phase 1, suite à une décision stratégique visant à investir au maximum les moyens disponibles pour les décisions en phase 2 (avis du FAM), au détriment des décisions prises en phase 1. Par ailleurs, un dossier clôturé en phase 1 est un dossier qui, après une première analyse, ne peut pas être examiné en phase 2. Il s'agit donc de dossiers qui, soit se sont avérés irrecevables, soit ont été arrêtés par le demandeur.

Bien qu'encore insuffisante pour rattraper le retard, cette évolution est tout de même favorable.

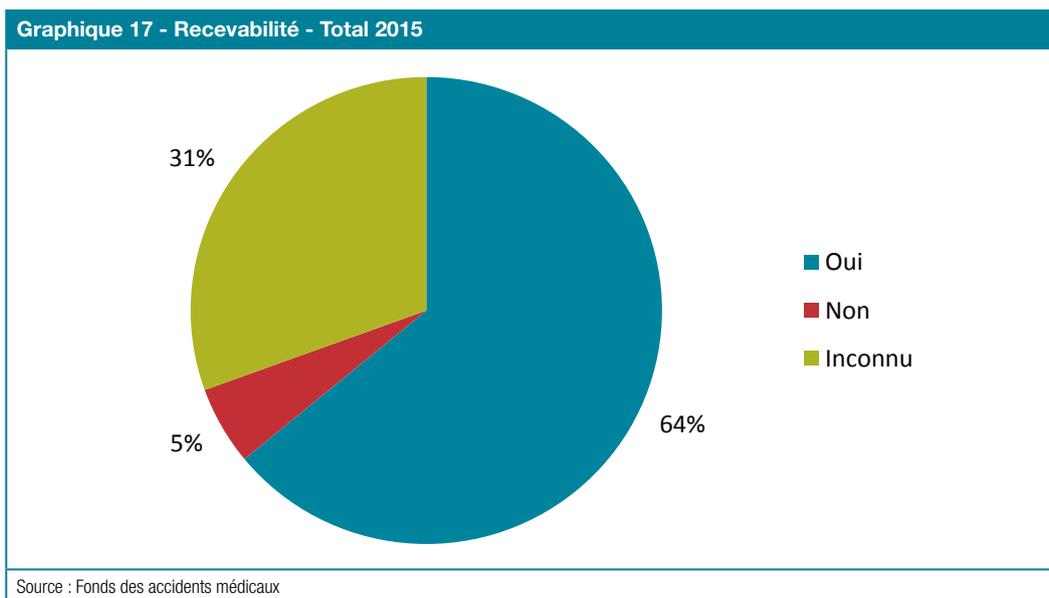
## 8. Nombre de dossiers recevables et irrecevables et répartition linguistique

La dernière statistique d'activités développée ci-dessous concerne la recevabilité administrative des dossiers introduits auprès du Fonds. Pour rappel, la déclaration de recevabilité administrative constitue la dernière étape de la phase initiale dans le traitement des dossiers. Celle-ci est accordée à un dossier lorsque tous les éléments administratifs sont réunis et qu'ils permettent au dossier de passer en phase 2. Il s'agit donc bien d'une recevabilité administrative et non d'un accord pour le paiement d'une indemnisation ou d'un avis concernant la constatation d'une responsabilité. Il est donc également possible qu'un dossier soit déclaré non recevable en fin de phase 2.

Nombre de dossiers	Langue			Total
	D	F	N	
Recevabilité				
Non	1	143	244	<b>388</b>
Oui		21	12	<b>33</b>
Encore inconnu	3	131	51	<b>185</b>
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>295</b>	<b>307</b>	<b>606</b>

Source : Fonds des accidents médicaux

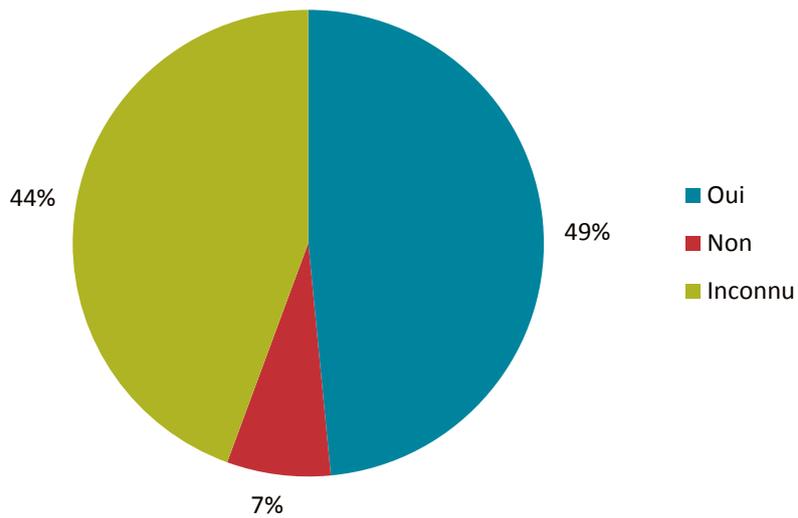
La différence de 185 dossiers qui existe entre le nombre de dossiers introduits en 2015 (606) et le total des dossiers recevables et irrecevables (421) correspond aux dossiers pour lesquels on ne savait pas encore, à la date du 31 décembre 2015, s'ils étaient administrativement recevables ou non (analyse en phase 1 sur les critères de recevabilité pas encore faite). C'est notamment le cas pour l'ensemble des dossiers introduits au cours du dernier trimestre de 2015, et pour un nombre restreint de dossiers pour lesquels la situation n'est pas claire.



Le graphique ci-avant laisse apparaître qu'en 2015, 5 % des dossiers introduits étaient administrativement irrecevables.

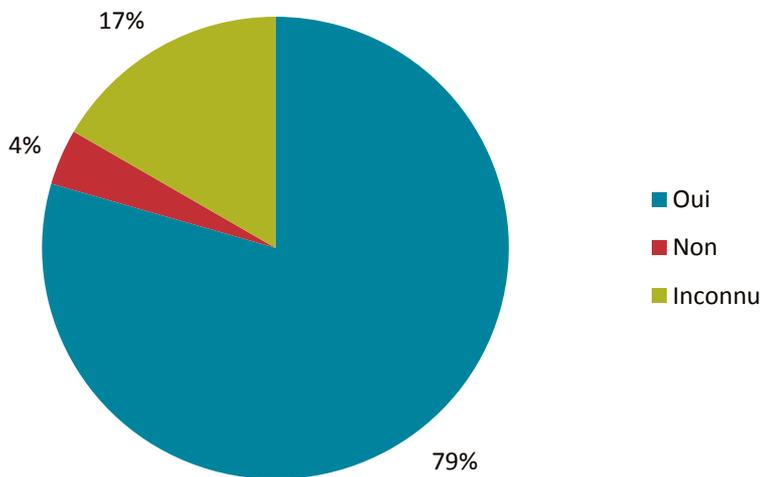
L'analyse de ces données par rôle linguistique fait apparaître les chiffres suivants :

**Graphique 18 - Recevabilité FR**



Source : Fonds des accidents médicaux

**Graphique 19 - Recevabilité NL**



Source : Fonds des accidents médicaux

Après analyse des dossiers francophones, on constate que le nombre de cas irrecevables est proportionnellement supérieur à celui des dossiers néerlandophones.

## 9. Avis

Depuis sa création, 449 ont été rendus par le FAM.

Pour l'année 2015, les avis suivants ont été donnés :

Total avis 2015			
	NL	FR	Total
<b>Total</b>	<b>235</b>	<b>112</b>	<b>347</b>
<b>Spécifique</b>			
- MOZA Accident médical sans responsabilité	13	5	18
- MOZA avec seuil de gravité	12	4	16
- Responsabilité	43	15	58
- Responsabilité avec seuil de gravité	21	8	29

### Indemnisations

En 2015, 12 indemnisations ont été effectuées dans 11 dossiers.

Total des indemnisations ont été effectuées : 953.712,26 EUR.

Moyenne par dossier : 87214,36 EUR.



Une sélection d'avis peuvent être consultée sur le site web de l'INAMI.  
[www.inami.be](http://www.inami.be), thèmes > Accidents médicaux > une sélection d'avis remis par le Fonds.

# Partie 4 bis

## Statistiques médicales



# I. Considérations générales

Pour ce rapport ont été utilisées les données disponibles début février 2016.

## 1. L'encodage

L'encodage des dossiers se poursuit, comme mentionné dans les précédents rapports (2013-2014). Depuis 2015, tous les dossiers sont encodés. Ce n'est pas le cas pour les dossiers irrecevables, par exemple : les demandes relatives aux infections contractées avant le 2 avril 2010 à la suite d'une transfusion, n'ont pas été encodées.

## 2. Limitations des chiffres actuels

Depuis 2014, le nombre de dossiers où une expertise a pu être initiée, a progressivement été revu à la hausse grâce à l'extension de l'équipe des médecins.

Dans le présent rapport, il est fait mention des données provenant des avis formulés par le Fonds depuis sa création.

## 3. Explications concernant la présentation des chiffres

Sont à chaque fois communiqués : 1°) les chiffres de la 1<sup>o</sup> analyse, c.-à-d. ceux que l'on prévoit en fonction de la demande et 2°) les chiffres communiqués après l'avis, à savoir après l'appréciation finale donnée au terme de l'expertise et de l'analyse juridique.

Ces chiffres correspondent donc à l'analyse médicale mais n'indiquent PAS si une responsabilité a été retenue. Les données relatives à la responsabilité/AMSR devront ressortir de l'analyse juridique, après avis.

## II. Statistiques

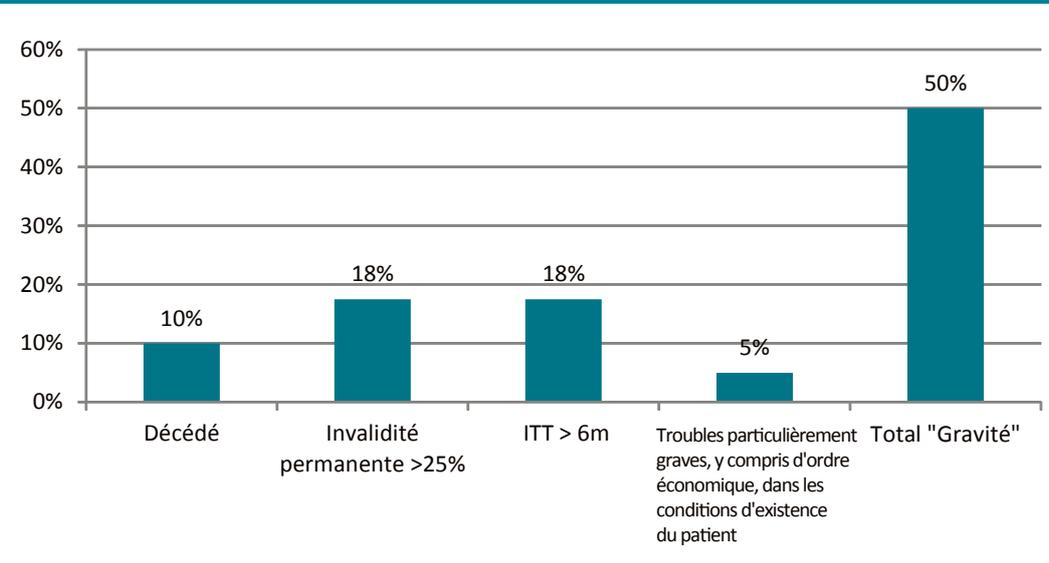
Les chiffres relatifs aux dossiers

### a. Seuil de gravité

Tableau 14 - Seuil de gravité			
	Avis Final du FAM	% Total Analyse	% Total Gravité
<b>Total analyse</b>	<b>506</b>	<b>100%</b>	
Décès	52	10%	20%
Invalidité permanente > 25%	89	17,50%	35%
ITT>6m	89	17,50%	35%
Troubles particulièrement graves, y compris d'ordre économique, dans les conditions d'existence du patient	23	5%	10%
<b>Total "gravité"</b>	<b>253</b>	<b>50%</b>	<b>100%</b>
Source : Fonds des accidents médicaux			

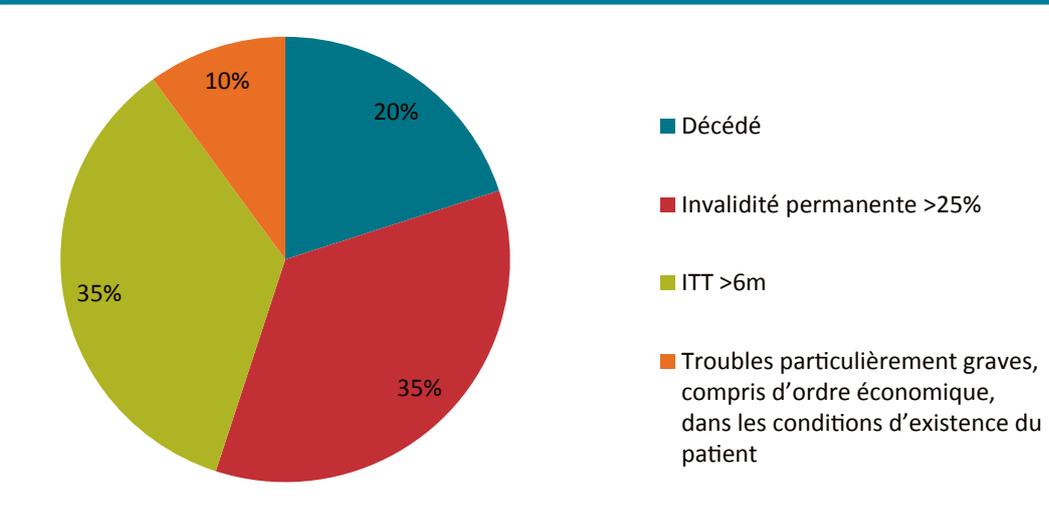
**Explications:** ces chiffres permettent d'identifier les critères légaux en fonction desquels une demande est considérée comme « grave ».

**Graphique 20 - % Gravité sur total analyse (A) après avis final**



Source : Fonds des accidents médicaux

**Graphique 21 - % type Gravité sur total Gravité (G) après avis final**



Source : Fonds des accidents médicaux

## b. Lieu de l'accident médical

Tableau 15 - Lieu de l'accident global : au moment de l'avis final		
	Nombre	%
Hôpital	490	89,7 %
en-dehors d'un hopital	56	10,3 %
<b>TOTAL</b>	<b>546</b>	<b>100 %</b>

Source : Fonds des accidents médicaux

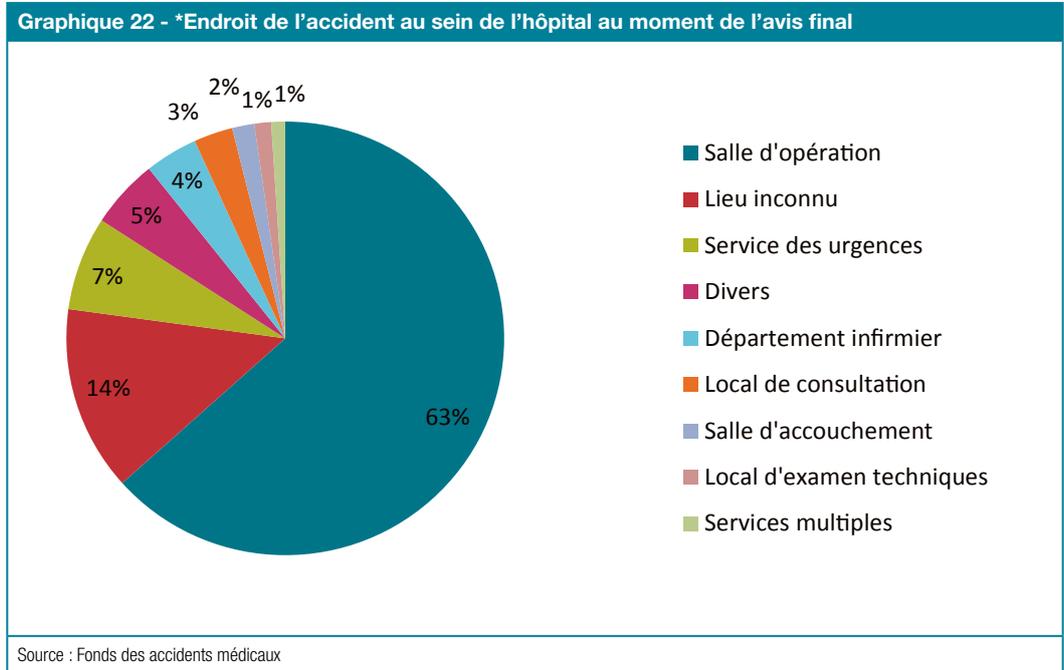
Tableau 16 - Endroit de l'accident au sein de l'hôpital au moment de l'avis final		
	Nombre de cas	%
Salle d'opération	308	63,4 %
Lieu non déterminé	67	13,8 %
Service des urgences	34	7,0 %
Divers	25	5,1 %
Infirmierie	19	3,9 %
Local de consultation	14	2,9 %
Salle d'accouchement	8	1,6 %
Local d'examen technique	6	1,2 %
Services multiples	5	1,0 %
<b>TOTAL</b>	<b>486</b>	<b>100 %</b>

Source : Fonds des accidents médicaux

Le tableau 16 mentionne l'endroit de l'hôpital où l'accident est survenu.

- “Divers” désigne tous les lieux où moins de 5 cas ont été recensés : la chambre de travail, le cathlab, le service de néonatalogie, la radiothérapie, le service de rééducation fonctionnelle, la section des soins intensifs et le quartier opératoire.
- “Services multiples” désigne les locaux préopératoires, les salles d'attente et les locaux de réveil.
- “Lieu indéfini” est utilisé lorsque le dossier ne contient pas suffisamment d'informations pour pouvoir localiser avec précision où l'accident s'est produit.

Après avis, il s'avère que la majorité des accidents ont lieu en salle d'opération. Une grande partie des accidents médicaux se produisent également au service de soins d'urgence. Ces données confirment les constatations faites par le passé.



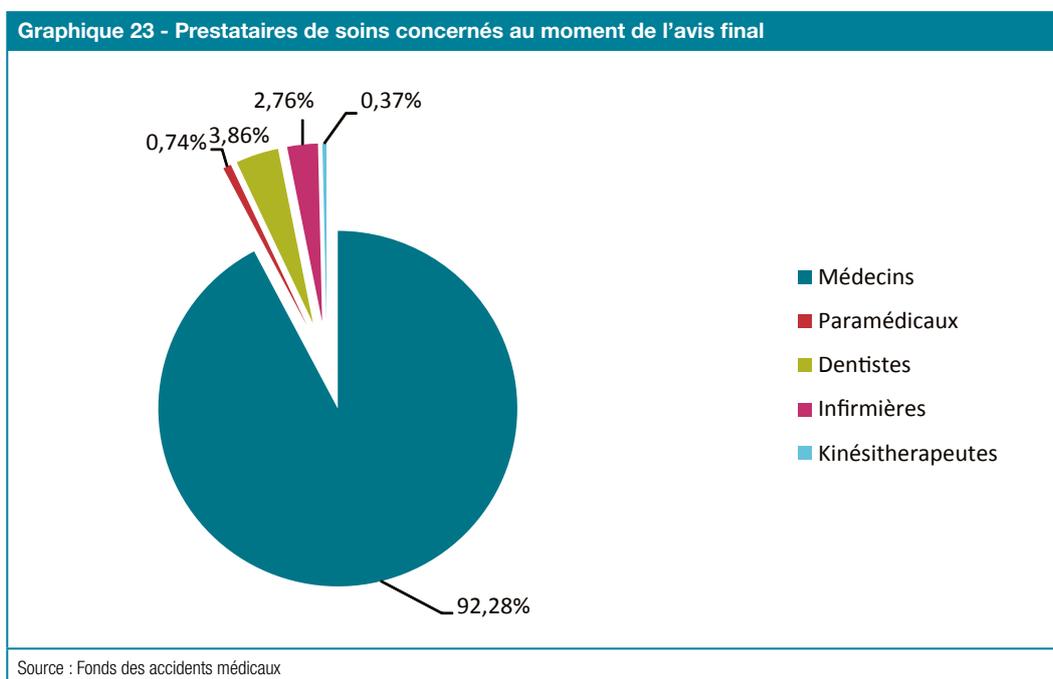
**Explications:** l'avis démontre que la plupart des complications surviennent en salle d'opération, ce qui ne surprend pas vraiment. On observe également un nombre relativement élevé d'accidents médicaux au service des urgences. Ces données confirment les constatations du passé.

## c. Prestataires de soins

Tableau 17 - Prestataires de soins concernés au moment de l'avis final		
	Nombre de cas	%
<b>Médecins</b>		
Orthopédie	154	28,3 %
Chirurgie générale	56	10,3 %
Neurochirurgie	41	7,5 %
Gynécologie-obstétrique	39	7,2 %
Anesthésie	30	5,5 %
gastro-entérologie	19	3,5 %
Médecine d'urgence / médecine aiguë	16	2,9 %
Médecine générale	15	2,8 %
Urologie	15	2,8 %
Ophthalmologie	13	2,4 %
Chirurgie vasculaire	12	2,2 %
Cardiologie	11	2,0 %
Oto-rhino-laryngologie	9	1,7 %
Chirurgie plastique	7	1,3%
Oncologie	7	1,3%
Physiothérapie et rééducation	6	1,1 %
Généraliste interne	6	1,1 %
Chirurgie cardiaque	5	0,9 %
Radiologie	5	0,9 %
Psychiatrie	5	0,9 %
Chirurgie maxillofaciale et stomatologie	5	0,9 %
Neurologie	5	0,9 %
Chirurgie thoracique	3	0,6 %
COM (consultation oncologique multidisciplinaire)	3	0,6 %
Rhumatologie	2	0,4 %
Radiothérapie	2	0,4 %
Soins intensifs	2	0,4 %
Néphrologie	2	0,4 %
Hématologie	2	0,4 %
Pédiatrie	1	0,2 %
Dermatologie	1	0,2 %
Autre spécialité de médecine	2	0,4 %
Admin. Médecine	1	0,2 %
<b>Autres Prestataires de soins</b>		
Audiologue / audicien	1	0,2 %
Bandagiste / orthésiste / prothésiste	1	0,2 %
Podologue	1	0,2 %
Technicien imagerie médicale	1	0,2 %
Disciplines de l'art dentaire		
Dentiste en général / inconnu	20	3,7 %
Parodontologie	1	0,2 %

Tableau 17 - Prestataires de soins concernés au moment de l'avis final - Suite		
	Nombre de cas	%
Praticien de l'art infirmier		
Praticien de l'art infirmier	15	2,8 %
Kinésithérapeute		
Kinésithérapeute	2	0,4 %
<b>TOTAL</b>	<b>544</b>	<b>100 %</b>

Source : Fonds des accidents médicaux



d. Prestataires de soins impliqués dans des accidents où le dommage a atteint le seuil de gravité

Tableau 18 - Prestataires de soins + seuil de gravité atteint : après avis			
	Nombre de cas	%	Cumul %
Orthopédie	75	29,64%	29,64%
Neurochirurgie	26	10,28%	39,92%
Chirurgie générale	25	9,88%	49,80%
Gynécologie-obstétrique	24	9,49 %	59,29%
Anesthésie	12	4,74%	64,03%
Gastro-entérologie	12	4,74%	68,77%
Ophtalmologie	8	3,16%	71,94%
Chirurgie vasculaire	7	2,77%	74,70%
Médecine générale	7	2,77%	77,47%
Urologie	5	1,98%	79,45%
Médecine d'urgence / médecine aiguë	5	1,98%	81,42%
Oncologie	5	1,98%	83,40%
Cadiologie	5	1,98%	85,38%
Praticien de l'art infirmier	4	1,58%	86,96%
Psychiatrie	4	1,58%	88,54%
Médecin NP	3	1,19%	89,72%
Neurologie	3	1,19%	90,91%
Générale interne	3	1,19%	92,09%
Radiologie	3	1,19%	93,28%
Oto-rhino-laryngologie	3	1,19%	94,47%
Dentiste en général / inconnu	2	0,79%	95,26%
Hématologie	2	0,79%	96,05%
Chirurgie maxillofaciale et stomatologie	2	0,79%	96,84%
Chirurgie thoracique	2	0,79%	97,63%
Néphrologie	1	0,40 %	98,02%
Podologie	1	0,40 %	98,42%
Soins intensifs	1	0,40 %	98,81%
Chirurgie cardiaque	1	0,40 %	99,21%
Rhumatologie	1	0,40 %	99,60%
Chirurgie plastique	1	0,40 %	100,00%
<b>Total</b>	<b>253</b>	<b>100,00%</b>	

Source : Fonds des Accidents Médicaux

**Explications:** ces chiffres démontrent que les disciplines où le nombre d'accidents thérapeutiques est élevé, obtiennent également un score élevé dans la catégorie des dommages graves (certes, il se pourrait que, théoriquement, il y ait au sein de certaines disciplines davantage d'accidents où les lésions atteignent un seuil de gravité moins important).

### e. Lésions directes

Les lésions directes sont des lésions qui sont directement causées par les soins dispensés. Ces soins peuvent être la cause des lésions qui subsistent en définitive (invalidité), les séquelles donc; mais ce n'est pas toujours le cas. Par exemple, l'endommagement de l'uretère lors d'une opération est une lésion directe mais cela peut provoquer une péritonite, ensuite un empoisonnement du sang, un choc et finalement (en raison d'une polyneuropathie des soins intensifs ou « critical illness polyneuropathie ») la paralysie. La paralysie est alors la lésion finale (séquelle).

Tableau 19 - Lésions directes / globalement : au moment de l'avis final			
	Nombre de cas	%	Cumul %
Lésions locomotrices (membre supérieur ou inférieur)	131	23,2 %	23,2 %
Tractus gastro-intestinal + organes et paroi de l'abdomen	67	11,9%	35,0%
Lésions neurologiques périphériques	61	10,8%	45,8%
Lésions spinales	53	9,4%	55,2%
Lésions générales	45	8,0%	63,2%
Système urinaire	36	6,4%	69,6%
Lésions cérébrales	35	6,2%	75,8%
Lésions vasculaires	31	5,5 %	81,2%
Lésions dentaires et maxillo-faciales	22	3,9 %	85,1%
Lésions cutanées et lésions à la suite de chirurgie esthétique	15	2,7 %	87,8 %
Lésion oculaire	14	2,5%	90,3%
Lésions cardiaques	11	1,9 %	92,2%
Pulmonaire + paroi du thorax et médiastin	9	1,6 %	93,8%
Lésion ORL	9	1,6 %	95,4%
Lésions obstétriques	7	1,2 %	96,6%
Lésions psychiques	5	0,9 %	97,5%
Lésions spécifiques à l'anesthésie	4	0,7 %	98,2%
Lésions gynécologiques	5	0,9 %	99,1%
Lésions oncologiques	3	0,5 %	99,6%
Lésions endocrinologiques	2	0,4 %	100,0%
<b>TOTAL</b>	<b>565</b>	<b>100 %</b>	

Source : Fonds des Accidents Médicaux

## f. Séquelles

Tableau 20 - Séquelles : avis final			
	Nombre de cas	%	Cumul %
Séquelles locomotrices	141	24,6%	24,6%
Séquelles générales*	97	16,9%	41,5%
Séquelles neurologiques périphériques	63	11,0%	52,4%
Séquelles gastro-intestinales	52	9,1%	61,5%
Séquelles spinales	46	8,0%	69,5%
Séquelles cérébrales	37	6,4%	76,0 %
Séquelles uro-néphrologiques	26	4,5%	80,5%
Séquelles dentaires et maxillo-faciales	19	3,3 %	83,8%
Séquelles ophtalmologiques	14	2,4 %	86,2%
Séquelles ORL	12	2,1%	88,3%
Séquelles psychiques	12	2,1%	90,4%
Séquelles sous forme de cicatrice - infections superficielles	10	1,7 %	92,2%
Séquelles cardiaques	10	1,7 %	93,9%
Séquelles de chirurgie esthétique	8	1,4 %	95,3%
Séquelles touchant les voies respiratoires	7	1,2 %	96,5%
Séquelles obstétriques (fœtus et mère)	4	0,7 %	97,2%
Séquelles vasculaires périphériques	3	0,5 %	97,7%
Séquelles oncologiques	3	0,5 %	98,3%
Séquelles andrologiques	3	0,5 %	98,8%
Multiples**	3	0,5 %	99,3%
Séquelles endocrines	2	0,3 %	99,7%
Séquelles gynécologiques	1	0,2 %	99,8%
Aucun dommage	1	0,2 %	100,0%
<b>TOTAL</b>	<b>574</b>	<b>100 %</b>	
<p>* : Séquelles générales :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- non précisé</li> <li>- pas</li> <li>- dommage moral permanent</li> <li>- résultat insatisfaisant</li> <li>- traitement retardé / alourdi</li> <li>- malaise non précisé</li> <li>- arrêt cardiaque</li> <li>- choc</li> <li>- séquelle d'une fascite nécrosante</li> <li>- cachexie</li> <li>- infection chronique/récurrente générale</li> <li>- pathologie systémique</li> <li>- autre</li> </ul> <p>** : Multiples : plusieurs séquelles simultanées</p>			
Source : Fonds des Accidents Médicaux			

## III. Autres activités des médecins

### 1. Les médecins internes

Dans le courant de l'année 2015, deux médecins néerlandophones et deux médecins francophones ont été engagés au sein du Fonds. Deux médecins francophones ont quitté le Fonds.

Fin 2015, le médecin-coordonateur a remis sa démission.

### 2. Le réseau d'experts externes

Mettre sur pied un réseau d'experts externes n'est pas une mince affaire. Le FAM recherche des experts hautement qualifiés dans leur domaine technique, qui peuvent et veulent bien émettre en toute indépendance un avis solide et motivé et cela dans un délai très bref. Ces spécialistes ne sont pas toujours familiarisés avec les procédures en matière d'expertises, encore moins avec l'évaluation de dommages. Le Fonds s'efforce donc de trouver une solution pour combiner 'médecine de pointe' et évaluations correctes.

La meilleure solution à ce jour consiste en des "experts en duo" : un médecin expérimenté et/ou formé en expertise (judiciaire) collabore avec un spécialiste en la matière.

De nombreux contacts ont été pris, les procédures sont en cours, le réseau est élargi de manière progressive et continue.

### 3. Présentations

Il apparaît à nouveau que les objectifs du Fonds des accidents médicaux ne sont pas toujours bien perçus ou sont méconnus, dans le chef tant des dispensateurs de soins que du grand public. Ceci donne lieu à des demandes inutiles et à de faux espoirs.

Les collaborateurs du Fonds consacrent dès lors aussi du temps à présenter le FAM à des associations scientifiques de médecins et autres, lors de symposiums, de réunions de GLEM (groupe local d'évaluation médicale) de médecins, etc., à l'exception d'initiatives commerciales.

- Formation pour les médecins des assurances : UA Antwerpen
- 25.03.2015 : Réunion d'information pour les médecins experts du Fonds
- 19.11.2015 LOK Aalter : FAM les procédures et la pratique
- 24.11.2015 UIA Ahleic : le FAM d'un point de vue médical
- 28.11.2015 clinique de la douleur : le FAM : pas d'accouchement sans douleur
- 24.03.2015 ophtalmologues Francorchamps
- 1 04.2015 médecins à Gand
- 8.12.2015 Formation pour les experts qui interviennent au nom du FONDS

Tout comme par le passé, on constate lors de ces rencontres avec les dispensateurs de soins qu'ils se font encore de fausses idées sur la loi relative à l'indemnisation des victimes de dommages liés aux soins de santé et sur le Fonds : citons comme exemple frappant le fait qu'ils pensent que la loi du 31 mars 2010 est une loi "no fault" et qu'ils imaginent à tort que le Fonds verse des indemnités dans tous les cas de lésions graves.

## 4. 'Consentement libre et éclairé'

Dans les premiers rapports rendus par certains experts, le Fonds a constaté que ceux-ci traitaient souvent le "consentement libre et éclairé (c'est-à-dire les informations données au patient et le consentement de ce dernier pour l'intervention) avec désinvolture. Les dispensateurs de soins connaissent trop peu (les dispositions de) la loi relative aux droits du patient à cet égard. Le FAM a insisté sur le fait d'être attentif à cet aspect, tant au moment de récolter les informations qu'au moment de l'expertise.

Depuis 2015, le Fonds porte, dans chaque dossier, une attention particulière à la question du consentement libre et éclairé.



Partie 5  
Informations financières  
« missions »



Après avoir abordé les statistiques relatives aux activités « missions » du Fonds, il convient d'examiner le budget et le coût potentiel de ces différentes missions pour le Fonds. Cette 5<sup>e</sup> partie est ainsi consacrée aux informations financières et aux budgets 2015 et 2016 du Fonds. Ces budgets 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 1<sup>er</sup> septembre 2012, de nombreuses expertises ont été réalisées et les premières indemnisations ont été versées au cours de l'année 2015. Contrairement aux années précédentes où le nombre d'indemnisations ne permettait pas de fournir des statistiques significatives, les premières statistiques relatives aux indemnisations effectivement versées par le Fonds peuvent être à présent communiquées.

Outre ces chiffres consacrés aux indemnisations, l'attention portera également, comme chaque année sur, les statistiques financières relatives aux coûts des expertises nécessaires à la bonne exécution des missions du Fonds, qu'il s'agisse d'expertises unilatérales, amiables ou de demandes d'avis à des avocats spécialisés.

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

## I. Budgets 2015 et 2016 – Missions

Le tableau ci-dessous présente les moyens mis à disposition du Fonds en 2015 pour exécuter ses missions.

Tableau 21 - Budget missions 2015	
Rubrique	Budget 2015
8157 – Contentieux relatif aux missions de l'institution	110.000
8158 – Honoraires autres que pour le contentieux	805.000
80500 – Prise en charge des frais incombant aux bénéficiaires : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Indemnisations : 2.601.000 EUR</li> <li>○ Sinistres catastrophiques : 4.895.613 EUR</li> <li>○ Infections nosocomiales : 1.456.733 EUR</li> <li>○ Expertises contradictoires : 1.503.180 EUR</li> </ul>	10.456.526
<b>TOTAL</b>	<b>11.371.526</b>
Source : Fonds des Accidents Médicaux	

Le tableau ci-dessous présente les moyens 2016 mis à la disposition du Fonds pour exécuter ses missions.

Tableau 22 - Budget missions 2015	
Rubrique	Budget 2016
8157 – Contentieux relatif aux missions de l'institution	110.000
8158 – Honoraires autres que pour le contentieux	805.000
80500 – Prise en charge des frais incombant aux bénéficiaires :	10.220.555
• Indemnisations : 2.370.000 EUR	
• Sinistres catastrophiques : 4.806.512 EUR	
• Infections nosocomiales : 1.500.436 EUR	
• Expertises contradictoires : 1.543.607 EUR	
<b>TOTAL</b>	<b>11.135.555</b>
Source : Fonds des Accidents Médicaux	

## 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 pour une 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 spécialistes 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 sont réalisées.

Ces budgets « missions » ont été établis sur la base des données réelles existantes (principalement pour les frais d'expertises), d'une étude KCE (rapport 107B : « Indemnisation des dommages résultant de soins de santé ») **et dans les limites accordées par le gouvernement** (montant annuel, à charge des frais d'administration de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, fixé par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres selon l'article 10 de la loi du 31 mars 2010) tenant compte de la perspective raisonnable d'indemnisation en 2015 et 2016, vu la durée de traitement d'un dossier. En effet, le budget normal et initial est nettement plus élevé en tenant compte du nombre de cas simulés et calculés par le KCE.

Dans la suite de ce rapport, ces budgets seront mis en parallèle avec les dépenses de missions réalisées en 2015 et plus particulièrement les dépenses liées aux expertises, qu'elles soient unilatérales ou contradictoires, et aux indemnisations.

## II. Budgets 2015 et 2016 – Gestion

Outre le 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 2015 et 2016.

Tableau 23 - Budget de gestion 2015		
Budget 2015	TOTAL	%
Personnel	3.034.029	66,3%
Fonctionnement ordinaire	665.867	14,5%
Investissements mobiliers	32.231	0,7%
Fonctionnement informatique	745.090	16,3%
Investissements informatiques	100.000	2,2%
<b>TOTAL budget de gestion</b>	<b>4.577.217</b>	<b>100%</b>
Source : Fonds des Accidents Médicaux		

Tableau 24 - Budget de gestion 2016		
Budget 2016	TOTAL	%
Personnel	3.270.000	67,72%
Fonctionnement ordinaire	688.079	14,25%
Investissements mobiliers	17.000	0,35%
Fonctionnement informatique	752.541	15,59%
Investissements informatiques	101.000	2,09%
<b>TOTAL budget de gestion</b>	<b>4.828.620</b>	<b>100%</b>
Source : Fonds des Accidents Médicaux		

Parmi les dépenses prévues par le budget de gestion, se trouvent 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.

Il faut noter que le budget 2015 a été adapté à une reprise en cours d'année afin de tenir compte du paiement de l'arriéré des primes de compétence en 2015. Cette adaptation a eu pour conséquence une augmentation des frais de personnel, et donc du budget de gestion, de 6.924 euros.

En ce qui concerne le budget 2016, les crédits de personnel ont été revus légèrement à la hausse afin de tenir compte du plan de personnel alors que le budget des missions a été ré-estimé en fonction des besoins réels estimés pour le Fonds sur base de l'exercice 2015.

Concernant de la répartition du budget de gestion du Fonds, on constate sans surprise que les dépenses de personnel sont les plus importantes, avec près de 68% du budget de gestion. 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. Statistiques financières concernant les missions

Il convient à présent d'examiner les statistiques « missions » du Fonds. En effet, de nombreuses expertises ont été réalisées par le Fonds et ont permis de récolter certaines données financières relatives aux missions du Fonds. Cette partie fournit des statistiques et, des 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.

Le tableau ci-dessous reprend les données relatives aux expertises et aux demandes d'avis ainsi que le montant et le nombre d'indemnisations payés depuis le démarrage du Fonds (statistiques arrêtées au 31/12/2015). Les données relatives aux expertises seront d'abord analysées et présentées sous forme de graphiques afin d'avoir une vision plus claire de la nature des expertises, de leur répartition et de leur coût. L'examen portera ensuite sur les données relatives au coût des différentes indemnisations déjà versées.

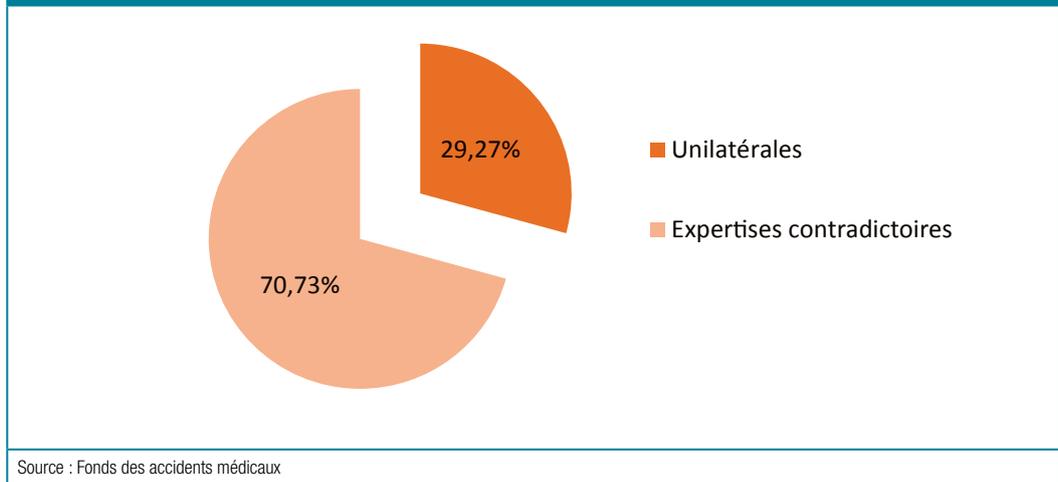
**Tableau 25 - Coût des expertises du FAM**

Type	Nombre d'expertises facturées / indemnisations versées	Coût total	Coût moyen
<b>Expertises</b>	<b>731</b>	<b>1.280.819,02 EUR</b>	<b>1.752,15 EUR</b>
- Unilatérales	214	202.416,73 EUR	945,87 EUR
- Expertises médicales amiables	517	1.078.402,29 EUR	2.085,88 EUR
<b>Frais d'avocats</b>	<b>191</b>	<b>330.245,18 EUR</b>	<b>1.729,03 EUR</b>
- Demandes d'avis	170	289.045,64 EUR	1.700,27 EUR
- Contentieux	21	41.199,54 EUR	1.961,88 EUR
<b>Indemnisations</b>	<b>14</b>	<b>1.353.371,06 EUR</b>	<b>96.669,36 EUR</b>
<b>Total</b>	<b>936</b>	<b>2.964.435,26 EUR</b>	<b>-</b>

Source : Fonds des Accidents Médicaux

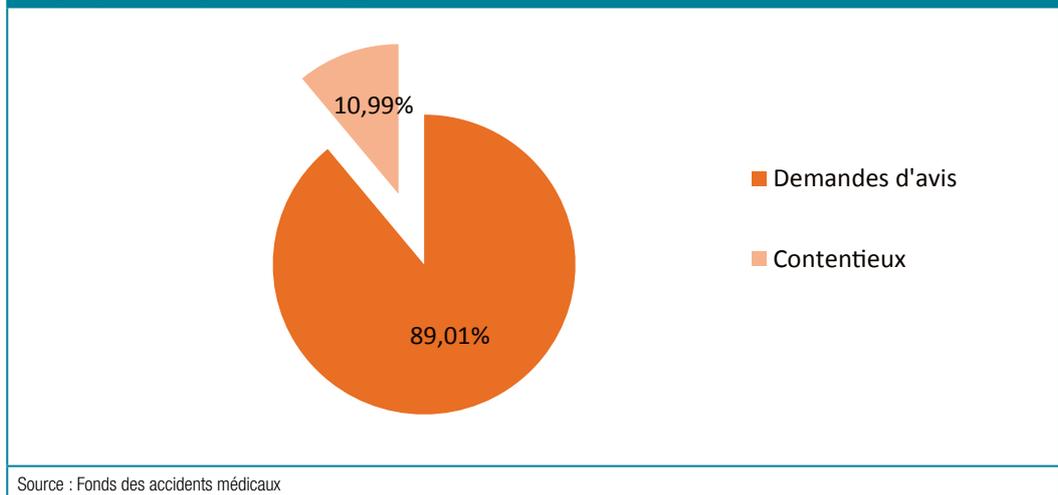
La première constatation qui peut être faite est que les expertises contradictoires sont plus nombreuses que les expertises unilatérales. En effet, comme l'indique le graphique ci-dessous, les proportions d'expertises contradictoires et unilatérales sur l'ensemble des expertises sont respectivement de 70,73% et 29,27%. Il s'agit d'un constat intéressant étant donné qu'un an auparavant, la proportion était de 61,11% pour les expertises contradictoires et de 38,89% pour les unilatérales. On constate donc qu'il y a eu une progression plus forte des expertises contradictoires par rapport aux unilatérales au cours des derniers mois. On peut même aller plus loin en précisant que deux ans auparavant la proportion était proche du 50-50 en ce qui concerne le type d'expertise. On voit donc très clairement que le Fonds privilégie de plus en plus l'expertise contradictoire par rapport à l'expertise unilatérale.

**Graphique 24 - Répartition expertises unilatérales et contradictoire facturées**



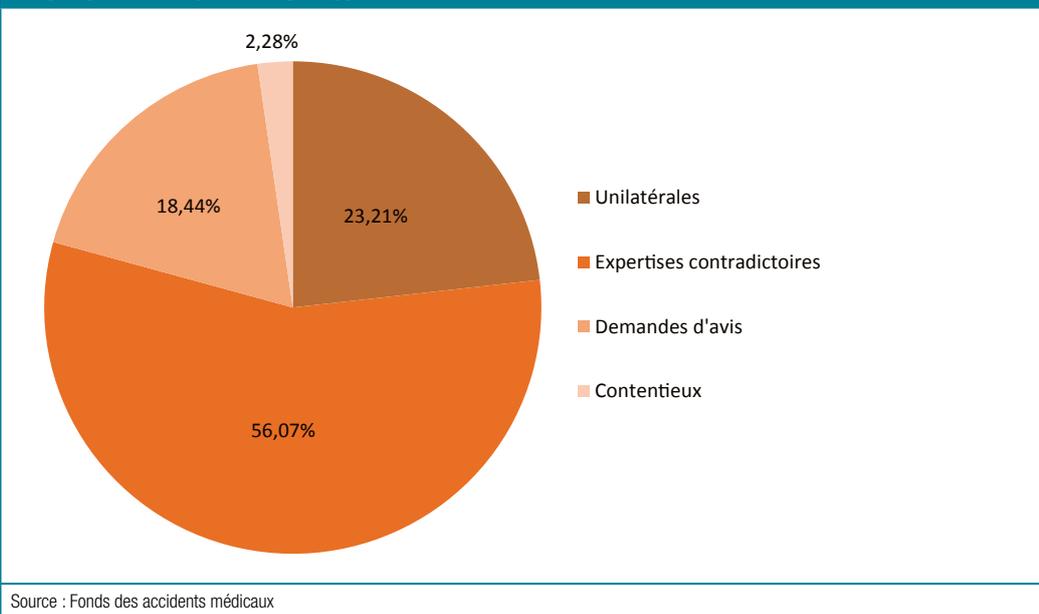
Concernant les frais d'avocats, et plus particulièrement le nombre d'appels faits aux différents avocats, on constate que la plupart des demandes concerne la relecture des avis préparés par le Fonds, avec près de 90% des demandes. Le nombre d'appels à des avocats pour représenter le Fonds dans le cadre de procédures juridiques ne représente actuellement que 10% des demandes faites aux avocats. Il s'agit ici d'une constatation logique puisque les premières procédures juridiques ne peuvent avoir lieu que lorsqu'une décision a été rendue par le Fonds, ce qui peut prendre beaucoup de temps pour certains dossiers.

**Graphique 25 - Répartition des appels à des avocats**



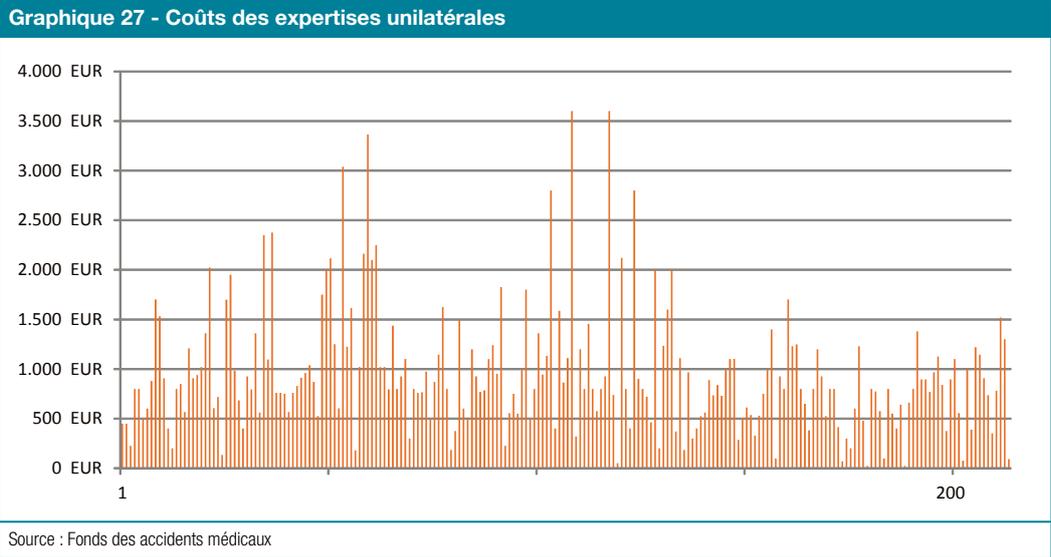
Si on regroupe les deux graphiques précédents, on peut clairement voir que près de 80% des factures qui sont payées actuellement par le Fonds concernent des expertises demandées dans le cadre du traitement d'un dossier. Les factures relatives à des frais d'avocats ne représentant que 20% des factures honorées. Ce constat est assez logique, étant donné que les avis des avocats spécialisés ne sont demandés qu'en fin de traitement des dossiers, après que les expertises amiables et unilatérales aient permis de dégager les dossiers pour lesquels une indemnisation est envisageable.

Graphique 26 - Répartition par type de factures



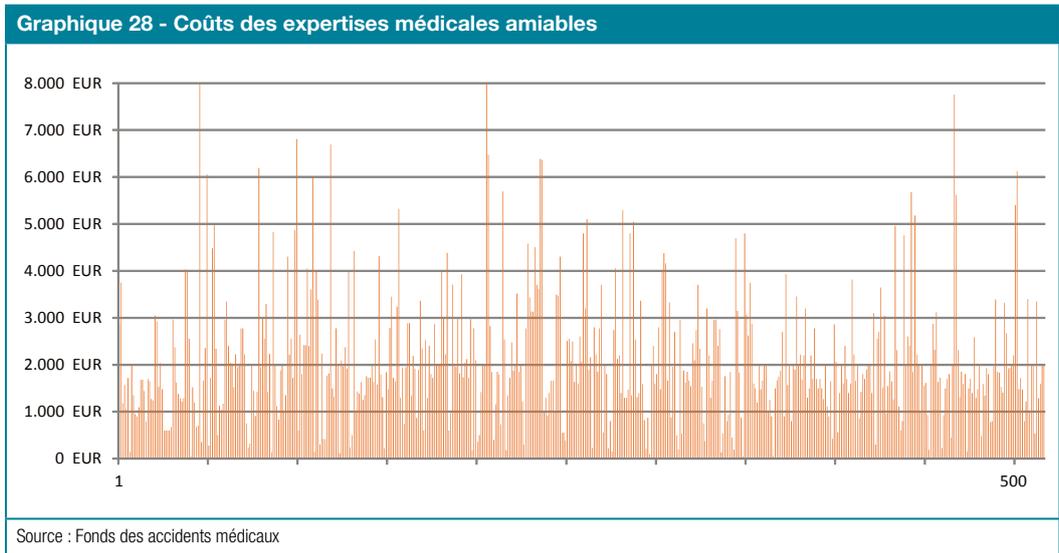
Après avoir analysé le nombre de factures, attardons nous sur le coût de ces expertises et demandes. C'est sans surprise que l'on constate que les expertises contradictoires sont les plus onéreuses avec un coût moyen de 2.085,88 EUR contre 1.961,88 EUR pour les contentieux, 1.700,27 EUR pour les demandes d'avis et à peine 945,87 EUR pour les expertises unilatérales. Un constat intéressant à faire par rapport aux chiffres du rapport précédent est que les coûts moyens des expertises (unilatérales et expertises contradictoires) ont globalement diminué alors que les coûts moyens des factures d'avocats (avis et contentieux) ont augmenté.

Au niveau des coûts, le tableau ci-dessus est intéressant mais il ne donne pas de détail sur la fourchette de coût. En effet, il est utile de voir si toutes les expertises et demandes d'avis se situent dans le même ordre de coût ou bien si quelques-unes font gonfler la moyenne. C'est pourquoi les graphiques ci-dessous reprennent l'ensemble des expertises et demandes facturées ainsi que leurs coûts respectifs.



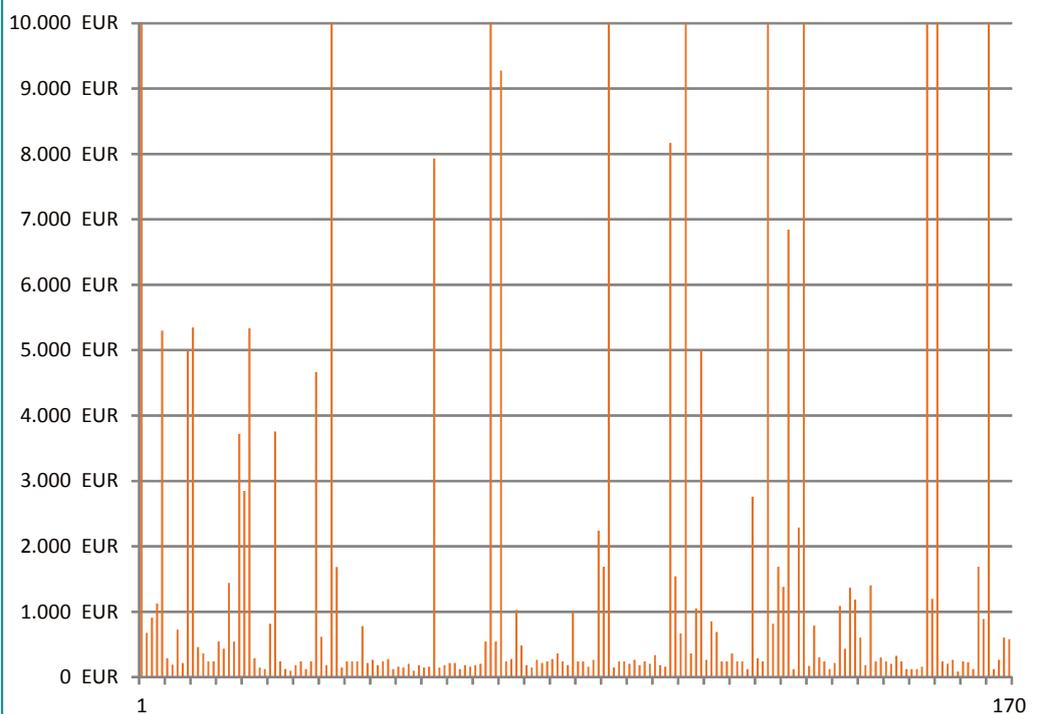
On peut constater sur ce graphique que les coûts des expertises unilatérales sont relativement homogènes. En effet, la grande majorité des coûts se situe entre 200 et 2.000 EUR avec une moyenne légèrement en dessous de 1.000 EUR comme mentionné ci-dessus. Seules six expertises dépassent les 2.500 EUR, ce qui représente moins de 3% des expertises unilatérales.

Regardons maintenant ce qu'il en est pour le coût des expertises médicales amiables :



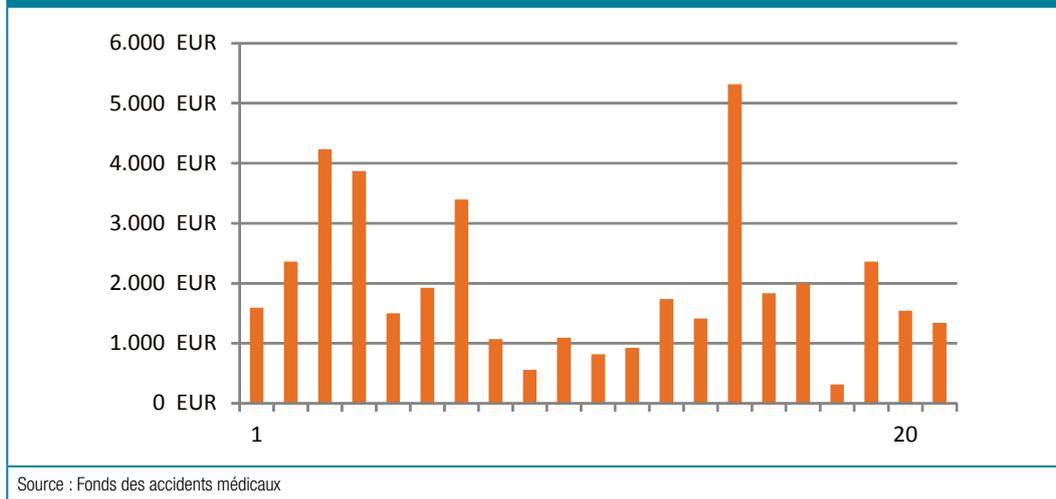
Par rapport au graphique précédent, on se rend tout de suite compte que les coûts des expertises amiables sont non seulement plus volatils mais également plus élevés. En effet, ceux-ci se situent dans une marge plus large, comprise entre 500 et 6.000 EUR (il est à noter que deux expertises contradictoires ressortent du graphique avec des montants de 13.400 EUR et 9.400 EUR mais pour une question de lisibilité, il a été choisi de limiter la valeur de l'axe à 8.000 EUR). Cependant, il faut nuancer cette constatation car la plupart des coûts naviguent entre des montants de 500 EUR et 3.000 EUR.

Graphique 29 - Coût des demandes d'avis



Source : Fonds des accidents médicaux

En ce qui concerne les demandes d'avis, on remarque tout de suite une grande disparité dans les coûts puisque ceux-ci varient de 96,80 EUR pour la moins onéreuse à 27.243,15 EUR pour la plus coûteuse. L'explication de ces fortes variations se trouve dans le nombre d'avis par facture. En effet, alors que pour les expertises une facture est généralement liée à un seul dossier, pour les demandes d'avis, une même facture peut être envoyée pour plusieurs dossiers simultanément. Néanmoins, on remarque que la majorité des coûts des avis ne dépasse pas 3.000 EUR.

**Graphique 30 - Coût des contentieux**

Terminons cette partie relative aux coûts des expertises par mentionner les montants demandés dans le cadre d'une procédure juridique. On voit que les coûts se situent dans la moyenne avec des montants compris majoritairement entre 200 et 2.000 EUR. Cependant, on doit être prudent avec les chiffres relatifs aux dossiers contentieux, étant donné qu'à ce jour, seules 21 factures ont été payées, ce qui est relativement faible par rapport aux autres types de factures. Ces chiffres demanderont donc à être confirmés dans les prochains mois.

Il est temps maintenant d'aborder les chiffres relatifs aux indemnités. En effet, pour la première fois dans le rapport annuel, il y a suffisamment de données pertinentes pour pouvoir réaliser une analyse chiffrée sur ces indemnités. Voici le détail des 14 indemnités versées à ce jour (au 31/12/2015) par le Fonds :

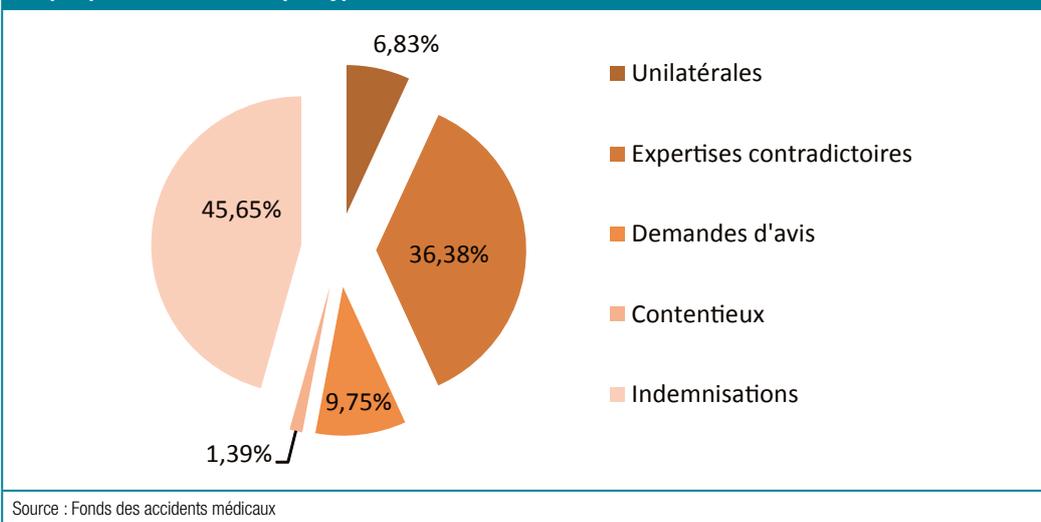
**Tableau 26 - Indemnités payées par le FAM**

Date du versement	Montant (en EUR)
03-12-2014	122.575,01
23-02-2015	66.532,36
26-03-2015	2.937,15
29-04-2015	2.708,54
08-05-2015	144.506,00
11-08-2015	5.400,00
04-09-2015	106.180,59
16-10-2015	5.490,00
20-10-2015	415.860,99
06-11-2015	54.909,74
30-11-2015	140.622,20
09-12-2015	102.542,42
11-12-2015	92.049,49
18-12-2015	91.056,57

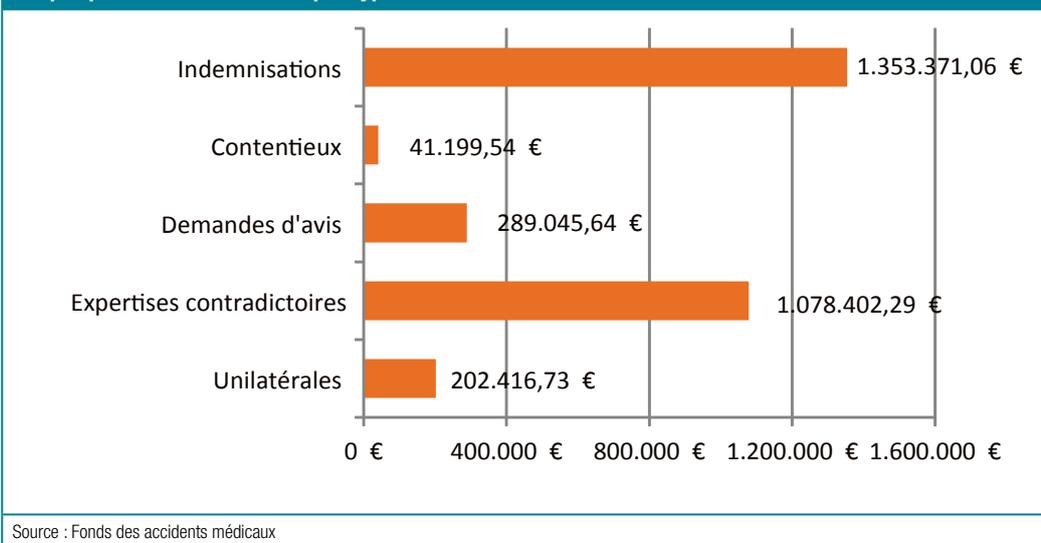
Source : Fonds des accidents médicaux

Le tableau ci-dessus souligne la grande diversité financière des indemnités versées par le Fonds. En effet, selon le type de dossier (type de dommage, gravité, ...) les montants versés peuvent être très différents. La constatation que l'on peut faire est que les montants versés sont bien plus importants que les montants des expertises et frais d'avocats. Les graphiques ci-dessous indiquent en effet que le montant total des indemnités représente plus de 45% du montant total des frais encourus par le Fonds depuis son démarrage en septembre 2012. Plus précisément, on constate que 14 indemnités représentent un montant plus élevé que celui des 731 expertises déjà payées (1.353.371,06 EUR contre 1.280.819,02 EUR).

Graphique 31 - Ventilation par type de coût



Graphique 32 - Montant total par type de coût



Au regard de ces constatations il conviendra dans les mois à venir d'être très attentif à l'évolution de ces indemnités car si leur nombre augmente de manière importante, les coûts y afférents risquent d'exploser.



Partie 6

Recommandations pour  
prévenir les dommages  
résultant de soins de santé



La loi du 31 mars 2010 prévoit que le rapport d'activité annuel contient les recommandations du Fonds pour prévenir les dommages résultant de soins de santé. En effet, cette loi attribue au Fonds, outre sa mission principale relative à l'indemnisation des dommages liés aux soins de santé, une mission de prévention sur la base de constats pouvant être établis à la lumière du traitement des dossiers déposés et des discussions générales qui peuvent être entamées au sein du Comité de gestion du Fonds.

Jusqu'à présent, le Fonds ne disposait pas de suffisamment de recul et d'expertise pour être en mesure de formuler de telles recommandations. Il était indispensable de constituer un ensemble de données suffisamment représentatives pour accomplir cette mission.

Les efforts consentis en 2014 pour affiner les statistiques ont été poursuivis en 2015. Le résultat de ce travail est intégré dans le nouveau logiciel et sera encore davantage ajusté et affiné.

Ces efforts combinés à l'augmentation constante du nombre de dossiers ont donné lieu, fin 2015, à la constitution d'une base de données sur la base de laquelle des recommandations peuvent être formulées.

En lien avec le Comité de gestion, le Fonds engagera une réflexion sur les recommandations et les éventuelles mesures de prévention.

# Partie 7

## Avis du Fonds



Conformément à la loi du 31 mars 2010, les avis que le FAM estime devoir émettre sur les différentes matières relevant de sa compétence (indemnisation et prévention) seront exposés et commentés dans le rapport annuel, entre autres à la demande de la ministre mais aussi à sa propre demande.

C'est pourquoi le FAM juge utile d'exposer ci-après quelques positions adoptées par le Comité de gestion qui peuvent apporter, à tous les intéressés, davantage de clarté dans les matières relevant de la compétence du FAM.

## I. Positions concernant l'expertise contradictoire et la notion de caractère contradictoire à travers les différentes phases de l'analyse de la demande

Compte tenu des recommandations, formulées par le Comité de gestion dans le cadre de sa mission et concernant le suivi du déroulement de l'expertise et la surveillance du caractère contradictoire dans le cas d'une expertise contradictoire, le FAM a notamment complété la mission d'expertise et pris des mesures suite aux différentes positions abordées ci-après.

### 1. La mission d'expertise

#### a. Introduction du principe de déclaration

Afin de garantir encore mieux la transparence de la procédure du FAM, le Comité de gestion a décidé d'ajouter une « déclaration » (disclosure) à la mission d'expertise contradictoire.

Concrètement, cela signifie que l'on a élargi la mission par l'ajout de deux paragraphes :

En acceptant sa mission, l'expert fait mention de ses compétences, à savoir son diplôme, ses agréments en tant que spécialiste, son expérience professionnelle par rapport à l'objet de sa mission ainsi que d'éventuels jugements pénaux et/ou disciplinaires liés à l'exercice de sa profession ou d'éventuels conflits d'intérêts tels qu'une activité ou des prestations d'avis pour des compagnies d'assurances ou d'autres clients. L'expert mentionne également ces informations dans son rapport d'expertise.

L'expert veille à ce qu'au moment de se présenter en vue de suivre l'expertise, les conseillers qui souhaitent participer à l'expertise communiquent contradictoirement, à l'expert et aux autres parties, leurs identité et adresse, ainsi que l'identité de leur client et leurs qualifications (par exemple : médecin, avocat, etc).

## b. La notion de caractère contradictoire à travers les différentes phases de l'enquête

### PHASE AVANT L'EXPERTISE CONTRADICTOIRE : DIRECTIVES RELATIVES AUX PIÈCES À TRANSMETTRE À L'EXPERT

Le caractère transparent du choix des documents est très important, ce qui explique la raison pour laquelle toutes les pièces doivent toujours être transmises à titre contradictoire.

Dès qu'il existe un doute quant à la pertinence des documents, il y a lieu de les classer dans le dossier de l'expertise.

La suppression de documents dans le dossier doit se faire avec une extrême prudence.

Il s'agit d'un choix politique du Fonds de ne pas transmettre les pièces non pertinentes et ce, par respect pour la vie privée du patient.

### PHASE DE L'EXPERTISE CONTRADICTOIRE : EXTENSION DE L'EXPERTISE EN COURS

Une expertise contradictoire est organisée :

- en cas de dommage grave ;
- lorsqu'il n'y a pas assez d'informations au terme de l'expertise unilatérale ;
- en cas de suspicion de responsabilité .

Dans certains cas, une extension de l'expertise contradictoire est indiquée, par exemple quand une tierce partie ou un nouveau dispensateur de soins est concerné.

Toutes les parties sont alors associées de manière contradictoire<sup>1</sup> à l'expertise en cours. Ce n'est qu'après que l'expert pourra émettre un avis médical.

Suite à cette extension, non seulement les nouveaux éléments qui interviennent sont pris en compte pour l'évaluation mais tous les éléments déjà existants ou discutés sont repris lors de la prochaine séance (supplémentaire).

Le Fonds interviendra le plus rapidement possible et veillera au caractère contradictoire de l'expertise.

Il est par ailleurs recommandé et/ou expliqué ce qui suit :

- si un rapport final a déjà été établi, le Fonds doit désigner un autre expert
- au cas où l'expert concerné a déjà adopté des positions, le Fonds doit lancer une nouvelle expertise avec un autre expert en raison de la perception négative et afin de garantir l'impartialité et l'indépendance
- l'extension de l'expertise est donc possible tant que l'expert n'a pas formulé d'avis sur l'accident médical sans responsabilité ou sur la responsabilité et que l'expert fait preuve de la prudence nécessaire pour respecter le caractère contradictoire vis-à-vis de la tierce partie
- la tierce partie doit être associée et ce n'est qu'après avoir respecté le caractère contradictoire que l'expert pourra émettre un avis

1. C'est-à-dire que l'expert n'effectue aucun acte et n'enregistre aucune déclaration si toutes les parties ne sont pas présentes ou n'ont pas été convoquées régulièrement à participer à l'expertise.

- le fait d'associer une tierce partie à la même expertise aux conditions susmentionnées ne constitue pas une nouvelle expertise mais une extension de l'expertise existante
- une extension de l'expertise est possible moyennant une formulation correcte.

En ce qui concerne le rôle du Fonds, il a été décidé que :

- le Fonds offrira une assistance procédurale et administrative mais qu'il ne sera jamais associé au contenu de l'expertise contradictoire
- l'adaptation de la mission est une chose délicate et qu'elle n'est possible qu'en début et non en cours de procédure et certainement pas après que l'expert a pris position
- l'intervention du Fonds doit être communiquée à toutes les parties
- le Fonds ne doit pas s'empresser d'envoyer des documents à l'expert en cas d'expertise contradictoire. Ceci dans le seul but de protéger la vie privée lorsque les pièces ne sont manifestement pas pertinentes pour le traitement du dossier. Le Fonds apporte toutefois son soutien administratif à l'expert pour le classement des pièces
- l'accent doit être mis sur le respect du calendrier moyennant une part de pragmatisme et de flexibilité dans le chef de l'expert.

#### PHASE APRÈS L'EXPERTISE CONTRADICTOIRE

En ce qui concerne l'avis rédigé par le Fonds au terme de l'expertise contradictoire, l'administration constate que des critiques sont formulées, essentiellement par des avocats des prestataires de soins et/ou des assureurs concernés concernant la contradiction et/ou le non-respect des droits de la défense.

Il s'agit néanmoins d'une opinion erronée et l'objectif n'est pas que la phase post expertise contradictoire se poursuive en mode contradictoire. Cela n'est pas non plus prévu dans la loi.

La procédure devant le Fonds est une procédure administrative où le caractère contradictoire doit être respecté pendant l'expertise contradictoire et doit être distingué de la procédure judiciaire.

Le Fonds peut légalement déroger à l'avis de l'expert.

La loi n'oblige pas le Fonds à garantir, dans la phase qui suit l'expertise, le caractère contradictoire.

Il n'en demeure pas moins que les membres du groupe de travail et du Comité de gestion estiment souhaitable que le Fonds donne aux parties l'occasion de réagir (comme déjà discuté précédemment, l'« audition » des parties est une procédure qui peut avoir pour but de donner aux parties concernées l'occasion d'exprimer leur point de vue sur l'accident lui-même). C'est pourquoi le Comité de gestion propose de soumettre un avis provisoire aux parties si le Fonds déroge à l'avis médical de l'expert, afin de garantir le caractère contradictoire.

Ceci pourrait se faire par écrit mais vu la vulnérabilité du patient, une séance d'audition serait souhaitable.

Dans l'avis définitif, il y a lieu de tenir compte des arguments écrits avancés et/ou des arguments avancés lors d'une éventuelle audition.