

Rapport d'activités du Fonds des accidents médicaux 2017



Sommaire

Préface	3
---------------	---

Mot de la direction	4
---------------------------	---

Partie 1 - Missions du Fonds des accidents médicaux.....	7
--	---

I. Introduction.....	8
----------------------	---

II. Mission d’avis, d’indemnisation et de médiation (Art.8, § 1 ^{er}).....	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.....	23
--	----

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 soins de santé en lien avec l’accident médical déclaré.....	33
--	----

5. Répartition des dossiers selon la personne intruisant 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	36
---	----

8. Nombre de dossiers recevables et irrecevables et répartition linguistique	37
--	----

9. Avis.....	39
--------------	----

10. Indemnisations.....	41
-------------------------	----

11. Contentieux.....	42
----------------------	----

Partie 4 bis - Statistiques médicales..... 43

I. Considérations générales	44
1. L'encodage	44
2. Limitations des chiffres actuels.....	44
II. Statistiques	44
III. Autres activités des médecins.....	50
1. Les médecins internes.....	50
2. Le réseau d'experts externes.....	50
3. Présentations	50

Partie 5 - Informations financières « missions » 53

I. Budget et réalisations - Missions	54
Commentaires	55
II. Budget et réalisations – Gestion.....	56
III. Comparaison budget et réalisations 2017.....	57
IV. Statistiques financières concernant les missions.....	58

Partie 6 - Recommandations pour prévenir les dommages résultant de soins de santé 63

Partie 7 - Avis du Fonds..... 65

I. Positions concernant l'expertise contradictoire et la notion de caractère contradictoire à travers les différentes phases de l'analyse de la demande.....	66
1. La mission d'expertise	66
2. Approche d'avantage axée sur les dommages	69

Préface

Cher lecteur, chère lectrice,

Cette sixième édition du rapport d'activités du Fonds dresse une nouvelle fois le bilan en attirant par ailleurs l'attention non seulement sur l'avancée des travaux mais aussi sur les difficultés auxquelles le Fonds est confronté.

Nous présentons les statistiques sur les activités de la même façon que dans le rapport d'activités précédent. Le rapport établit une comparaison avec l'année 2016 et, pour certains aspects, avec la situation à l'époque où le Fonds a démarré ses activités. Cela nous permet d'analyser l'évolution.

Malgré les efforts permanents du Fonds, force est de constater que le traitement des dossiers continue à accuser un retard important.

La concrétisation du Masterplan (2014) fait l'objet d'un suivi mené en étroite collaboration entre le Fonds et les services généraux de l'INAMI. Le Comité continue d'insister pour que les postes vacants soient pourvus au plus vite afin que les dossiers puissent être traités rapidement et correctement.

L'année 2017 a été marquée par la mise en service du nouveau logiciel DAMO (Dossiers Accidents Médicaux/Medische Ongevallen). Le logiciel a d'abord été employé par les utilisateurs clés fin 2016 et depuis le 1^{er} avril 2017, il est utilisé par tous les collaborateurs du Fonds. Toutes les données de l'application précédente ont été migrées. Naturellement, des améliorations et des compléments ont encore été apportés à ce logiciel après l'implémentation. Le logiciel est actuellement limité aux phases 1 et 2 de l'analyse d'un dossier de demande. Outre DAMO, l'accent est mis sur l'échange de données médicales et d'images médicales par voie électronique. Des contacts ont été pris avec des fournisseurs de logiciels.

Une préoccupation importante que partagent tant le Comité que le Fonds a trait à l'arriéré actuel qui reste important malgré tous les efforts déployés. Pour accélérer le traitement des dossiers, décision a été prise mi-2017 de modifier plusieurs points de la procédure dans le but d'adopter une approche axée davantage sur le dommage. Ainsi c'est l'expertise unilatérale qui est choisie pour les dossiers où rien n'indique que le degré de gravité est atteint. Dans la mesure du possible, l'avis est basé sur une analyse réalisée par les médecins internes. La possibilité de traiter en priorité des dossiers comportant des dommages très graves a également été prévue.

Outre ce changement de procédure, le Fonds doit investir davantage encore dans la concertation et la communication, tant avec la victime et le prestataire de soins qu'avec son assureur.

Toutes ces initiatives visent un traitement rapide et qualitatif des nombreuses demandes que le Fonds a reçues dès le début. Même si la tâche assignée au Fonds est complexe, rattraper le retard reste la priorité absolue. Le Comité de gestion continue à y veiller et, en collaboration avec le directeur et toute l'équipe du Fonds, il cherche à résoudre les problèmes qu'il rencontre. Tous les acteurs concernés sont à juste titre pleinement conscients de l'importante mission sociale confiée au Fonds.

Geneviève Schamps
Présidente du Comité de gestion

Steven Lierman
Vice-Président du Comité de gestion

Mot de la direction

L'année 2017 est la cinquième année complète de fonctionnement du Fonds des accidents médicaux (FAM), un service public intégré à l'INAMI depuis 2013 comme troisième secteur de l'assurance soins de santé et indemnités.

L'intégration du FAM dans l'INAMI correspondait à la volonté politique de gérer les accidents médicaux dans le contexte de l'assurance soins de santé. Les pouvoirs publics indiquent qu'il convient d'assurer un traitement public (dans tous les sens du terme), au moyen d'avis ou d'indemnisations, des dommages découlant d'une prestation de santé. Il s'agit donc d'un système d'indemnisation social et public pour des accidents et des dommages résultant de soins de santé, via l'assurance soins de santé. Ce système d'indemnisation est parallèle ou complémentaire à la voie judiciaire suivie pour obtenir la reconnaissance d'un accident médical, la fixation de la responsabilité de cet accident médical, mais aussi l'indemnisation possible des dommages à charge du prestataire responsable ou du Fonds dans les conditions prévues par la loi du 31 mars 2010.

En tant que directrice du FAM, avec toute l'équipe, avec nos partenaires au sein du Comité de gestion et avec notre réseau d'experts externes, je suis fière de relever ce défi de l'assurance soins de santé et indemnités et je m'y engage pleinement.

Je suis parfaitement consciente de l'importance de cette mission, tant pour les demandeurs que pour les prestataires ; le présent rapport d'activité vous informera le plus lucidement et objectivement possible des avancées et des difficultés rencontrées.

Début 2017, le FAM a enregistré 507 demandes en 2017. À la date du 31.12.2017, un total de 4.273 demandes ont été enregistrées depuis le lancement du Fonds.

Mais vous pouvez aussi constater qu'environ 40 % des demandes ont été clôturées et donc qu'environ 60 % d'entre elles étaient encore en traitement au 31.12.2017, principalement en phase 2 (analyse médicale et juridique interne et externe (expertise)), phase qui précède l'avis du FAM.

Il n'y a donc pas encore assez d'avis finalisés (ce qui est la première et principale mission du FAM : l'analyse et le traitement des demandes) et, par conséquent, peu d'indemnisations (ce qui est la seconde mission du FAM). En d'autres termes, le Fonds reste confronté à un important retard, qui entraîne un ralentissement considérable dans le traitement des dossiers.

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

On a procédé à différents recrutements en 2017 mais cela n'a pas suffi à remplir tous les postes fin 2017. Certains collaborateurs, dont de nouveaux agents, ont aussi quitté le FAM. Les efforts fournis afin de compléter le cadre ont été poursuivis en collaboration avec le service RH de l'INAMI.

Et pourtant, le FAM a réussi en 2017 à rendre un grand nombre d'avis. Par comparaison avec les années précédentes, le nombre d'indemnisations proposées et payées a augmenté année après année depuis la création du FAM.

Le renforcement de l'équipe doit toutefois être poursuivi. Les collaborateurs acquièrent de l'expérience et ont l'occasion de suivre des formations utiles et nécessaires. Le savoir-faire du FAM a augmenté considérablement au cours de la dernière année.

Quelques collaborateurs ont été absents pour une longue durée et ce, pour différentes raisons. L'objectif est d'assouplir les processus, afin d'aboutir à un fonctionnement plus rapide sans perdre en qualité.

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

Mia Honinckx
Conseillère générale, directrice du FAM

Partie 1

Missions du Fonds des accidents médicaux



I. Introduction

L'intégration du FAM comme 6^{ème} service de l'INAMI, à dater du 1^{er} 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^{er})

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 son sein 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 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 du Groupe de travail procédures juridiques 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 (juin 2017) pour résorber l'arriéré et assurer le traitement du flux continu des dossiers.

Tableau des réunions du C.G. et GT en 2017

Comité de gestion	Groupe de travail procédures juridiques
10-02-2017	10-02-2017
28-04-2017	28-04-2017
09-06-2017	09-06-2017
13-10-2017	13-10-2017
15-12-2017	15-12-2017
19-12-2016	19-12-2016
Source : Fonds des Accidents Médicaux	

Partie 3

Structure administrative et équipe



I. Organigramme du Fonds des accidents médicaux

Au 31 décembre 2017, 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	% emploi	Sexe
1	Directeur		2015	100%	♀
1	Secrétariat	FR	2016	100%	♀
1	Secrétariat	NL	2012	80%	♀
1	Assistant scanning	NL	2013	100%	♀
1	Assistant scanning	FR	2015	100%	♀
1	Coördinateur-Juriste	FR	2010	100%	♂
1	Coördinateur-Juriste	NL	2010	100%	♀
1	Juriste	FR	2012	100%	♀
1	Juriste	FR	2014	100%	♀
1	Juriste	FR	2014	100%	♂
1	Juriste	FR	2014	100%	♀
1	Juriste	FR	2014	80%	♀
1	Juriste	NL	2013	100%	♀
1	Juriste	NL	2014	100%	♀
1	Juriste	NL	2014	100%	♀
1	Juriste	NL	2016	100%	♂
1	Juriste	NI	2016	100%	♀
1	Juriste	NI	2016	100%	♀
1	Juriste	NI	2016	100%	♂
1	Juriste	FR	2016	80%	♀
1	Médecin Junior	NL	2013	100%	♀
1	Médecin Junior	NL	2014	100%	♀
1	Médecin Junior	NL	2015	100%	♂
1	Médecin Junior	NL	2015	80%	♀
1	Médecin Junior	NL	2015	100%	♀
1	Médecin Junior	FR	2013	100%	♀
1	Médecin Junior	FR	2013	100%	♀
1	Médecin Junior	FR	2014	100%	♂
1	Médecin Junior	FR	2014	80%	♀
1	Médecin Junior	FR	07/2017	100%	♂

Tableau 1 : Cadre du personnel (suite)

Q	Fonction	Rôle linguistique	Date d'entrée en fonction	% emploi	Sexe
1	Gestionnaire de dossiers	FR	2011	100%	♂
1	Gestionnaire de dossiers	FR	2013	80%	♀
1	Gestionnaire de dossiers	FR	2013	100%	♀
1	Gestionnaire de dossiers	FR	2016	100%	♀
1	Gestionnaire de dossiers	FR	2014	100%	♀
1	Gestionnaire de dossiers	NL	2016	100%	♀
1	Gestionnaire de dossiers	NL	2013	100%	♂
1	Gestionnaire de dossiers	NL	2013	100%	♀
1	Gestionnaire de dossiers	NL	2014	100%	♂
0,5	Economiste	FR	2012		♂

Source : Fonds des accidents médicaux

Fin 2017, le FAM comptait 38,5 collaborateurs et des procédures de recrutement étaient en cours pour un juriste francophone et un médecin francophone.

Ont quitté le FAM :

- deux médecins francophones
- un juriste francophone
- un collaborateur IT (a été remplacé dans le courant de 2017) - deux juristes

Indisponibilité de longue durée :

- un collaborateur de secrétariat
- un gestionnaire de dossiers
- deux juristes

Recrutements :

- un gestionnaire dossiers néerlandophone (avril)
- un médecin francophone (décembre)

Durant l'été, des étudiants jobistes provenant de disciplines médicales ont été recrutés pour préparer les inventaires des dossiers. Ensuite, cette tâche a été reprise par des collaborateurs intérimaires.

Comme par le passé, le FAM a également fait appel à des experts médicaux et juridiques externes en 2017. Au niveau médical, le FAM a fait appel à des experts pour diligenter des expertises unilatérales et contradictoires en exécution de l'article 17, §§ 1er 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 également essayé en 2017 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'était 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.

Un nouveau marché public a également été publié fin 2016 pour des experts tant médicaux que juridiques. Les inscriptions ont été clôturées le 6 janvier 2017 et l'attribution a eu lieu en mai 2017.

II. Outils

En 2017, 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. Cette application a été partiellement mise en production fin 2016 par les utilisateurs clés et le 1^{er} avril 2017 par l'ensemble des collaborateurs du Fonds. On a opté pour un 'one shot' pour la migration des données Genidoc, l'application numérique utilisée précédemment. L'application est limitée aux phases 1 et 2 du processus
- 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.
- pour le calcul d'une indemnisation, on utilise Repair, un produit de Kluwer
- pour le suivi des dossiers pour lesquels il y a un litige juridique, des entretiens ont été entamés pour l'usage d'Eunom-e, une plate-forme commune pour la gestion des litiges de l'ensemble de l'INAMI.

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^{er} 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 2017 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 2017. 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 2 - Statistiques Call center												
2017	Mois											
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Nombre moyen d'appels par jour	7	5	5	5	4	3	3	5	3	2	3	2
Nombre appels par mois	162	109	110	108	84	60	61	83	68	51	62	38
Cumul 2016	162	271	381	489	573	633	694	777	845	896	958	996
SLA (%)	85%	83%	81%	65%	97%	96%	80%	79%	63%	64%	53%	80%
Abandon (%)	8%	7%	2%	4%	2%	0%	9%	6%	15%	8%	20%	8%
FAQ (%)	87%	92%	91%	73%	92%	94%	88%	90%	88%	93%	86%	94%
Appels FR (%)	56%	51%	48%	53%	49%	59%	61%	47%	37%	57%	52%	59%
Appels NL (%)	44%	49%	52%	47%	51%	41%	39%	53%	63%	43%	48%	41%

Source : Fonds des accidents médicaux

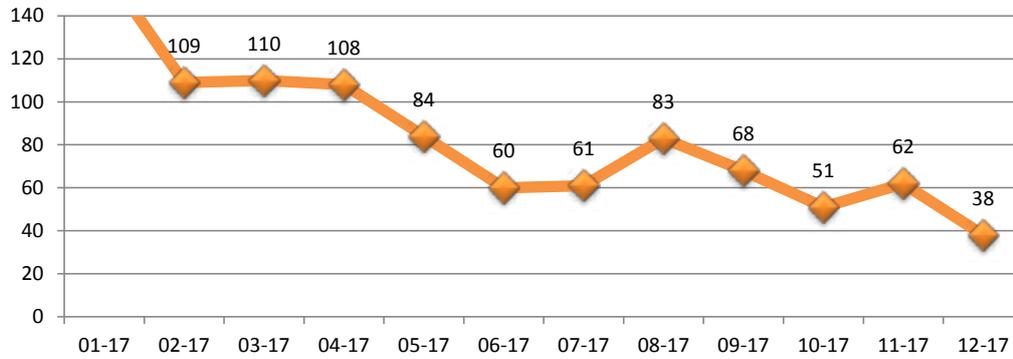
Les principales informations fournies dans ce tableau concernent le nombre d'appels et la répartition linguistique des appels.

996 appels ont été reçus en 2017, 79 en moyenne par mois. Près de 60 % de ces appels se déroulaient en français, contre un peu plus de 40 % en néerlandais.

Entre 2015 et aujourd'hui, le nombre d'appels reçus par le call center semble relativement constant, et inférieur aux années précédentes.

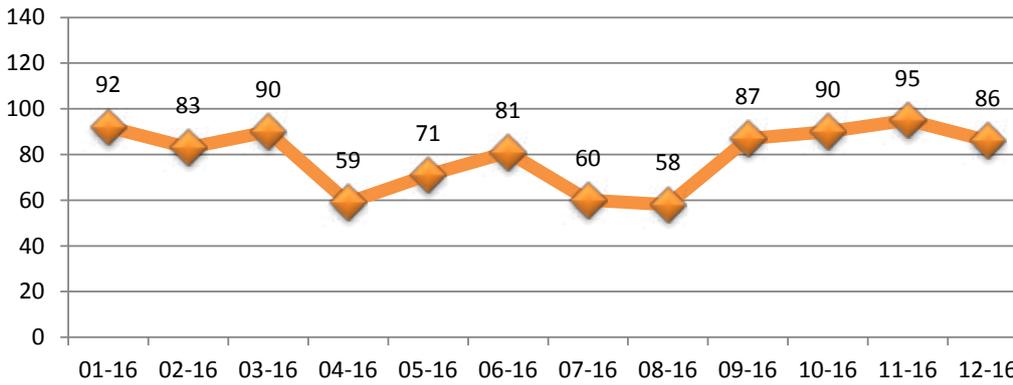
La tendance des années précédentes, où moins d'appels ont été reçus au cours de la période estivale, n'a pas pu être confirmée.

Graphique 1 - Nombre d'appels par mois en 2017



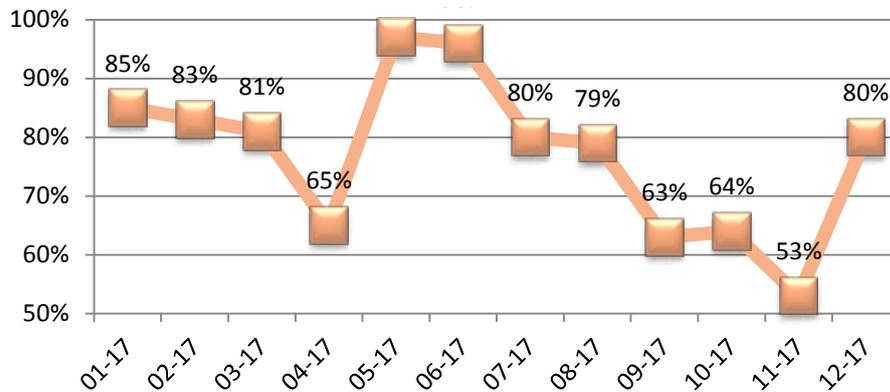
Source : Fonds des accidents médicaux

Graphique 2 - Nombre d'appels par mois en 2016

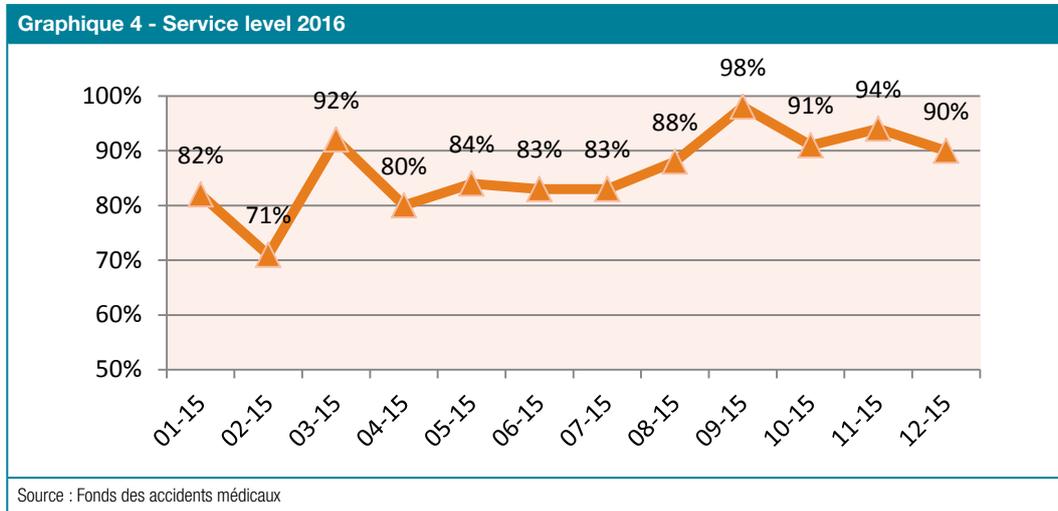


Source : Fonds des accidents médicaux

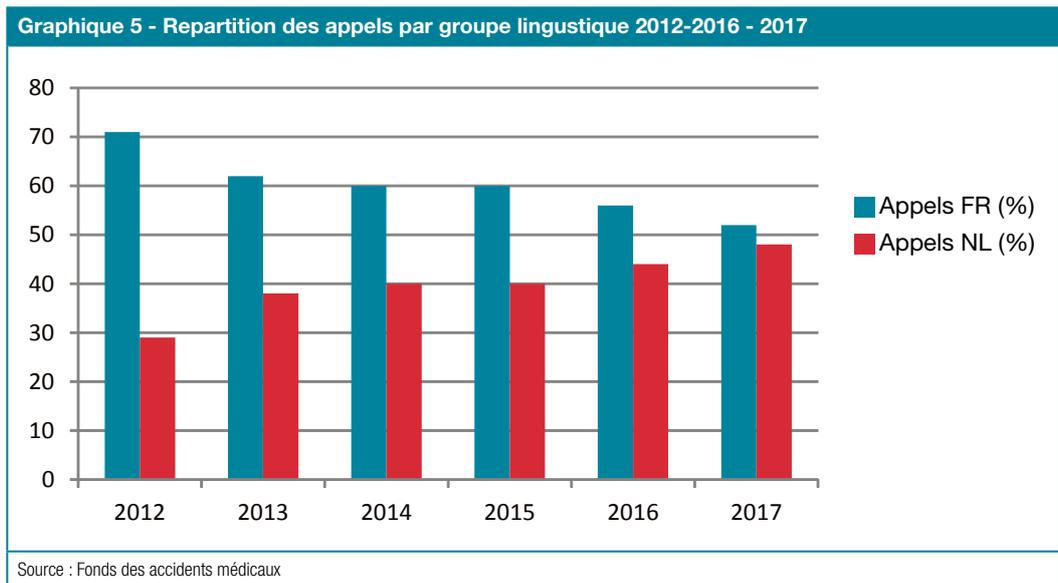
Graphique 3 - Service level 2017



Source : Fonds des accidents médicaux



Le tableau ci-dessous présente cette répartition de manière schématique.



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 89 % que l'on obtient signifie simplement que 89 % 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

DAMO a pour la première fois servi de base à la rédaction du présent rapport. C'est ainsi que certaines données ne sont plus disponibles sous la forme dans laquelle elles avaient été communiquées précédemment.

Ci-dessous une analyse des activités du FAM est faite pour la période de janvier 2017 à décembre 2017. Dans une première partie les données de 2017 sont expliquées, dans une deuxième parties ces données sont comparées aux chiffres des années précédentes, si possible et pertinent depuis la création du FAM en 2010.

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 31.12.2017 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

Remarque préalable : Attention, depuis l'utilisation de DAMO, on tient compte des dossiers introduits dans le système avant le 31.12.2017. Précédemment, des dossiers arrivés au FAM avec 2017 comme date de la poste étaient enregistrés en 2017.

La répartition linguistique des dossiers ainsi que leurs statuts, d'une part pour l'année 2017 et d'autre part depuis le lancement du Fonds, est examinée.

Pour l'année 2017, la situation se présente comme suit :

Tableau 3 - Répartition des dossiers en 2017				
Nombre de dossiers	Langue			Total
	D	F	N	
Fermé	0	11	23	34
Ouvert	1	170	300	471
Rouvert	0	2	0	2
Total	1	183	323	507

Source : Fonds des accidents médicaux

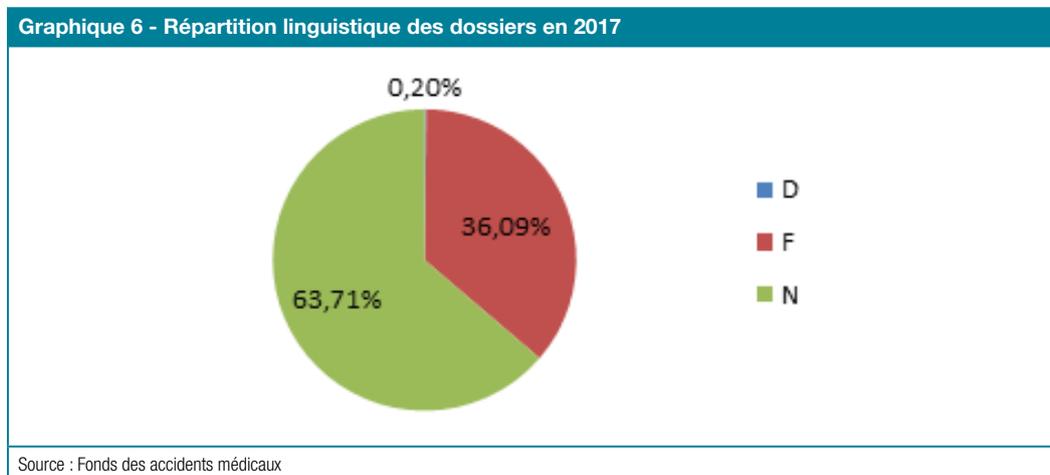
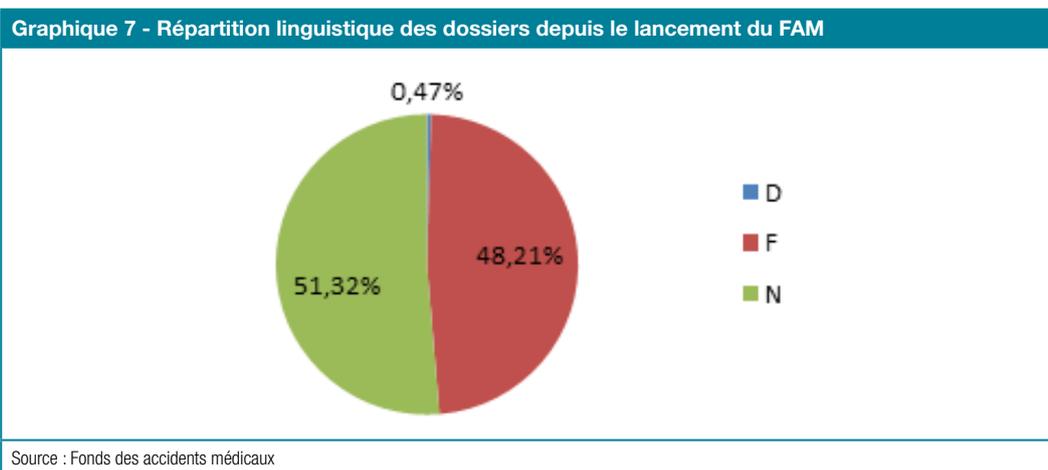


Tableau 4 - Répartition des dossiers depuis le lancement du FAM				
Statut	Langue			Total
	D	F	N	
Fermé	1	661	1.013	1.675
Ouvert	19	1.363	1.142	2.524
Rouvert	0	36	38	74
Total	20	2060	2193	4.273

Source : Fonds des accidents médicaux



Il ressort du tableau qui précède que 507 dossiers ont été enregistrés par le FAM en 2017. Mais, comme mentionné dans l'introduction, on constate une différence par rapport aux chiffres du passé. À l'époque, les dossiers dont la date de la poste se situait dans le courant d'une année donnée ont été pris en considération au cours de cette même année. Depuis la mise en service de DAMO, on prend en considération le moment auquel le dossier est enregistré.

En 2017, 63 % des demandes sont introduites en néerlandais contre 36 % en français. Un seul dossier était en allemand en 2017. C'est une évolution frappante : en 2016 et 2015, pratiquement autant de dossiers francophones que néerlandophones étaient introduits.

Pour tous les dossiers introduits depuis la création du FAM, la proportion en fonction de la langue est la suivante : 51,3 % de dossiers néerlandophones, 48,2 % de dossiers francophones et 0,5 % de dossiers en allemand.

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.

Un dossier ouvert est un dossier qui a été introduit auprès du Fonds et qui y est toujours en cours de traitement. Il peut donc se trouver en phase 1 (détermination de sa recevabilité, réception des documents, etc.), ou en phase 2 (demande et réception de documents, examen médical et juridique, expertise, etc.) ou éventuellement en phase 3 (calcul et/ou paiement d'une indemnisation, examen d'un indemnisation en cas de responsabilité, en cas de responsabilité au-dessus du seuil de gravité).

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...

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.

L'analyse des demandes pour l'année 2017 sur la base de ces notions nous permet d'affirmer que la plupart des dossiers introduits durant cette année sont encore ouverts. 7 % des dossiers ont été clôturés. Seuls 2 d'entre eux ont été rouverts. 93 % des dossiers introduits en 2017 sont donc toujours en cours de traitement.

Pour tous les dossiers introduits depuis la création du Fonds, la situation se présente comme suit : 39 % des dossiers ont été clôturés, 59 % sont encore ouverts et 1 % des dossiers ont été rouverts. La plupart des dossiers se trouvent donc encore dans une phase active, si ce n'est qu'on observe une diminution claire (10 %) par comparaison avec 2016.

Les pourcentages sont légèrement différents selon le rôle linguistique : fin 2017, 32 % des dossiers francophones étaient clôturés contre 46 % des dossiers néerlandophones, tandis que 1,7 % des dossiers ont été rouverts pour les deux rôles linguistiques. 66 % des dossiers francophones se trouvent donc toujours en phase active, contre 52 % des dossiers néerlandophones.

Tableau 5 - Nombre de dossiers reçus par mois

Année	Mois												Total
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	
2010					2		1		2	1	2	3	11
2011	6	2	3	1	4	1	2	1	9	4	1	2	36
2012	8	4	14	6	10	16	9	21	113	97	95	70	463
2013	143	96	108	93	65	84	57	62	105	107	105	70	1.095
2014	115	80	73	76	70	89	84	58	61	82	71	65	924
2015	66	59	56	63	56	67	47	46	53	37	48	35	633
2016	61	59	54	61	43	47	51	49	50	48	39	42	604
2017	55	47	37	16	79	28	35	31	48	45	56	30	507
TOTAL	454	347	345	316	329	332	286	268	441	421	417	317	4.273

Source : Fonds des accidents médicaux

À la lecture de ce tableau, il convient également de tenir compte du fait qu'en 2017, seuls étaient repris les dossiers qui avaient effectivement été introduits dans le système fin 2017 et pas les dossiers qui étaient parvenus au Fonds à la fin de l'année comme cela était le cas précédemment.

Fin 2016, 4 273 dossiers avaient été introduits au FAM : 507 en 2017, 596 en 2016, 632 en 2015, 926 en 2014, 1 102 en 2013, 465 en 2012, 36 en 2011 et 11 en 2010. Il semble que le nombre de demandes introduites au Fonds soit comparable pour les années 2015, 2016 et 2017. Il se stabilise autour des 50 demandes par mois, soit 600 par an. La tendance à la baisse initiée depuis 2014 ne se poursuit manifestement pas. (*)

(*) Signalons que les dossiers pour lesquels il y a un litige n'ont pas été repris dans les dossiers terminés bien que le Fonds ait formulé un avis pour ces dossiers.

Ces litiges concernent tant les dossiers dans lesquels le Fonds portait l'affaire devant le tribunal pour récupérer une indemnisation payée dans le cas d'une responsabilité contestée que les dossiers dans lesquels le Fonds lui-même a été assigné en justice. Si ces litiges sont comptabilisés parmi les dossiers terminés, le pourcentage de dossiers terminés peut être revu à la hausse.

Tableau 6 - Statut des dossiers par année

Année	Statut			
	Fermé	Ouvert	Total	% Fermé
2010	11	0	11	100%
2011	35	1	36	89%
2012	406	57	463	79%
2013	780	315	1.095	69%
2014	340	584	924	36%
2015	82	551	633	13%
2016	59	545	604	10%
2017	36	471	507	7%
TOTAL	1.749	2.524	4.273	41%

Source : Fonds des accidents médicaux

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

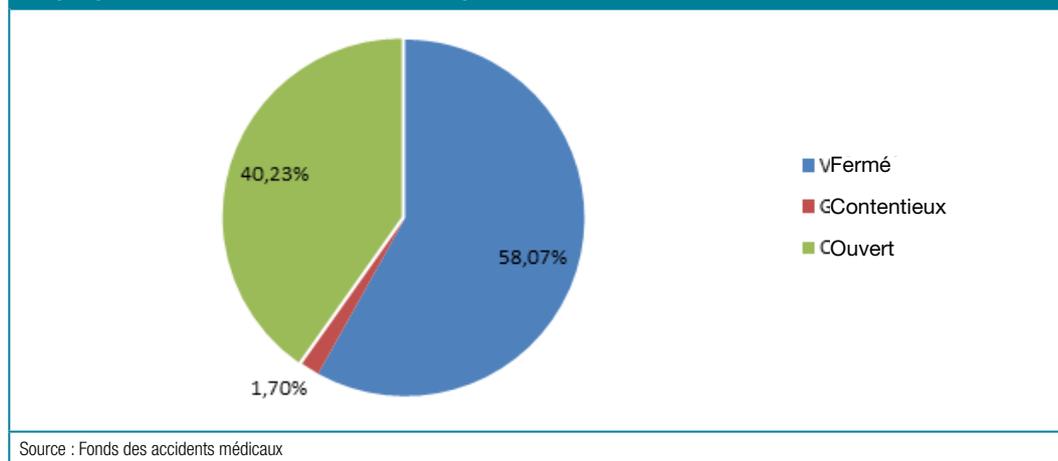
Environ 7 % des dossiers introduits en 2017 ont pu être clôturés en 2017, alors que sur le stock global et la période totale de traitement, un taux de clôture d'environ 39 % a été atteint, mais avec une évolution décroissante selon les années de dépôt.

Par rapport à la même période de l'année précédente, nous constatons une augmentation des pourcentage de dossiers clôturés : 100 % pour les dossiers introduits en 2010, 89 % en 2011, 79 % en 2012, 69 % en 2013, 36% en 2014, 13 % en 2015, 10 % en 2016 et 7 % des dossiers introduits en 2017. Ceci est conforme au traitement dit "first in/first out" des dossiers.

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 4273 dossiers déposés auprès du FAM depuis la création du Fonds jusque fin 2017, 2524 dossiers, soit un peu plus de 59 % 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.).

Graphique 8 -Statut de tous les dossiers depuis la création du Fonds



2. Répartition des dossiers par phase

Maintenant que nous connaissons le nombre de dossiers clôturés, ouverts et rouverts, il est intéressant d'examiner comment sont répartis les dossiers ouverts et rouverts parmi les différentes phases de la procédure. Tout comme dans le point précédent, il est utile d'expliquer brièvement le contenu de ces phases avant de discuter des résultats.

La phase 1 est la phase initiale dans le traitement des dossiers. Dans cette phase, les gestionnaires de dossiers ouvrent le dossier et collectent tous les documents dont ils ont besoin pour déterminer si, d'un point de vue administratif, le dossier est recevable. Il s'agit donc d'une phase administrative qui commence par la réception de la demande d'avis de la victime ou de ses ayants droit et qui se termine lorsque la recevabilité administrative du dossier est déterminée. À ce moment, soit le dossier est administrativement irrecevable et clôturé, soit il est administrativement recevable et il passe en phase 2 du traitement.

La phase 2 est sans doute la plus importante du processus puisque c'est au cours de celle-ci que vont se dérouler les études médicales et juridiques qui permettront au Fonds de donner un avis sur la responsabilité et sur le droit à une indemnisation. Cette deuxième phase se termine lorsque le FAM a rendu son avis. Ensuite commence la troisième phase.

Cette phase 3 consiste, le cas échéant, à émettre un avis sur la proposition d'indemnisation par le responsable du dommage ou à rendre un avis dans lequel le FAM formule une proposition d'indemnisation. Cette phase peut donc durer très longtemps si on opte pour une rente (à vie).

Tableau 7 - Répartition par phase des dossiers ouverts

Année	Phases						
	Phase 1 Initiale	Phase 2 Recherche	Phase 3 Proposition	Total général	% Phase 1	% Phase 2	% Phase 3
2010	0	0	0	0	-	-	-
2011	0	0	1	1	0,0%	0,0%	100,0%
2012	0	37	20	57	0,0%	64,9%	35,1%
2013	0	277	38	315	0,0%	87,9%	12,1%
2014	3	564	17	584	0,5%	96,6%	2,9%
2015	7	542	2	551	1,3%	98,4%	0,4%
2016	18	525	2	545	3,3%	96,3%	0,4%
2017	122	348	1	471	25,9%	73,9%	0,2%
TOTAL	150	2.293	81	2.524	5,9%	90,9%	3,2%

Source : Fonds des accidents médicaux

Le tableau ci-dessus laisse apparaître qu'en moyenne 91 % de l'ensemble des dossiers introduits jusque fin 2017 et non clôturés se trouvent actuellement dans la deuxième phase de traitement. Il s'agit d'une répartition logique étant donné que la deuxième phase est celle qui dure le plus longtemps. Des dossiers plus anciens de 2011, 2012 et 2013 se trouvent plus souvent en troisième phase. Le déroulement d'un dossier en phase 3 est très variable. Il peut être limité dans le temps lorsque l'accident est indemnisé en capital mais il peut aussi traîner très longtemps si on opte pour une indemnisation par rente (à vie) ou si l'avis (fin de phase 2) est suivi d'une procédure au tribunal.

En ce qui concerne les problèmes de retard de traitement déjà cités, il est important de constater que la plupart des dossiers introduits jusque fin 2017 se trouvent à présent en deuxième phase de traitement (90,9 %). L'équipe du Fonds met donc tout en œuvre pour résorber ce retard. En ce qui concerne l'année 2017, il faut préciser que les 122 dossiers (24 %) se trouvant encore en phase 1 sont principalement des dossiers du quatrième trimestre 2017. L'équipe réussit donc à traiter la phase 1 sans trop de retard, sauf dossier complexe ou incomplet, 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). Le principe dit «first in/first out» est strictement appliqué.

Pour les anciens dossiers, le principe appliqué est toujours celui du « first in, first out ». Mais, mi-2017, des mesures ont été prises dans le but de traiter en priorité des dossiers graves et de suivre une procédure simplifiée pour les dossiers simples pour lesquels on supposait que le degré de gravité n'était pas atteint et que le Fonds ne verserait donc pas d'indemnisation.

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.

Pour les dossiers avec statut ouvert, la durée de traitement est d'autant plus longue que le dossier a été introduit plus tôt. Le tableau suivant présente donc uniquement la durée d'un dossier depuis son introduction au FAM. Il ne s'agit nullement de la durée d'une expertise ou d'une autre phase.

Année	Délai	Nombre de dossiers
2011	1945	1
2012	1895	57
2013	1617	315
2014	1254	584
2015	916	551
2016	552	545
2017	181	471

Source : Fonds des accidents médicaux

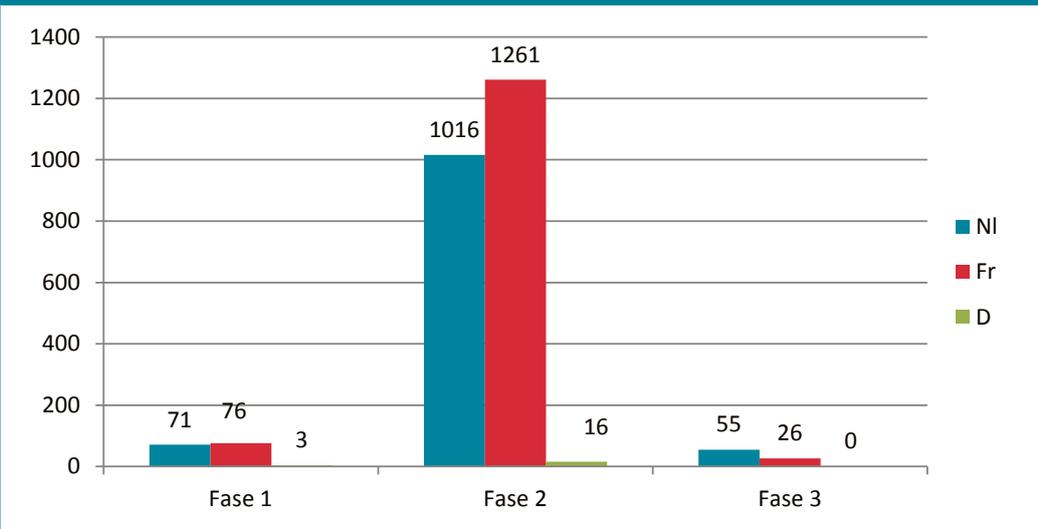
Il ne s'agit pas ici d'un véritable délai de traitement puisque seuls les dossiers encore ouverts au 31.12.2016 sont analysés. De plus, le délai comprend également des phases non actives d'attente de passage à une autre sous-phase, principalement dans la phase 2. Ces périodes d'attente s'expliquent par la saturation du nombre de dossiers par rapport à la capacité de les faire évoluer dans une sous-phase de traitement suivante.

Les causes de ce retard sont multiples et cumulatives :

- le masterplan, approuvé en mai 2014 n'était toujours pas entièrement concrétisé fin 2017, malgré des recrutements supplémentaires
- 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
- plusieurs collaborateurs sont inactifs pendant longtemps (maladie, pause carrière).

Les graphiques ci-dessous donnent un aperçu de l'avancement, dans les trois phases, des dossiers introduits, d'une part, en 2017 et, d'autre part, depuis le lancement du FAM en septembre 2012. Une distinction est faite entre les dossiers francophones, néerlandophones et germanophones.

Graphique 9 - État d'avancement depuis septembre 2012



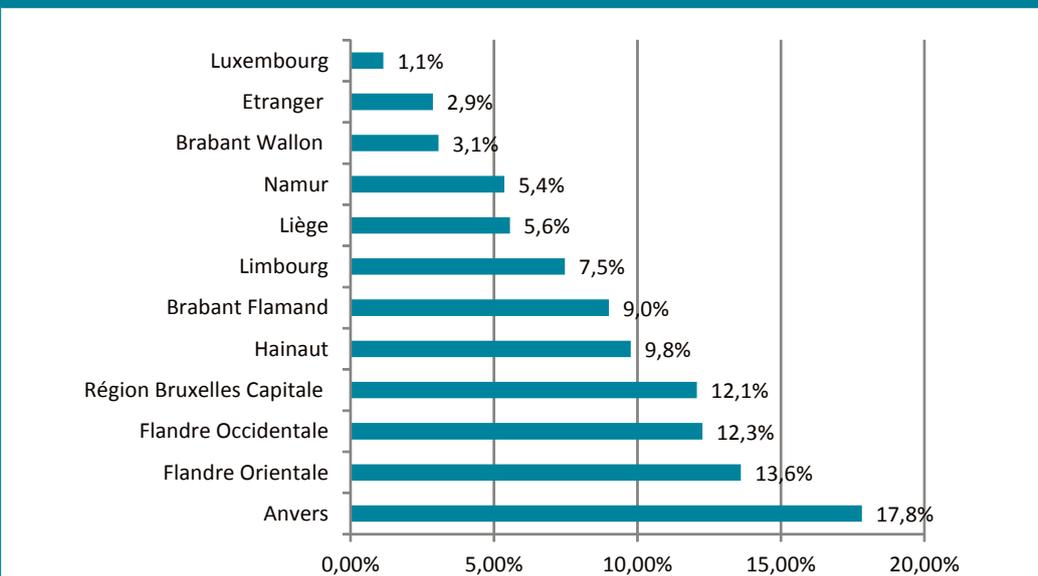
Source : Fonds des accidents médicaux

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 FAM ne dispose actuellement d' aucune information structurée sur le l'endroit ou l'accident médical a eu lieu.

Graphique 10 - Répartition géographique 2017



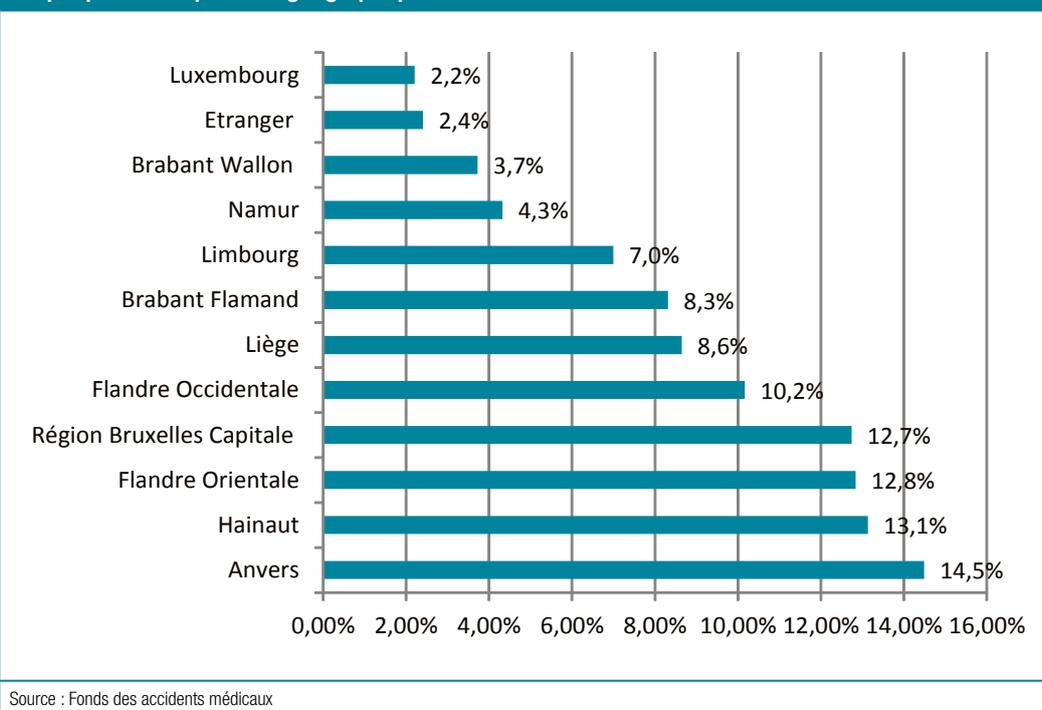
Source : Fonds des accidents médicaux

Le graphique ci-dessus permet de constater que 17,8 % des demandes de 2017 proviennent de province d'Anvers, suivis par les demandes issues de la province de Flandre orientale, Flandre occidentale et la Région de Bruxelles Capitale.

Sur le plan régional, 25 % des dossiers sont introduits par des demandeurs domiciliés en Région wallonne, 12 % en Région de Bruxelles-Capitale et 60 % en Région flamande, 3% des dossiers ont été introduits depuis l'étranger.

Concernant le lieu de résidence des demandeurs, il n'y a pas de différence substantielle entre 2017 et l'ensemble des demandes depuis la création du Fonds.

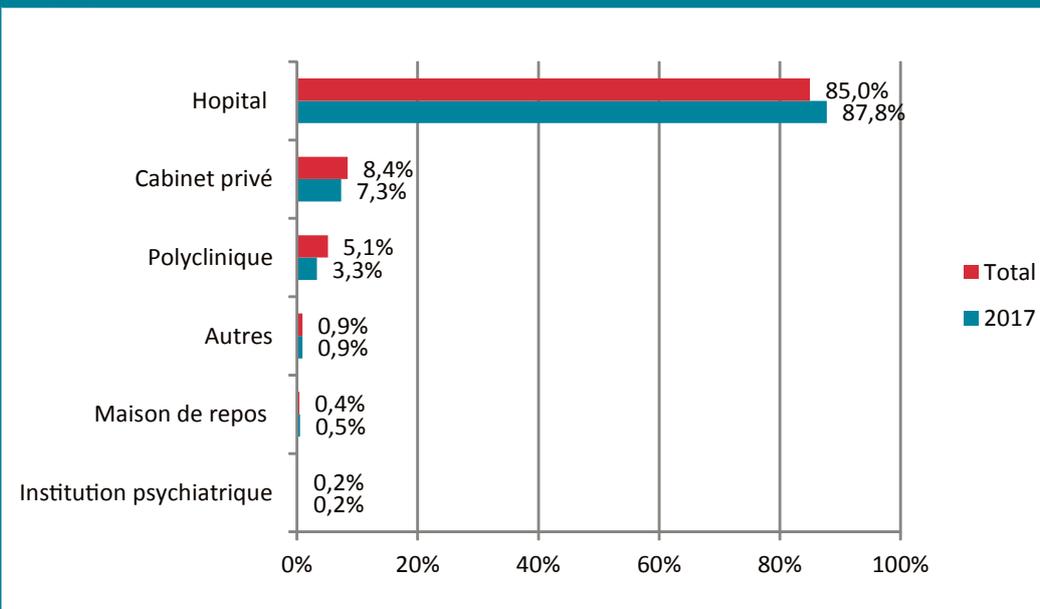
Graphique 11 - Répartition géographique - Total



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



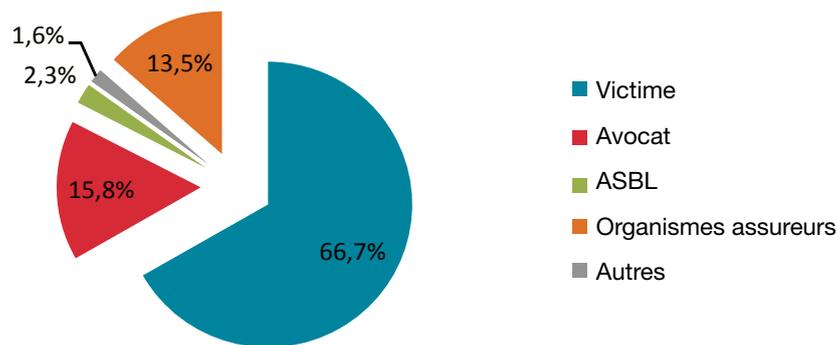
Source : Fonds des accidents médicaux

Le lieu le plus fréquent pour une prestation de soins de santé est l'hôpital. En effet, plus de huit accidents sur dix 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 % des accidents. Les accidents en d'autres lieux demeurent minoritaires.

5. Répartition des dossiers selon la personne introduisant de la demande

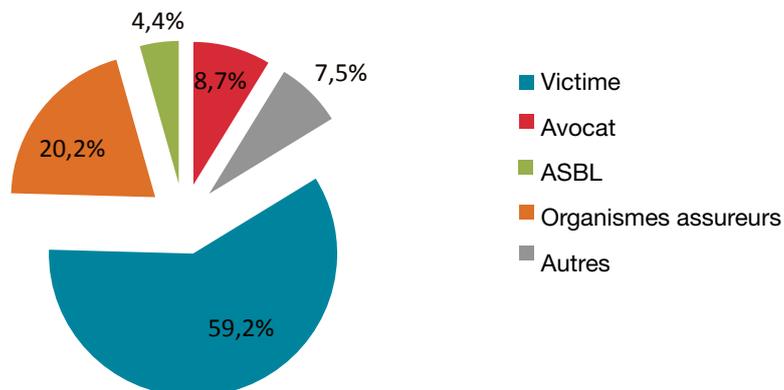
La répartition des dossiers suivant le demandeur peut sembler insignifiante car on suppose que la victime introduit elle-même directement la demande. Même si la majeure partie des dossiers (66.7 %) sont effectivement introduits par celle-ci, ce n'est pas le cas de tous les dossiers. Comme l'indique en effet le graphique ci-dessous, il peut arriver que la victime se fasse assister par une tierce personne pour introduire la demande. Pour 2017, dans 13.5 % des dossiers il a été opté pour l'assistance d'un organisme assureur et 15.8 % des demandeurs ont été assistés par un avocat. Seulement 2.3 % ont fait appel aux services d'une asbl. En 2017 moins de dossiers, encore moins qu'en 2016 ont été introduits avec des compagnies d'assurance comme mandataire, la quote-part des dossiers introduits avec l'aide d'une asbl a fortement diminué.

Graphique 13 - Demandeur 2017



Source : Fonds des accidents médicaux

Graphique 14 - Demandeur 2015



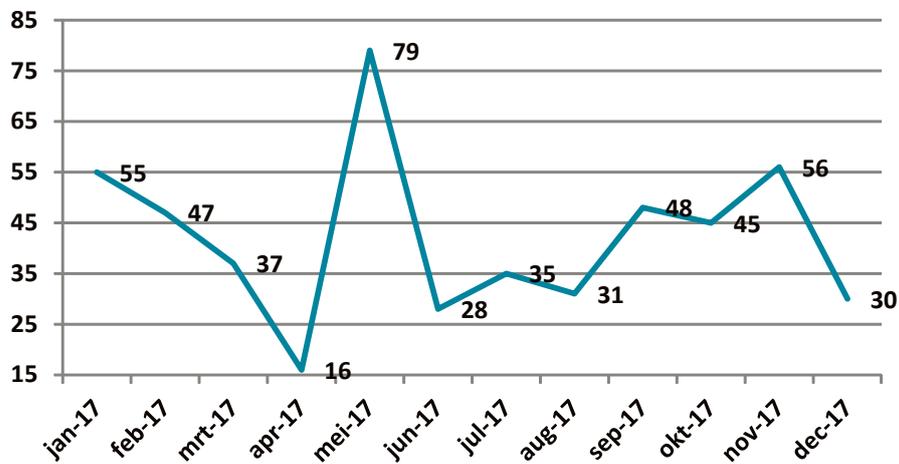
Source : Fonds des accidents médicaux

Dans la catégorie « Autres », figurent les demandes introduites par les bénéficiaires, les représentants légaux ou divers mandataires. La part de cette catégorie 'autres' a fortement diminué.

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

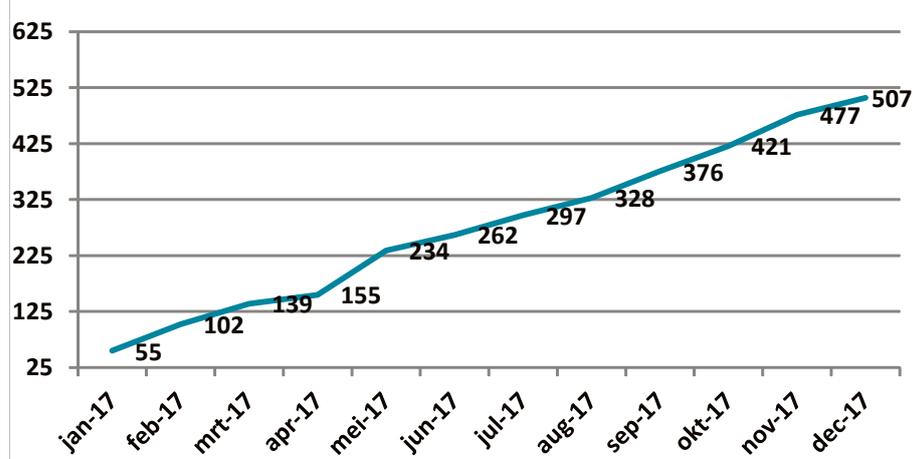
Les données relative au nombre de dossiers introduits par mois permettent notamment de déterminer s'il y a une croissance constante du nombre de dossiers, s'il y a des périodes plus creuses ou à forte activité, ou encore si des effets de démarrage ou un rythme de croisière apparaissent.

Graphique 15 - Nombre de dossiers ouverts par mois 2017



Source : Fonds des accidents médicaux

Graphique 16 - Nombre des dossiers cumulé ouvert par mois



Source : Fonds des accidents médicaux

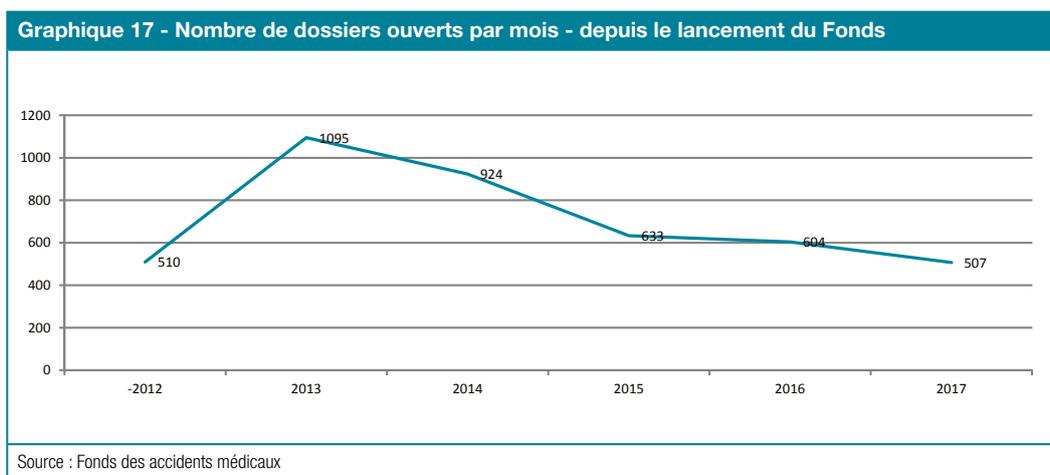
L'analyse du tableau et des graphiques précédents permet de tirer plusieurs enseignements concernant le nombre de dossiers introduits.

Tout d'abord, au regard du graphique du nombre de dossiers cumulés, on remarque une croissance très constante tout au long de l'année 2017. 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.

Lorsqu'on analyse les chiffres par mois, on observe des différences. Néanmoins, ces différences peuvent être dues à un certain retard à la suite d'une absence de personnel, depuis 2017 et la mise en service de DAMO, l'enregistrement n'est plus effectué sur la base du cachet de la poste mais bien de la date à laquelle le dossier est créé dans le système.

Enfin si on compare ces chiffres aux années précédentes, on constate que en 2017 environ le même nombre de dossiers ont été introduits que en 2016 et 2015, et nettement moins que les années précédentes. Où en 2012 et 2013 chaque mois 90 nouveaux dossiers étaient introduits, en 2014 le nombre est retombé à 79 et environ 50 par mois en 2015, 2016 et 2017.

La tendance des années précédentes, à savoir davantage de demandes introduites au cours du premier trimestre, ne peut pas être confirmée.



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

Le reporting des données diffère de celui des années précédentes, cette différence est due aux caractéristiques du nouveau système de gestion des dossiers.

Le 28.12.2017, sur la base des données qui figurent dans le système de gestion des dossiers, on peut constater ce qui suit pour tous les dossiers introduits depuis la création du FAM :

- Clôturés en phase 1 : ces dossiers ne sont donc pas traités en phase 2. Il s'agit essentiellement de dossiers qui sont considérés irrecevables sur le plan administratif ou auxquels le demandeur a mis un terme prématurément : 299
- Ouverts en phase 1 : ce sont des demandes pour lesquelles aucune décision n'a encore été prise concernant la recevabilité : 176

- Clôturés en phase 2 : ce sont des dossiers auxquels il a été mis fin en phase 2, soit parce que l'intéressé lui-même demandait de ne plus examiner sa demande, soit parce qu'aucune réponse n'a été apportée aux questions du Fonds : 194
- Ouverts en phase 2 : dossiers dans lesquels une analyse de fond a été réalisée. C'est la phase de l'analyse médicale et juridique. Durant cette phase, des pièces sont également demandées et l'expertise est délimitée et exécutée. Cette phase se termine par la formulation d'un avis au terme d'une concertation médico-légale. Au total, cette phase comprend 2 269 dossiers.

Dossiers en phase 3 : après l'envoi de l'avis, un dossier se retrouve automatiquement en phase 3. Au total, 1 335 dossiers se trouvent en phase 3. Parmi ces dossiers, 1 182 ont été totalement clôturés soit parce que le Fonds ne versera aucune indemnisation soit parce qu'un accord relatif à une indemnisation a été conclu et que le Fonds l'a versée à titre de capital.

Fin 2017, on recensait 81 dossiers en phase 3 dans lesquels il fallait attendre soit une proposition de règlement d'un responsable soit un accord relatif à une proposition de règlement soit le calcul qui était en cours. Dans 72 dossiers, un litige était en cours. Il s'agit à la fois de dossiers dans lesquels le Fonds avait été assigné et de dossiers dans lesquels le Fonds s'efforce de récupérer une indemnisation auprès du prestataire de soins responsable.

Une longue période s'écoule entre la fin de la phase 2 et la fin de la phase 3. Si dans son avis le FAM retient une responsabilité, le responsable et son assureur ont en effet l'opportunité de formuler une proposition d'indemnisation. En cas de Moza, le FAM formule une proposition d'indemnisation qui peut être complétée ou améliorée après d'éventuelles remarques formulées par la victime et/ou son mandataire.

8. Nombre de dossiers recevables et irrecevables et répartition linguistique

Les gestionnaires de dossiers contrôlent la recevabilité d'une demande sur la base de l'article 12 de la loi. Des pièces supplémentaires sont demandées si nécessaire.

Si, sur la base d'une première analyse, il apparaît qu'un dossier satisfait aux critères de l'article 12, il est recevable sur le plan administratif et il passe en phase 2 où une analyse médicale et juridique approfondie est réalisée. Il est donc également possible qu'un dossier soit déclaré non recevable en fin de phase 2. Ces dossiers n'apparaissent évidemment pas dans le tableau ci-dessous.

Tableau 9 - Répartition linguistique et recevabilité des dossiers 2017

Nombre de dossiers	Langue			Total
	D	F	N	
Recevabilité				
Oui	1	123	235	358
Non		8	16	24
Encore inconnu		50	71	122
Total	1	181	322	504

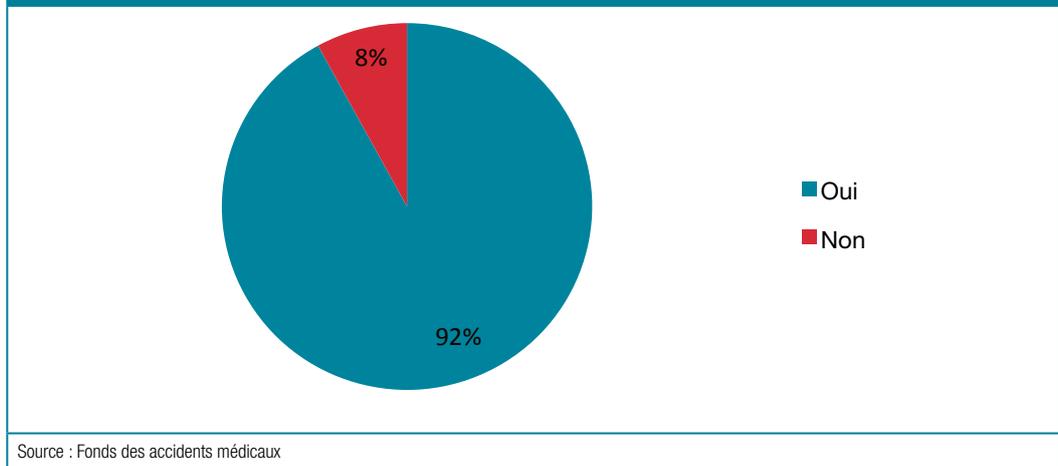
Source : Fonds des accidents médicaux

Note : le lecteur attentif aura remarqué que 507 dossiers ont été introduits en 2017, trois d'entre eux ont été annulés en phase 1 et ne figurent donc ni dans le tableau ci-dessus ni dans les calculs ci-dessous.

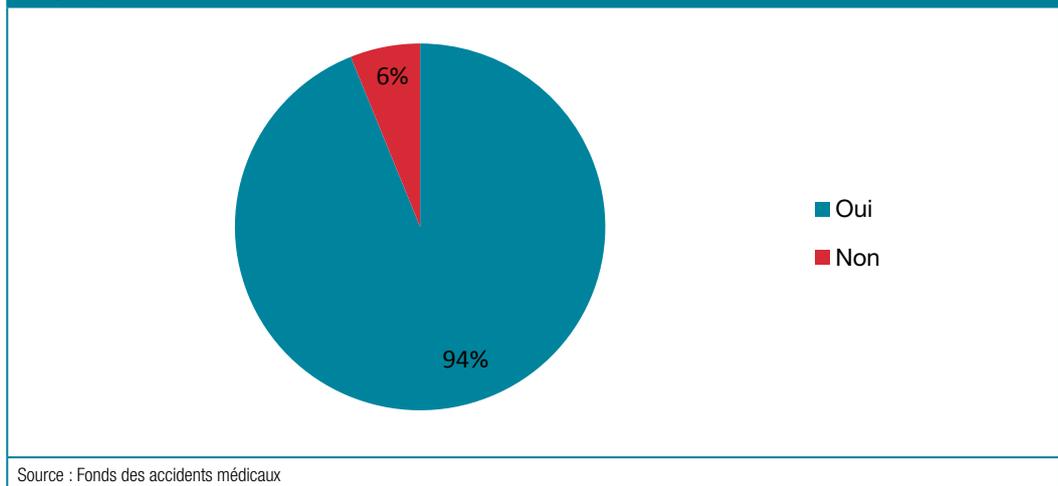
La différence de 122 dossiers qui existe entre le nombre de dossiers introduits en 2017 (507) et le total des dossiers recevables et irrecevables (382) correspond aux dossiers pour lesquels on ne savait pas encore, à la date du 31 décembre 2017, s'ils étaient administrativement recevables ou non (analyse en phase 1 sur les critères de recevabilité pas encore faite). C'est le cas pour les dossiers introduits au cours du dernier trimestre 2017.

Pour autant que les dossiers aient été introduits en 2017 et que la recevabilité ait été examinée en phase 1, plus de 93 % des dossiers sont recevables après une analyse administrative des critères de l'article 12 de la loi. On n'observe aucune différence notable entre les dossiers néerlandophones et les dossiers francophones.

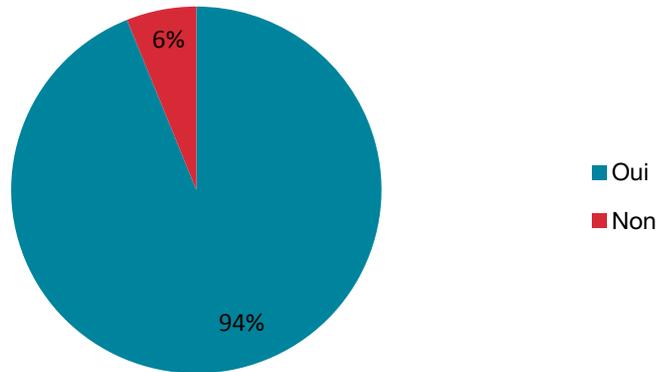
Graphique 18 - Recevabilité dossiers 2017 - Total



Graphique 19 - Recevabilité dossiers FR 2017



Graphique 20 - Recevabilité dossiers NL 2017



Source : Fonds des accidents médicaux

9. Avis

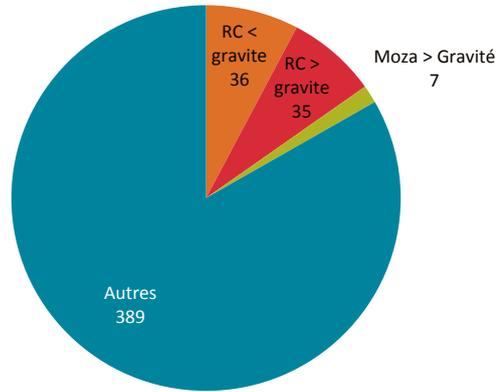
DAMO peut être utilisé pour la première fois. Comme indiqué précédemment dans ce rapport, on a opté pour une migration «one shot» des données de Genidoc, l'ancien système de gestion des dossiers. Fin 2017, il s'est avéré que les données mises à disposition n'étaient pas fiables en raison de problèmes lors de la migration DAMO. On a donc choisi de rédiger le rapport sur la base de données qui étaient tenues à jour en dehors de DAMO.

Tableau 10 - Avis 2017

Total	467
Spécifique	
- MOZA avec seuil de gravité	36
- Responsabilité	35
- Responsabilité avec seuil de gravité	7
Autres	389

Source : Fonds des accidents médicaux

Graphique 21 - Total avis par type 2017



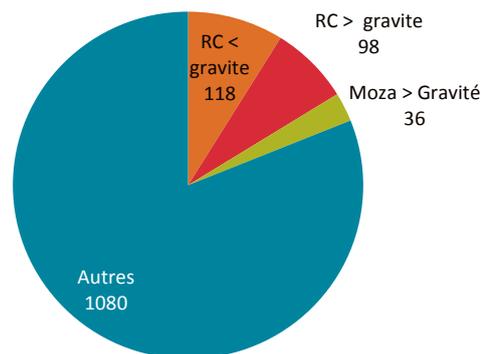
Source : Fonds des accidents médicaux

Tableau 11 - Total avis depuis le lancement du FAM

Total	1332
Spécifique	
- MOZA avec seuil de gravité	36
- Responsabilité	118
- Responsabilité avec seuil de gravité	98
Autres	1080

Source : Fonds des accidents médicaux

Graphique 22 - Total avis par type 2017



Source : Fonds des accidents médicaux

Il ressort tant des avis émis en 2017 que de tous les avis rendus depuis la création du FAM que, dans la grande majorité des avis, le FAM n'a conclu ni à un accident médical avec responsabilité, ni à un accident médical sans responsabilité (MOZA) dans lequel le seuil de gravité était atteint.

10. Indemnisations

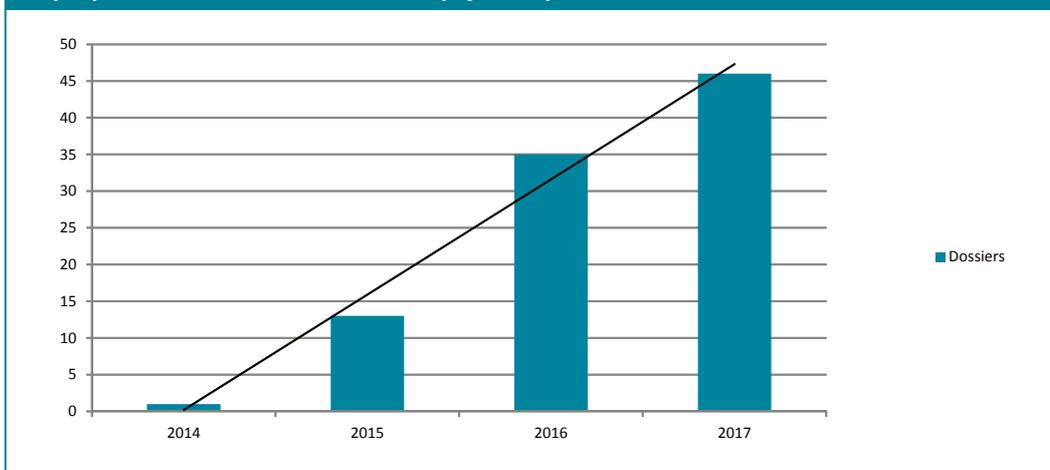
Le système de gestion des dossiers actuel se limite à la phase 1 et la phase 2 ne permet pas de générer des données au sujet des indemnisations. Tant le nombre d'indemnités payées que le montant total de celles-ci augmentent d'année en année. Ce n'est qu'à titre exceptionnel que l'indemnité est payée comme rente.

Tableau 12 - Nombre d'indemnisations payées depuis le lancement du FAM

Année	Indemnisations			Rentes	
	Dossiers	Montant (EUR)	Moyenne	Dossiers	Montant (EUR)
2014	1	122.575,01	122575,01		
2015	13	1.230.796,05	94676,61923		
2016	35	4.012.057,60	114630,2171	1	3849,65
2017	46	6.677.443,71	145161,8198	4	23163,09
Total	95	12.042.872,37	126767,078	5	27012,74

Source : Fonds des accidents médicaux

Graphique 23 - Nombre d'indemnisations payées depuis le lancement du FAM



Source : Fonds des accidents médicaux

11. Contentieux

Conformément aux attentes, le nombre de procédures judiciaires augmente à mesure que le nombre d'avis augmente.

DAMO, le programme informatique spécifique au FAM, ne permet pas d'effectuer un suivi des litiges dans lesquels le FAM est impliqué. Eunom-e, un logiciel spécifique pour le suivi de tout l'INAMI, n'est pas encore entièrement déployé mais à l'avenir, il permettra de donner des informations plus détaillées sur les litiges dans lesquels le FAM est impliqué.

Sur la base des données des juristes récoltées en dehors du logiciel, il y avait fin mai 2018 :

- 39 litiges dans lesquels le FAM était le requérant
- 71 litiges dans lesquels le FAM était le défendeur.

Un jugement a été prononcé dans 33 dossiers et dans quasi tous les cas, un recours a été introduit.

Les litiges pour lesquels le FAM est requérant concernent la récupération d'indemnités auprès du prestataire de soins que le FAM a estimé responsable dans son avis. Le FAM a procédé à l'indemnisation à la place du prestataire de soins car ce dernier ou son responsable avait refusé d'indemniser alors que le seuil de gravité était atteint.

Les dossiers dans lesquels le FAM a été assigné concernent, dans la plupart des cas, la notion de MOZA et de dommage anormal, parfois étendue à la question d'une responsabilité. Dans certains cas aussi, un recours avait été introduit quand le FAM ne retenait aucun lien avec le prestataire de soins.

Dans un litige, une question préjudicielle a été posée. La réponse a été reçue le 30.11.2017.

Partie 4 bis

Statistiques médicales



I. Considérations générales

Pour la première fois, ce sont les chiffres de DAMO et non plus ceux de Genidoc qui sont utilisés. La vérification et la correction de la migration des données ont demandé beaucoup d'énergie et de temps. Les chiffres que vous trouverez ci-dessous ont été générés le 15 février 2018, contrairement aux chiffres des parties précédentes de ce rapport qui ont été générés le 31 décembre 2017.

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

Ce rapport est basé sur les données après avis final du FAM et sur base de la codification dans DAMO le 15.2.2018. Une grande quantité d'énergie et de temps ont été consacrés à la correction de la migration des données venant de Génidoc dans DAMO. Le codification n'est pas toujours parfaite et corriger toutes les inexactitudes du passé semble irréalisable mais ont été corrigées là ou c'était possible.

Le Fonds continuera à tout mettre en œuvre pour optimiser ces données pour les aligner à la réalité.

II. Statistiques

a. Lieu de l'accident médical

La plus grande partie des accidents médicaux ont lieu dans les hôpitaux. Dans certains cas un « accident médical » se produit à plusieurs endroits of plusieurs « accidents médicaux » ont lieu dans le même dossier, il n'est pas possible de déterminer quel « accident médical » est le plus important, donc certains « accidents médicaux » apparaissent deux fois dans la liste.

Le tableau ci-dessous donne un aperçu détaillé de l'endroit précis dans l'hôpital. Les données portent sur tous les avis depuis la création du Fonds.

Tableau 13 - Lieu de l'accident global : au moment de l'avis final		
	Aantal	%
Hôpital (également hôpital militaire)	1218	87.69%
En-dehors d'un hôpital	166	11.95%
Multiple/Autres	3	0.22%
Établissement médecine préventive	1	0,07%
Labo clinique	1	0,07%
TOTAL	1389	100%
Source : Fonds des accidents médicaux		

b. Prestataires de soins

Les accidents médicaux concernent essentiellement des médecins, soit dans 92,1 % des cas. Viennent ensuite les disciplines de l'art dentaire et de l'art infirmier.

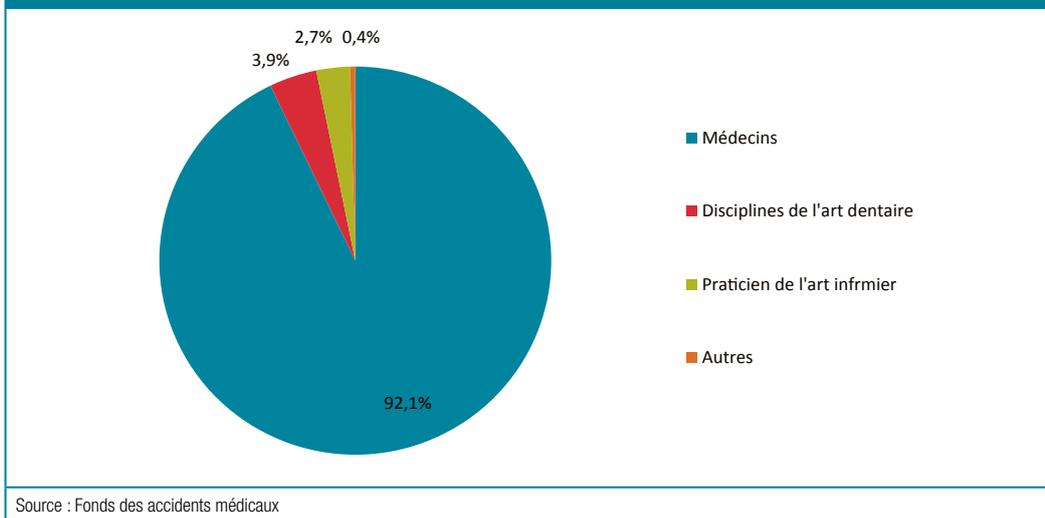
Ces chiffres confirment la tendance observée ces dernières années.

Tableau 14 - Prestataires de soins concernés au moment de l'avis final

	Nombre de cas	%
Médecins	1279	92,1%
Disciplines de l'art dentaire	54	3,9%
Praticien de l'art infirmier	38	2,7%
Kinésithérapeute	6	0,4%
Profession paramédicale	6	0,4%
Institution	3	0,2%
Médecine alternative	2	0,1%
Sage-femme	1	0,1%
Total	1389	100%

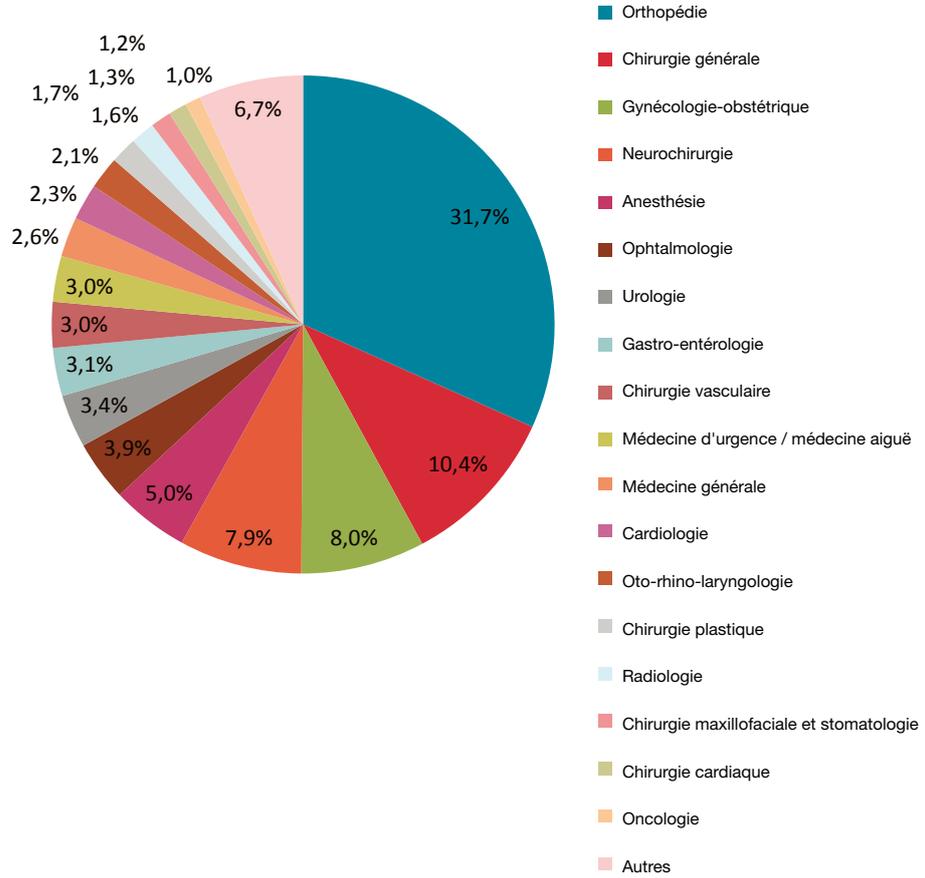
Source : Fonds des accidents médicaux

Graphique 24 - Prestataires de soins concernés au moment de l'avis final



Le groupe des médecins est étudié en détail. Il ressort de cette analyse que la majorité des médecins impliqués dans des accidents médicaux exercent des disciplines chirurgicales. Il s'agit principalement des orthopédistes, suivis par les chirurgiens généralistes.

Graphique 25 - Prestataires de soins + seuil de gravité atteint : après avis



Source : Fonds des accidents médicaux

Tableau 15 - Prestataires de soins + seuil de gravité atteint : après avis		
	Nombre de cas	%
Orthopédie	406	31,7%
Chirurgie générale	133	10,4%
Gynécologie-obstétrique	102	8,0%
Neurochirurgie	101	7,9%
Anesthésie	64	5,0%
Ophtalmologie	50	3,9%
Urologie	44	3,4%
Gastro-entérologie	40	3,1%
Chirurgie vasculaire	38	3,0%
Médecine d'urgence / médecine aiguë	38	3,0%
Médecine générale	33	2,6%
Cardiologie	30	2,4%
Oto-rhino-laryngologie	27	2,1%
Chirurgie plastique	22	1,7%
Radiologie	20	1,6%
Chirurgie maxillofaciale et stomatologie	17	1,3%
Chirurgie cardiaque	15	1,2%
Oncologie	13	1,0%
Neurologie	12	0,9%
Psychiatrie	11	0,9%
Chirurgie thoracique	11	0,9%
Fysio et rééducation	8	0,6%
Généraliste interne	8	0,6%
nefrologie	5	0,4%
Pneumologie	5	0,4%
Dermatologie	4	0,3%
Hématologie	4	0,3%
Rhumatologie	3	0,2%
Gériatrie	2	0,2%
Soins Intensifs	2	0,2%
Pédiatrie	2	0,2%
Radiothérapie	2	0,2%
Consultation oncologique multidisciplinaire (COM)	2	0,2%
Allergologie	1	0,1%
Endocrinologie	1	0,1%
Médecine Adm.	1	0,1%
Autre spécialité Médecin	1	0,1%
Anatomopathologie	1	0,1%
TOTAL	1279	100%
Source : Fonds des accidents médicaux		

Il faut bien entendu comparer ces données avec le nombre total de prestations pour chacune des disciplines. La prudence est donc de mise lors de l'interprétation des données.

c. Lésions

Les lésions 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 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).

Le principal groupe de prestataires de soins concerné par les accidents médicaux est celui des spécialistes en orthopédie. Dans le droit fil de ce constat, la plupart des lésions se situent au niveau des membres. Les observations antérieures sont également confirmées pour ces données.

Tableau 16 - Lésions / globalement : au moment de l'avis final			
	Nombre de cas	%	Cumul %
lésions locomotrices (membre supérieur ou inférieur)	340	24,5%	24,5%
lésions neurologiques périphériques	160	11,5%	36,0%
tractus gastro-intestinal + organes et paroi de l'abdomen	141	10,2%	46,2%
lésions spinales	128	9,2%	55,4%
lésions générales	115	8,3%	63,6%
lésions cérébrales	79	5,7%	69,3%
système urinaire	65	4,7%	74,0%
lésions dentaires et maxillo-faciales	62	4,5%	78,5%
lésions vasculaires	54	3,9%	82,4%
lésions oculaire	52	3,7%	86,1%
lésions cutanées et lésions à la suite de chirurgie esthétique	45	3,2%	89,3%
lésions cardiaques	30	2,2%	91,5%
lésions orl	30	2,2%	93,7%
pulmonaire + paroi du thorax et médiastin	26	1,9%	95,5%
lésions obstétriques	19	1,4%	96,9%
lésions oncologiques	12	0,9%	97,8%
lésions gynécologiques	11	0,8%	98,6%
lésions psychiques	9	0,7%	99,2%
lésions spécifiques à l'anesthésie	7	0,5%	99,7%
lésions endocrinologiques	4	0,3%	100,0%
Total	1389	100%	

Source : Fonds des Accidents Médicaux

d. Séquelles

Tableau 17 - Séquelles : avis final			
	Nombre de cas	%	Cumul %
séquelles locomotrices	356	25,6%	25,6%
séquelles générales*	267	19,2%	44,9%
séquelles neurologiques périphériques	149	10,7%	55,6%
séquelles spinales	114	8,2%	63,8%
séquelles gastro-intestinales	83	6,0%	69,8%
séquelles cérébrales	80	5,8%	75,5%
séquelles ophtalmologiques	56	4,0%	79,6%
séquelles dentaires et maxillo-faciales	51	3,7%	83,2%
séquelles uro-néphrologiques	45	3,2%	86,5%
séquelles orl	33	2,4%	88,8%
séquelles sous forme de cicatrice - infections superficielles	27	1,9%	90,8%
séquelles cardiaques	24	1,7%	92,5%
séquelles touchant les voies respiratoires	19	1,4%	93,9%
séquelles de chirurgie esthétique	13	0,9%	94,8%
séquelles psychiques	13	0,9%	95,8%
multiples**	11	0,8%	96,5%
séquelles obstétriques (fœtus et mère)	11	0,8%	97,3%
séquelles vasculaires périphériques	10	0,7%	98,1%
séquelles andrologiques	8	0,6%	98,6%
séquelles oncologiques	8	0,6%	99,2%
séquelles gynécologiques	7	0,5%	99,7%
séquelles endocrines	2	0,1%	99,9%
séquelles hématologiques	1	0,1%	99,9%
séquelles de la rate	1	0,1%	100,0%
Total	1389	100%	
* : Séquelles générales : - non précisé - pas - dommage moral permanent - résultat insatisfaisant - traitement retardé / alourdi - malaise non précisé - arrêt cardiaque - choc - séquelle d'une fascite nécrosante - cachexie - infection chronique/récurrente générale - pathologie systémique - autre ** : Multiples : plusieurs séquelles simultanées			
Source : Fonds des Accidents Médicaux			

III. Autres activités des médecins

1. Les médecins internes

En 2017, l'équipe des médecins néerlandophones est demeurée stable. Un seul médecin francophone a quitté son équipe pour rejoindre un autre service de l'INAMI. Deux nouveaux médecins ont été engagés et sont entrés en fonction, l'un en juillet et l'autre en décembre. Fin 2017, il y avait deux emplois vacants de médecins.

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.

Le marché public pour des experts médicaux publié fin 2016 a été clôturé et attribué en mai 2017 pour 4 ans.

Le Fonds a bien entendu toujours eu recours aux experts externes recrutés via le marché public de 2015.

Outre les experts du marché public, le Fonds a, si nécessaire, fait appel à des experts via un contrat de services.

3. Présentations

En 2017 également, les collaborateurs du FAM ont organisé des sessions d'information sur le fonctionnement du Fonds au sein d'organisations scientifiques de médecins et autres, lors de symposiums, de réunions de GLEM de médecins, etc., à l'exception des initiatives commerciales.

- 21.1.2017 Multidisciplinair symposium door de afdelingen neurochirurgie en orthopedie van het ZOL Genk
- 13.5.2017 18e edition du Congrès de la Ligue Cardiologique Belge
- 19.5.2017 Réunion de médecins-directeur Francophones à Harpignont
- 14.11.2017 UIA lezing in het kader van het doctoraat van W.Buelens
- 21.12.2018 UCL Woluwe GLEM Neurochirurgie

Le Dr N. Twite a activement participé comme enseignant à la formation en médecine de l'assurance et expertise médicale de l'Ulg.

Le FAM a également accueilli des stagiaires dans le cadre du post-master en médecine de l'assurance et expertise médicale de l'Ulg, de la KULeuven, de l'UGent et de l'UIA. Des étudiants bacheliers en droit ont également fait un stage au FAM.

Partie 5
Informations financières
« missions »



Après avoir abordé les statistiques relatives aux activités « missions » du Fonds, il convient de jeter un œil sur le budget et le coût potentiel de ces différentes missions pour le Fonds. C'est pourquoi cette 5^e partie est consacrée aux informations financières et aux budgets 2017 et 2018 du Fonds ainsi qu'aux réalisations des années précédentes. Ces budgets et réalisations seront présentés en deux parties, une partie relative aux missions du Fonds et une partie relative aux dépenses de fonctionnement du Fonds (budget de gestion).

Depuis la mise en place effective du Fonds le 1^{er} septembre 2012, de nombreuses expertises ont été réalisées et les premières indemnités ont été versées depuis l'année 2014. Avec l'accroissement important du nombre d'indemnités payées ces derniers mois, nous sommes en mesure de fournir des statistiques significatives en ce qui concerne ces indemnités.

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

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

I. Budget et réalisations - Missions

Le tableau ci-dessous présente les moyens mis à disposition du Fonds en 2017 pour exécuter ses missions ainsi que les réalisations pour l'année 2016.

Tableau 18 - Budget missions 2017		
Rubrique	Budget 2017	Réalisations 2016
8157 – Contentieux relatif aux missions de l'institution	110.000	136.261
8158 – Honoraires autres que pour le contentieux	805.000	450.928
80500 – Prise en charge des frais incombant aux bénéficiaires :	17.333.063	5.456.139
• Indemnités : 9.251.000 EUR		4.098.537
• Sinistres catastrophiques : 5.193.757 EUR		0
• Infections nosocomiales : 1.545.450 EUR		0
• Expertises contradictoires : 1.342.848 EUR		1.357.602
TOTAL	18.248.063	6.043.328
Source : Fonds des Accidents Médicaux		

Le tableau ci-dessous présente les moyens 2018 mis à disposition du Fonds pour exécuter ses missions ainsi que les réalisations pour l'année 2017.

Tableau 19 - Budget missions 2018		
Rubrique	Budget 2018	Réalisations 2017
8157 – Contentieux relatif aux missions de l'institution	346.000	275.648
8158 – Honoraires autres que pour le contentieux	410.000	173.249
80500 – Prise en charge des frais incombant aux bénéficiaires :	17.078.583	7.954.690
• Indemnisations : 8.900.000 EUR		6.870.367
• Sinistres catastrophiques : 5.349.570 EUR		0
• Infections nosocomiales : 1.591.813 EUR		0
• Expertises contradictoires : 1.237.200 EUR		1.084.323
TOTAL	17.834.583	8.403.587
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 autre cause.

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

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

Dans la suite de ce rapport, nous confronterons ces budgets avec les dépenses de missions réalisées en 2017 et plus particulièrement les dépenses liées aux expertises, qu'elles soient unilatérales ou contradictoires, et aux indemnisations.

II. Budget et réalisations – Gestion

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

Les tableaux ci-dessous reprennent les budgets de gestion du Fonds respectivement pour les années 2017 et 2018.

Tableau 20 - Budget de gestion 2017		
Budget 2015	TOTAL (EUR)	%
Personnel	3.365.433 (68,02%)	2.857.669
Fonctionnement ordinaire	670.208 (13,55%)	346.166
Investissements mobiliers	7.000 (0,14%)	851
Fonctionnement informatique	772.791(15,62%)	744.815
Investissements informatiques	101.000 (2,04%)	83.554
Impôts et contentieux	31.000 (0,63%)	33.221
TOTAL budget de gestion	4.947.432	4.066.276

Source : Fonds des Accidents Médicaux

Tableau 21 - Budget de gestion 2018		
Budget 2016	TOTAL (EUR)	%
Personnel	3.780.425 (73,91%)	3.117.450
Fonctionnement ordinaire	413.151 (8,08%)	315.249
Investissements mobiliers	2.000 (0,04%)	500
Fonctionnement informatique	787.877 (15,40%)	770.864
Investissements informatiques	100.000 (1,96%)	113.867
Impôts et contentieux	31.372 (0,61%)	40.930
TOTAL budget de gestion	5.114.825	4.358.860

Source : Fonds des Accidents Médicaux

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

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

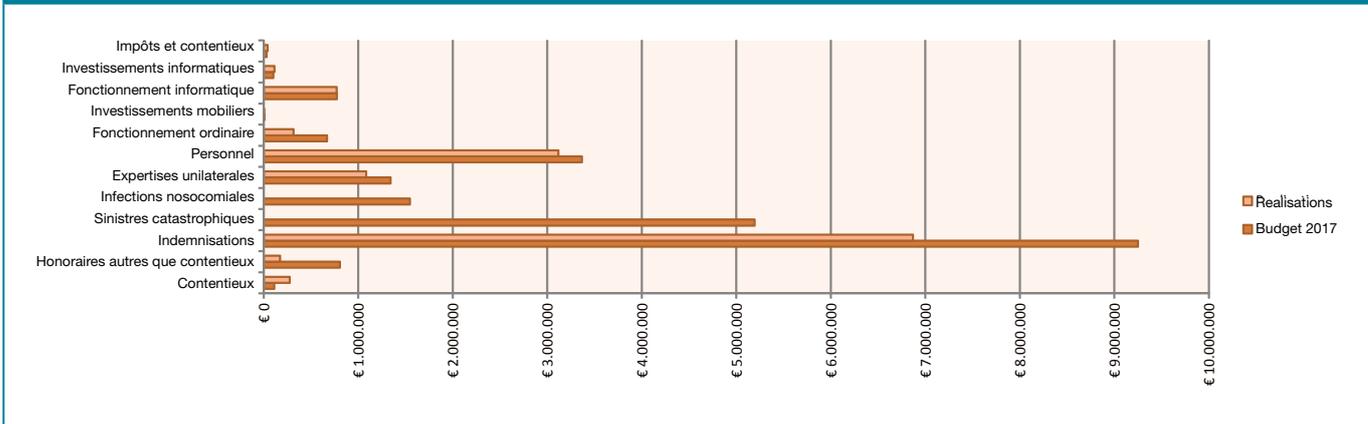
Pour ce qui est de la répartition du budget de gestion du Fonds, on constate sans surprise que les dépenses de personnel sont les plus importantes avec 68% du budget en 2017 et dépassant même la barre des 70% en 2018. On retrouve ensuite les dépenses de fonctionnement nécessaires pour que le Fonds puisse exercer les missions qui lui sont confiées dans les meilleures conditions possibles et notamment grâce au développement informatique. Les investissements, quant à eux, ne représentent qu'une part minime du budget de gestion.

III. Comparaison budget et réalisations 2017

En ce qui concerne l'année de référence de ce rapport, il est intéressant de comparer le budget et les réalisations afin d'avoir une vue sur le taux d'utilisation du budget. C'est pourquoi le tableau ci-dessous reprend les données relatives au budget et aux réalisations 2017.

Tableau 22 - Budget 2017 Realisations				
Rubrique	Budget 2017	Réalisations	Différence	Taux d'utilisation
Missions				
Contentieux	110.000 EUR	275.648 EUR	-165.648 EUR	250,59%
Honoraires autres que contentieux	805.000 EUR	173.249 EUR	631.751 EUR	21,52%
Indemnisations	9.251.000 EUR	6.870.367 EUR	2.380.633 EUR	74,27%
Sinistres catastrophiques	5.193.757 EUR	0 EUR	5.193.757 EUR	0,00%
Infections nosocomiales	1.545.450 EUR	0 EUR	1.545.450 EUR	0,00%
Expertises médicales amiables	1.342.848 EUR	1.084.323 EUR	258.525 EUR	80,75%
TOTAL Missions	18.248.055 EUR	8.403.587 EUR	9.844.468 EUR	46,05%
Gestion				
Personnel	3.365.433 EUR	3.117.450 EUR	247.983 EUR	92,63%
Fonctionnement ordinaire	670.208 EUR	315.249 EUR	354.959 EUR	47,04%
Investissements mobiliers	7.000 EUR	500 EUR	6.500 EUR	7,14%
Fonctionnement informatique	772.791 EUR	770.864 EUR	1.927 EUR	99,75%
Investissements informatiques	101.000 EUR	113.867 EUR	-12.867 EUR	112,74%
Impôts et contentieux	31.000 EUR	40.930 EUR	-9.930 EUR	132,03%
Total gestion	4.947.432 EUR	4.358.860 EUR	588.572 EUR	88,10%
Source : Fonds des Accidents Médicaux				

Graphique 26 - Comparaison budget et réalisations 2017



Source : Fonds des Accidents Médicaux

La première constatation que l'on peut faire est que le budget du FAM pour l'année 2017 n'a pas été entièrement utilisé. En effet, seul 55% du budget a été réalisé avec une grande différence entre le budget des missions avec à peine 46% d'utilisation contre plus de 88% pour le budget de gestion.

Si on regarde plus en détail ce tableau, on s'aperçoit que la non utilisation du budget des missions provient principalement de deux postes qui sont les sinistres catastrophiques et les infections nosocomiales pour lesquels aucune réalisation n'a été constatée en 2017. En effet, il n'y a eu aucun cas de sinistre catastrophique en 2017 et les infections nosocomiales ne sont pas, à l'heure actuelle, identifiées spécifiquement comme des indemnités séparées. Elles se retrouvent donc sous la rubrique « indemnités ».

En ce qui concerne le budget de gestion, on constate une grande disparité entre les rubriques avec certaines rubriques dépassant largement le budget comme les investissements informatiques ou les impôts et d'autres dont le taux d'utilisation ne dépasse pas 50% comme les investissements mobiliers ou le fonctionnement ordinaire.

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

IV. Statistiques financières concernant les missions

Il est temps maintenant de passer aux 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. Nous nous attacherons donc, dans cette partie, à donner des statistiques et informations concernant le coût de ces expertises.

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

Le tableau ci-dessous reprend les données relatives aux expertises et demandes d'avis ainsi que le montant et le nombre d'indemnisations payées depuis le démarrage du Fonds (statistiques arrêtées au 31/12/2017). Nous commencerons par analyser les données relatives aux expertises et les mettre sous forme de graphiques afin d'avoir une vision plus claire de la nature des expertises, de leur répartition et de leur coût. Ensuite, nous analyserons les données relatives au coût des différentes indemnisations déjà versées.

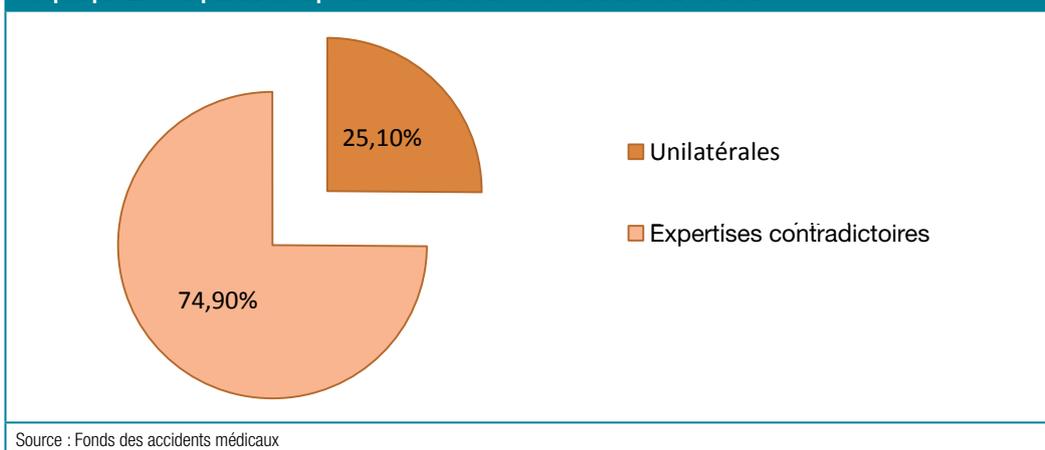
Tableau 22 - Coût des expertises du FAM

Type	Nombre d'expertises facturées /indemnisations versées	Coût total
EXPERTISES	2.125	3.925.078,32
Unilatérales	490	439.277,70
Expertises contradictoires	1.635	3.485.800,62
FRAIS D'AVOCATS	565	1.091.651,44
Demandes d'avis	343	694.936,28
Contentieux	222	396.715,16
Indemnisations	137	12.042.872,37
TOTAL	2.827	17.059.602,13

Source : Fonds des Accidents Médicaux

Nous constatons tout d'abord que les expertises contradictoires sont toujours plus nombreuses que les expertises unilatérales. En effet, comme nous le montre le graphique ci-dessous, les proportions d'expertises contradictoires et unilatérales sur l'ensemble des expertises sont respectivement de 76,94% et 23,06%. C'est un constat intéressant lorsque l'on sait qu'un an auparavant, la proportion était d'environ 75% pour les expertises contradictoires et 25% pour les unilatérales. Il y a donc 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 70-30 en ce qui concerne le type d'expertise.

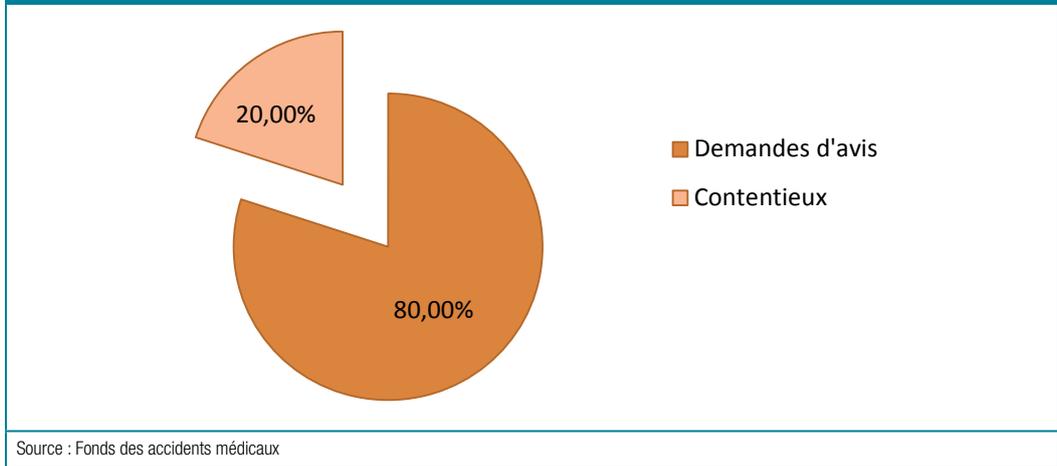
Graphique 23 - Répartition expertises unilatérales et contradictoire facturées



Source : Fonds des accidents médicaux

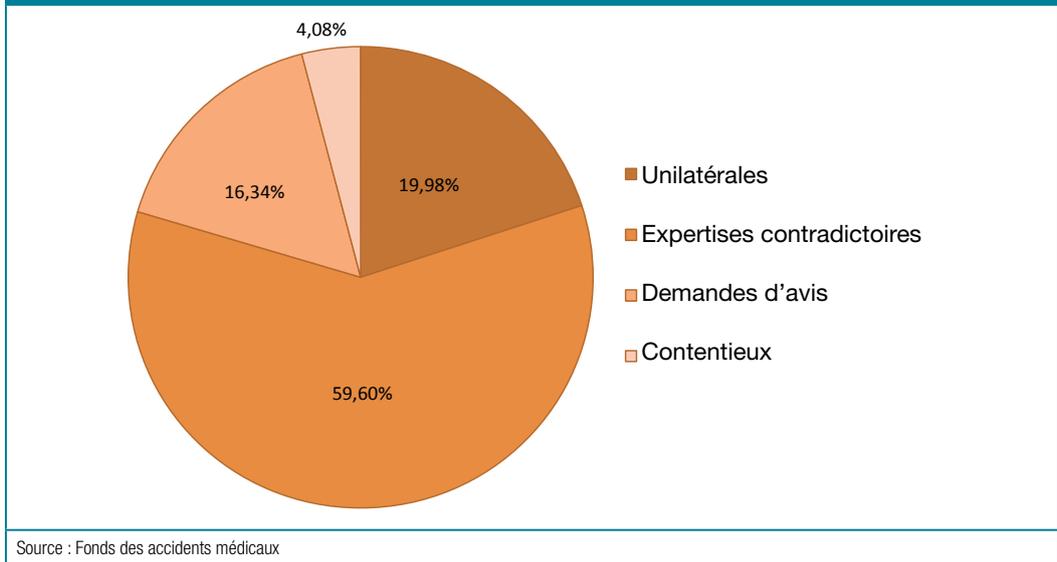
Si on s'attarde sur les frais d'avocats, et plus particulièrement sur le nombre de demandes faites aux différents avocats, on constate que la plupart des demandes concerne la relecture des avis préparés par le Fonds avec près de 60 % des demandes. Le nombre d'appels à des avocats pour représenter le Fonds dans le cadre de procédures juridiques représente 40% des demandes mais ce chiffre est en constante augmentation ces derniers mois et même années. En effet, alors que la proportion de contentieux atteint aujourd'hui près de 40% des demandes formulées auprès des avocats, elle n'était encore que de 20% en 2016 et 10% à peine en 2015.

Graphique 24 - Répartition des appels à des avocats



Si on regroupe les deux graphiques précédents, on peut clairement voir que près de 79% 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 représentent que 21% 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 contradictoires et unilatérales aient permis de dégager les dossiers pour lesquels une indemnisation est envisageable.

Graphique 25 - Répartition par type de factures



En ce qui concerne le coût de ces expertises et demandes, on voit que ce sont les expertises contradictoires qui sont les plus onéreuses avec un coût moyen de 2.131,99 EUR, devant les demandes d'avis avec un coût moyen de 2.026,05 EUR, le contentieux avec 1.787,01 EUR et à peine 896,49 EUR pour les expertises unilatérales.

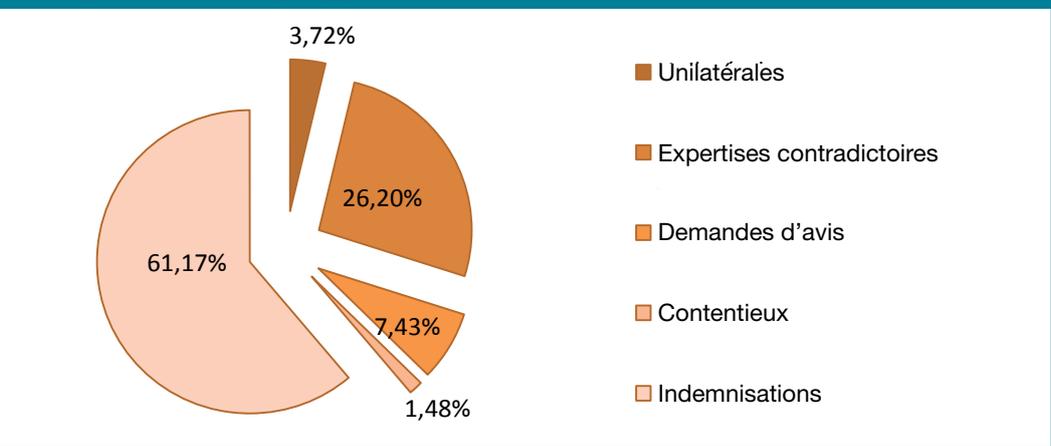
Abordons maintenant les chiffres relatifs aux indemnisations. Au 31/12/2017, 137 indemnisations ont été versées par le Fonds ce qui représente 71 indemnisations de plus que fin 2016. A ce stade il est important de préciser que le Fonds a également versé 29 rentes mensuelles dans le cadre de 3 dossiers d'indemnisations. Ces rentes allant d'un montant de 549,95 EUR à 1.113,25 EUR ne sont pas comprises dans les 137 indemnisations mentionnées ci-dessus. En effet, étant donné la périodicité des versements et les montants beaucoup plus faibles qu'elles représentent, ces rentes ont été isolées du reste des indemnisations.

Mois	2014	2015	2016	2017
Janvier	0,00	0,00	44.088,71	86.479,45
Février	0,00	66.532,36	5.535,00	649.349,50
Mars	0,00	2.937,15	222.718,64	351.423,55
Avril	0,00	2.708,54	503.927,09	1.505.723,32
Mai	0,00	144.506,00	330.871,92	312.769,76
Juin	0,00	0,00	1.084.691,41	219.610,56
Juillet	0,00	0,00	25.032,00	913.980,45
Août	0,00	5.400,00	922.945,83	148.017,70
Septembre	0,00	106.180,59	129.246,81	472.500,58
Octobre	0,00	421.350,99	172.829,83	781.846,02
Novembre	0,00	195.531,94	324.317,09	74.191,75
Décembre	122.575,01	285.648,48	245.853,27	1.161.551,07
TOTAL	122.575,01	1.230.796,05	4.012.057,60	6.677.443,71

Source: Fonds voor de Medische Ongevallen

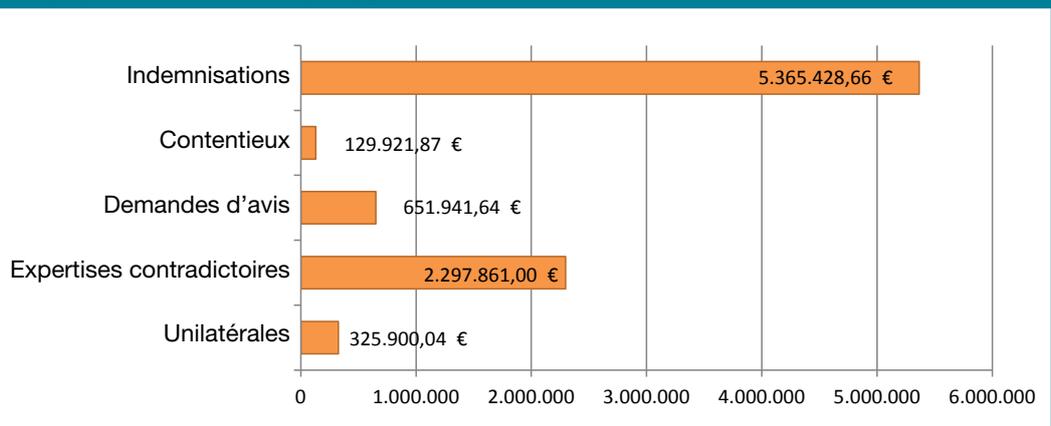
Plusieurs informations intéressantes ressortent de ce tableau. Tout d'abord, on peut remarquer l'augmentation constante des indemnisations versées par le Fonds. En effet, on est passé d'un montant d'un peu plus d'un million en 2015 à plus de 6,5 millions en 2017. Ensuite, on remarque une grande disparité dans les montants payés par mois. En effet, selon les cas à indemniser chaque mois et leur gravité, les montants peuvent aller de quelques milliers d'euros à plusieurs centaines de milliers d'euros ! Il est donc très difficile de faire des prévisions mensuelles sur les dépenses engendrées par les indemnisations. Enfin, si la tendance de ce tableau se poursuit, on peut probablement s'attendre, encore en 2018, à une augmentation du montant total de ces indemnisations.

Graphique 26 - Ventilation par type de coût



Source : Fonds des accidents médicaux

Graphique 27 - Montant total par type de coût



Source : Fonds des accidents médicaux

Partie 6

Recommandations pour
prévenir les dommages
résultant de soins de santé



La loi du 31 mars 2010 stipule que le rapport d'activité annuel du Fonds doit comporter ses recommandations pour prévenir les dommages résultant de soins de santé. La même loi confie au Fonds une mission de prévention sur la base d'éventuelles constatations faites dans le cadre du traitement des dossiers qui lui sont confiés mais aussi sur la base des éventuelles discussions générales du Comité de gestion du Fonds. Cette mission de prévention s'ajoute à la mission principale du Fonds qui est l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé.

Aucune recommandation n'avait été faite dans les rapports d'activité annuels précédents car le Fonds était encore dans l'impossibilité de prendre le recul suffisant nécessaire pour formuler ce type de recommandations. Pour mener à bien cette mission de prévention, il convenait de rassembler des données suffisamment représentatives.

Sur la base des 1.000 premiers dossiers ayant abouti à un avis, il est désormais possible de faire quelques simples constatations.

Ces constatations reposent sur une analyse des demandes ayant abouti à un avis. Il n'a pas été tenu compte des dossiers clôturés sans avis (irrecevables en vertu de l'article 12, stoppés à la requête du demandeur ou de son bénéficiaire ou absence de réponse du demandeur ou de son bénéficiaire) ni des dossiers en cours d'examen.

Il ressort d'une analyse des avis émis jusque fin 2017 que 2,5 % d'entre eux concernent des accidents médicaux sans responsabilité où le degré de gravité est atteint et pour lesquels le Fonds intervient.

18 % sont des accidents médicaux avec responsabilité où le degré de gravité est atteint pour la moitié d'entre eux, pour lesquels le Fonds pourrait indemniser si le dispensateur de soins ou son assureur devait contester la responsabilité.

Dans près de 80 % des « accidents médicaux » examinés, il ne s'agit donc ni de responsabilité ni d'accidents médicaux indemnissables sans responsabilité.

Le nombre d'avis est limité, certainement par rapport au nombre total de prestations de santé effectuées au cours de cette période. Le Fonds ne dispose pas non plus de chiffres précis quant au nombre de prestations à situer dans le contexte du nombre d'accidents médicaux.

Les nombres par type de dispensateur de soins et par type de prestation sont certainement encore trop restreints pour pouvoir tirer des conclusions concernant certaines prestations.

Sur la base de l'analyse des 1.000 premiers avis, il existe à tout le moins une présomption de connaissances et/ou d'informations insuffisantes dans le chef du demandeur/des victimes présumées d'accidents médicaux concernant le déroulement normal, les éventuels effets indésirables d'un traitement, le résultat du traitement, les éventuelles complications...

Le Fonds souhaite dès lors attirer d'une part l'attention du dispensateur, sur le fait qu'il est important de fournir des bonnes informations intelligibles, exactes et réalistes avant, pendant et après les soins de santé, et, d'autre part, l'attention du patient, qui doit bien s'informer et demander des renseignements complémentaires. Il ne suffit donc pas en l'espèce de se limiter à prendre connaissance d'un scénario idéal.

Ces informations doivent concerner davantage que la prestation de santé même. Elles doivent aussi porter sur les efforts attendus du patient : exercices après implantation d'une prothèse articulaire, arrêter de fumer...

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 contradictoire¹ 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.

2. Approche d'avantage axée sur les dommages

En sa réunion du 9 juin 2017, le Conseil d'administration a décidé de donner son feu vert pour une approche davantage axée sur les dommages.

Soucieux de traiter les dossiers le plus rapidement possible et de la manière la plus adéquate qui soit, le Fonds appliquera l'article 17, § 2, de manière plus stricte.

Le paragraphe 2 de l'article 17 stipule ceci : « À moins que la demande ne soit manifestement irrecevable ou non fondée, ou que l'ensemble des parties à la procédure y renoncent, le Fonds organise une expertise contradictoire s'il y a des indices sérieux que le dommage atteint le seuil de gravité visé à l'article 5. »

Auparavant, il était décidé d'organiser une expertise contradictoire pour chaque dossier dans le cas d'une présomption de responsabilité éventuelle et/ou de seuil de gravité atteint.

Cette attitude était certainement justifiable lors de la phase de lancement du Fonds, d'une part pour permettre aux collaborateurs du Fonds d'acquérir de l'expérience et, d'autre part, afin d'appuyer la crédibilité du Fonds.

L'expérience nous apprend que ces expertises contradictoires prennent beaucoup de temps, coûtent beaucoup d'argent et n'aboutissent pas à une indemnisation des victimes par le Fonds lorsque le seuil de gravité n'est pas atteint au sens de l'article 5 de la loi du 31 mars 2010.

À partir de cette date, pour les dossiers nécessitant l'organisation d'une expertise à la demande du Fonds, il sera examiné si le seuil de gravité tel que prévu à l'article 5 susmentionné est atteint.

Le Fonds organisera une expertise contradictoire uniquement pour les dossiers comportant des indices selon lesquels le seuil de gravité tel que prévu à l'article 5 de la loi est atteint.

Afin de mobiliser les ressources humaines disponibles de la manière la plus adéquate possible, il a été décidé :

- de terminer comme initialement prévu le traitement des dossiers où l'expertise a déjà été préparée par le médecin interne
- pour les dossiers ne comportant pas d'indices selon lesquels le seuil de gravité est atteint, soit d'organiser une expertise unilatérale, soit de parachever le traitement de ces dossiers sur la base de l'analyse d'un médecin interne.

Étant donné que cette approche pourrait ralentir le traitement d'un dossier comportant des indices selon lesquels le seuil de gravité tel qu'il est prévu dans la loi est atteint, par rapport à un dossier où le seuil de gravité n'est pas atteint, la possibilité a été prévue de traiter en priorité les dossiers concernant des dommages et souffrances très graves.

Les médecins internes pourront traiter ces dossiers prioritairement, à n'importe quel moment du processus. Par ailleurs, toutes les demandes de traitement prioritaire émanant tant du demandeur, du patient ou du mandataire, seront analysées et obtiendront la priorité suivant les mêmes règles.

Les premiers dossiers ont été traités suivant cette nouvelle approche axée sur les dommages à l'automne dernier. Nous n'avons pas encore constaté de véritable accélération du processus du fait notamment que les expertises déjà préparées ont encore été rédigées suivant les anciennes règles.

Date de publication : Octobre 2018

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

Réalisation : Fonds des accidents médicaux

Graphique design : Cellule communication de l'INAMI

Photo : Verypics

Dépôt légal : D/2018/0401/35