



Rapport d'activités du Fonds des accidents médicaux – 2018



Sommaire

Préface	3
---------------	---

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

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

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

Partie 2 - Organigramme et structure du Fonds 11

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

Partie 3 - Activités relatives aux missions 15

I. Suivi administratif et observations statistiques	16
1. Call center.....	16
2. Nombre total de dossiers entrants, ouverts et clôturés, par rôle linguistique pour l’année 2018 et depuis la création du Fonds.....	16
3. Le nombre total de dossiers reçus par mois et par rôle linguistique.....	19
4. Statut de tous les dossiers introduits depuis la création du Fonds.....	20
5. Nombre de dossiers ouverts par année.....	21
6. Répartition par phase des dossiers ouverts jusqu’à l’indemnisation comprise	21
7. Évolution des dossiers irrecevables.....	22
8. Avis.....	26
9. Plus de dossiers sortants qu’entrants	27
10. Répartition des dossiers par demandeur.....	29
II. Activités médicales et statistiques	30
1. L’encodage	30
2. Statistiques	31

III. Activités juridiques, suivi et statistiques	36
1. Indemnisations depuis la création du Fonds	36
2. Contentieux (jusque fin 2018)	37

Partie 4 - Gestion financière et encadrement..... 41

I. Budgets et réalisations – missions	42
II. Budget et réalisations – gestion	44
III. Comparaison budget et réalisations 2018.....	45
IV. Statistiques financières concernant les missions.....	46
V. Indemnisations remboursées ou le produit d’actions subrogatoires.....	50

Partie 5 - Autres activités 51

I. Présentations.....	52
II. Analyse et audit	52

Partie 6 - Recommandations pour la prévention de dommages résultant de soins de santé 53

I. Interventions pour la pose d’une prothèse de hanche.....	55
II. Interventions pour la pose d’une prothèse de genou.....	56

Annexe..... 57

I. Préface

Cher lecteur, chère lectrice,

Dans cette septième édition du rapport d'activité, le Fonds des accidents médicaux (Fonds) établit de nouveau le bilan des activités et attire l'attention sur l'évolution de celles-ci.

Le rapport reflète la situation fin 2018 et la compare, le cas échéant, aussi à celle depuis la création du Fonds.

Malgré les efforts soutenus du Fonds, il accuse encore toujours un retard important au niveau du traitement des dossiers, mais ce retard ne s'accroît plus. Cette tendance a été constatée pour la première fois en 2017, et s'est confirmée en 2018. Les mesures prises en 2017 s'avèrent également efficaces en 2018.

Afin de répondre aux exigences de la réglementation RGPD, le Fonds a en outre entrepris des démarches importantes concernant l'échange de documents et de données.

Le système de gestion de dossiers, DAMO, a davantage encore été affiné et amélioré.

Le Fonds a également investi dans une meilleure communication et concertation et ce, tant avec les victimes qu'avec les dispensateurs de soins et les assureurs. Il s'agit là d'efforts devant certainement être poursuivis à l'avenir.

Malgré cette tendance positive, le Fonds doit continuer à investir dans la rapidité et la qualité d'un traitement des nombreuses demandes qu'il reçoit. La résorption du retard demeure une priorité absolue.

Le Comité de gestion continue à y veiller et, en collaboration avec le directeur et toute l'équipe du Fonds, cherche à résoudre les problèmes rencontrés par celui-ci.

Geneviève Schamps

Présidente du Comité de gestion

Steven Lierman

Vice-Président du Comité de gestion

II. Mot de la direction

2018 marque le sixième exercice complet du Fonds en tant que service public intégré à l'INAMI.

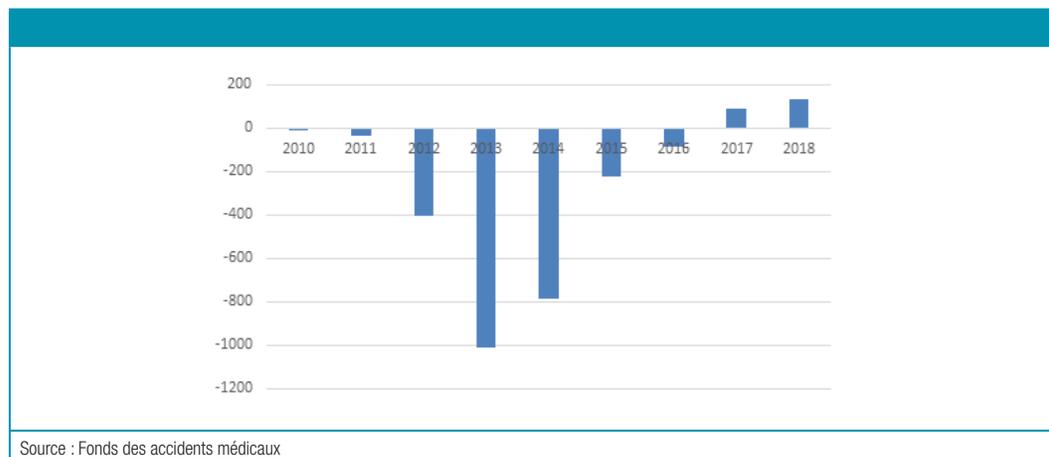
Le Fonds a pour mission principale d'indemniser les victimes de dommages résultant de soins de santé, en particulier les victimes d'un accident médical où le degré de gravité, tel que défini dans la loi du 31 mars 2010, a été atteint et dans la mesure où le Fonds estime qu'il s'agit d'un accident médical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

En tant que directeur du Fonds, je m'associe à toute l'équipe, aux partenaires du Comité de gestion et au réseau d'experts pour souligner notre fierté et notre détermination face à ce défi. Ensemble, nous sommes et ne pouvons plus conscients de l'importance que revêt cette mission, à la fois pour les victimes, les demandeurs et les prestataires de soins.

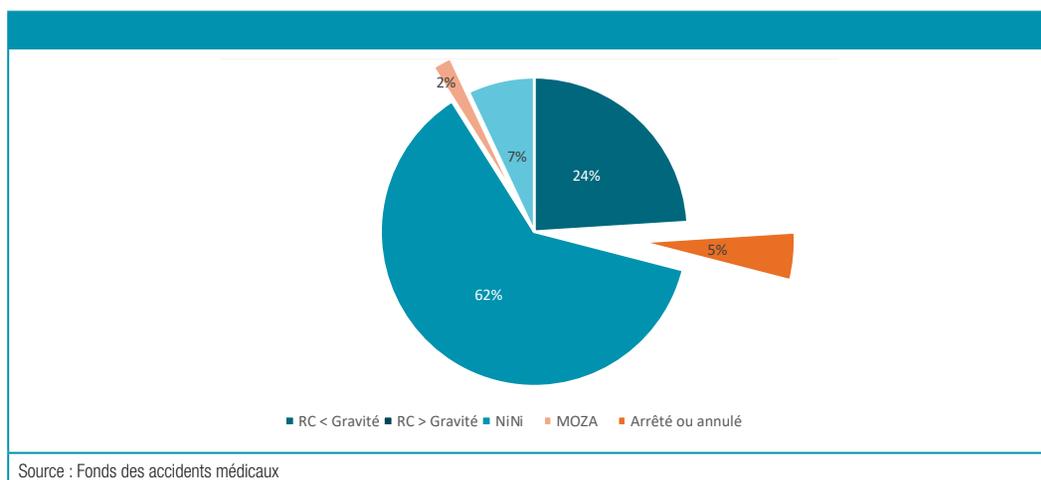
Ce rapport d'activités a pour objectif de vous informer aussi clairement et objectivement que possible au sujet de la situation. Force est de constater que le lancement du Fonds fut difficile et progressif, ce qui a entraîné un retard considérable.

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

Le nombre de nouvelles demandes reste stable depuis 2015, et le nombre de dossiers clôturés continue à augmenter. C'est grâce à cela et en partie grâce aux mesures prises en 2017 que l'arriéré a été diminué. Cette tendance, déjà observable en 2017, se confirme en 2018.



Sur la base des dossiers clôturés fin 2018, il apparaît que seul un nombre limité de demandeurs recevra finalement une indemnisation. 50 (2 %) par le Fonds dans le cadre d'un accident médical indemnisable (degré de gravité atteint) sans responsabilité et 120 (5 %) potentiellement par le Fonds si le prestataire de soins responsable et/ou son assureur refuse en cas d'avis pour lequel le Fonds a retenu une responsabilité.



En 2018, la structure organisationnelle a été modifiée en vue de mettre l'accent sur :

- le rôle central de la gestion de dossiers
- la qualité et l'uniformité

Le Fonds devra encore relever d'importants défis à l'avenir mais je suis convaincu que des mesures ont été prises dans la bonne direction. Le Fonds continuera à travailler à l'optimisation de son fonctionnement, l'amélioration et l'accélération de ses processus, sans compromis sur la qualité.

Le Fonds s'investit dans son rôle, tant pour le demandeur individuel que pour les recommandations collectives.

À l'avenir, le Fonds s'engagera également à informer le public correctement au sujet de la mission du Fonds.

Mia Honinckx
 Adviseur-generaal, directeur FMO

Partie 1

Missions du Fonds des accidents médicaux et organisation



I. Missions

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

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

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

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

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

Le Fonds doit accomplir les missions suivantes :

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

2. Mission de prévention d'enregistrement et de reporting

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

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

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

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

II. Comité de gestion

1. Composition

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

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

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

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

2. Compétences

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

Le **Comité de gestion** du Fonds :

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

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

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

Tableau des réunions du C.G. et GT en 2018	
Comité de gestion	Groupe de travail procédures juridiques
09-02-2018	03-07-2018
04-05-2018	12-10-2018
03-07-2018	
12-10-2018	
16-11-2018	
14-12-2018	
Source : Fonds des Accidents Médicaux	

Partie 2

Organigramme et structure du Fonds



I. Organigramme

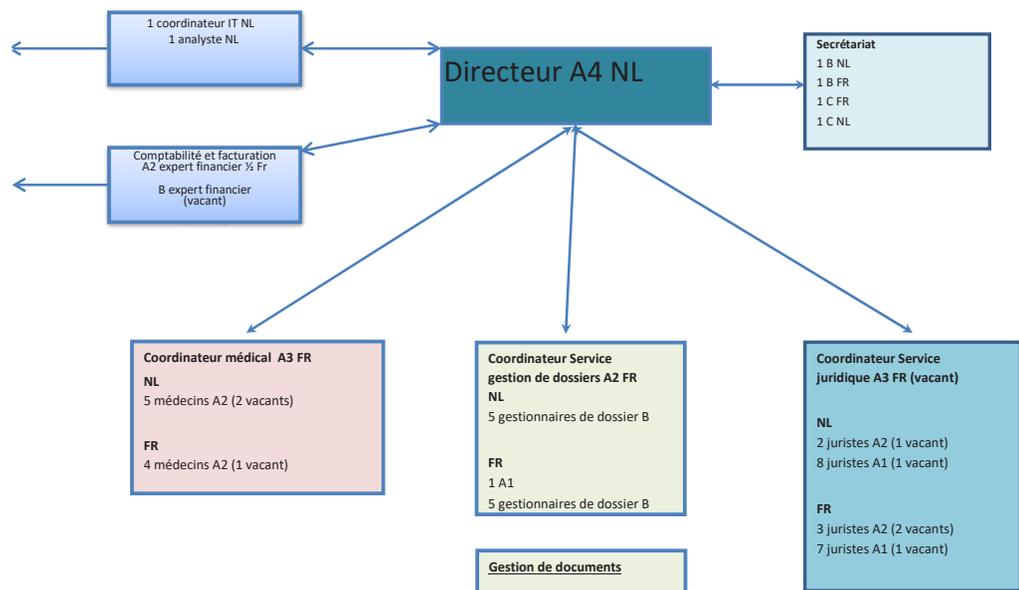
En 2018, le Comité de gestion du Fonds a approuvé un nouvel organigramme sur proposition de l'administration.

Cet organigramme est axé sur les éléments suivants :

- Rôle central pour la gestion de dossiers
- Traitement uniforme
- Qualité

Pour y parvenir, il a été décidé de définir de nouveaux rôles : coordinateur médical, coordinateur juridique et chef d'équipe pour les gestionnaires de dossiers.

En collaboration avec le Service RH de l'INAMI, ces fonctions ont été pourvues. Voici à quoi ressemble l'organigramme (pour fin 2018) :



II. Experts externes

Les rapports annuels précédents ont déjà montré que le Fonds peut faire appel à des praticiens professionnels spécialisés pour obtenir des informations précises sur des questions médicales spécifiques. Le Fonds fait en outre également appel à des avocats/juristes dans le cadre de litiges et de conseils.

Depuis la création du Fonds, nous travaillons d'arrache-pied pour mettre en place un réseau d'experts externes. Ces experts sont nommés conformément aux principes et dispositions de la législation en matière de marchés publics.

Les premiers marchés ont été publiés au Bulletin des adjudications le 3 septembre 2012, tant pour les experts-dispensateurs de soins que pour les avocats/juristes, pour une durée de 4 ans (prolongation d'un an incluse). La passation des marchés pour les dispensateurs de soins a pu avoir lieu en avril 2013, au terme d'une « procédure négociée avec publication ». En dépit de la mission et de la publication susmentionnées, le nombre de dispensateurs de soins et d'experts dans certains domaines est resté insuffisant et un nouveau marché public a été lancé fin 2014 par le biais d'une « procédure négociée sans publication ».

Entre-temps, en 2017, un nouveau contrat de 4 ans a été conclu au moyen d'une « procédure négociée avec publication préalable », tant pour des dispensateurs de soins externes- médecins experts que pour des avocats.

S'il n'y a pas d'expert disponible dans un domaine ou une sous-spécialisation en particulier qui figure sur la liste des marchés publics, ce qui a également été régulièrement le cas en 2018, des marchés/marchés de services uniques sont nécessairement utilisés.

III. Instruments/Outils - développements ICT

En 2018, une série de mesures importantes ont été prises dans le cadre de la numérisation des processus opérationnels. La consolidation des projets technologiques livrés en 2017 ainsi que la mise en service d'un certain nombre de nouveaux systèmes se sont poursuivies.

- Dans le cadre de la gestion des dossiers, de nombreuses améliorations ont été apportées cette année à la solution de Case Management DAMO (acronyme de « Dossier Accidents Médicaux-Medische Ongevallen »), mise en service en 2017. Des progrès ont essentiellement été accomplis pour mieux adapter la fonctionnalité du système aux besoins opérationnels du Fonds et une attention particulière a été accordée à l'amélioration de la convivialité et la performance de la solution. En outre, des ressources ont également été investies pour optimiser l'utilisation des systèmes informatiques transversaux de l'INAMI, tels que IOC V2 (communication entrante et sortante). Les actions citées ci-dessus ont toutes été réalisées dans le cadre des phases 1 et 2 du processus de traitement. Tout ce qui suit l'avis (phase 3) n'est actuellement pas inclus dans DAMO mais est prévu pour la prochaine période.
- Afin de répondre aux exigences de la législation RGPD, entrée en vigueur en mai 2018, la Secure Box de l'INAMI a été mise en service au cours du premier semestre de cette année. Cette solution, basée sur la technologie TRESORIT, nous permet d'échanger des documents de manière sûre et efficace avec les personnes impliquées dans le contexte de l'expertise médicale.

- En ce qui concerne la question de la gestion des documents, on peut noter les deux actions suivantes :
 - les contacts avec le secteur ont été renouvelés en vue de trouver une solution pour obtenir de manière structurée les documents demandés pour analyse
 - comme alternative au point précédent, un projet « Proof of Concept » a été lancé en utilisant l'intelligence artificielle. Ce projet devait nous permettre de savoir au début de 2019 si l'intelligence artificielle peut nous aider à fournir automatiquement des métadonnées pour une grande variété de documents.
- Afin de faciliter l'échange d'images médicales, un projet a été mis en place pour installer un serveur PacsOnWeb pour le Fonds. Le système est en production technique mais n'est toujours pas utilisé systématiquement car il y a quelques problèmes avec les grandes variétés d'images et de rapports DICOM.
- Des efforts supplémentaires ont été déployés pour mettre en œuvre EUNOM-E (la plateforme commune de l'INAMI pour les litiges) afin d'assurer le suivi des dossiers où un différend juridique a surgi. Malgré les retards inévitables dus au manque de personnel et à la clarification des responsabilités entre le Service juridique général de l'INAMI et le Fonds, on peut néanmoins dire que le système est en pré-production et qu'il est proche d'une utilisation générale.
- Les préparatifs et les tests nécessaires ont été effectués pour migrer vers Windows 10 et Office 2016 début 2019.

Partie 3

Activités relatives aux missions

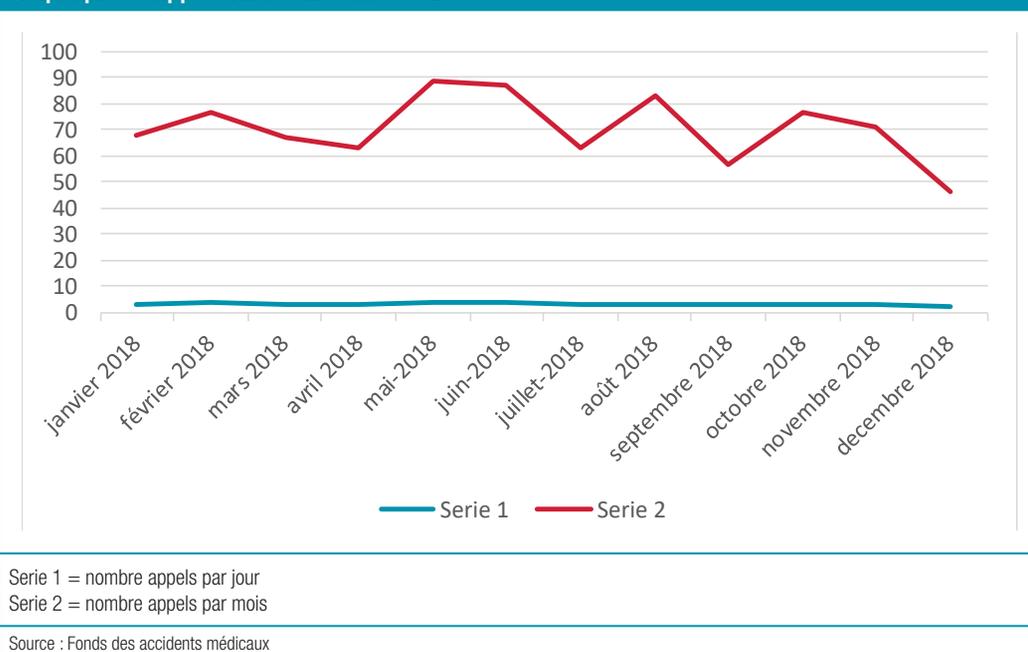


I. Suivi administratif et observations statistiques

1. Call center

Depuis juin 2011, un call center a été mis en place pour répondre en première ligne aux questions des citoyens. Bien que les réponses soient généralement disponibles sur le site web du Fonds, il reste utile de garantir une accessibilité optimale. Le site web a été adapté à plusieurs reprises suite à des questions qui ont été posées dans le passé. Pour l'année 2018, nous remarquons qu'il n'y a pas eu plus de 4 appels entrants par jour ouvrable au call center. Le nombre moyen d'appels par année diminue en comparaison de 2017 et des années précédentes. Pour 2018, on compte un total de 810 appels avec une moyenne de 67 par mois, alors qu'en 2017, il y en avait encore 996. La répartition du nombre d'appels par rôle linguistique en 2018 est de 53 % d'appels en français et 47 % d'appels en néerlandais.

Graphique 1 - Appels via le call center en 2018



2. Nombre total de dossiers entrants, ouverts et clôturés, par rôle linguistique pour l'année 2018 et depuis la création du Fonds

En 2018, 486 dossiers ont été introduits au Fonds. Depuis sa création, le nombre total de dossiers introduits s'élève à 4.759.

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

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

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 indemnité acceptée par l'ensemble des parties, le dossier est déclaré irrecevable sur le plan administratif, etc.

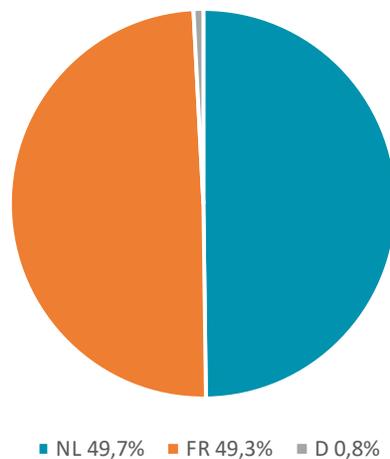
Dans les tableaux 1 et 2, vous trouverez la répartition linguistique des dossiers et leur statut général (nombre total de dossiers entrants, ouverts et clôturés par langue), d'une part pour l'année 2018 uniquement et, d'autre part, pour toute la période depuis la création du Fonds. Notons qu'en 2018, il y a eu à nouveau autant de dossiers francophones que néerlandophones qui ont été introduits, alors qu'on observait clairement en 2017 davantage de dossiers néerlandophones au Fonds.

Tableau 1 - Répartition des dossiers par rôle linguistique introduits en 2018 et leur statut général

Nombre de dossiers	Langue			Total
	D	FR	NL	
Fermé	0	11	13	24
Ouvert	4	229	229	462
TOTAL	4	240	242	486

Source : Fonds des accidents médicaux

Graphique 2 : Répartition des dossiers par rôle linguistique en 2018



Source : Fonds des accidents médicaux

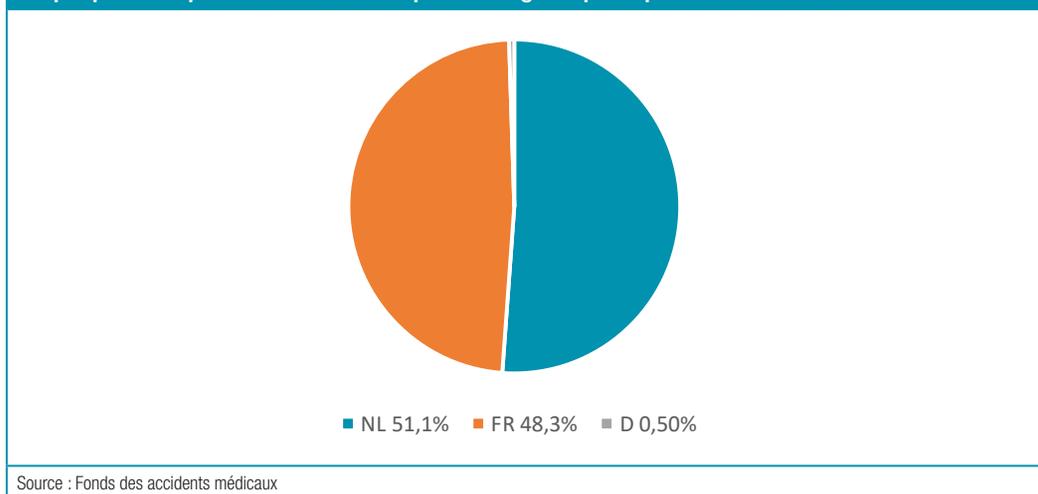
Tableau 2 - Répartition des dossiers par rôle linguistique depuis la création du Fonds et leur statut général

Nombre de dossiers	Langue			Total
	D	F	N	
Fermé	2	903	1320	2225
Ouvert	22	1356	1052	2430
Contentieux (= en cours)	0	41	63	104
Total	24	2300	2435	4759

Source : Fonds des accidents médicaux

Pour tous les dossiers introduits depuis la création du Fonds, la situation se présente comme suit : 48 % des dossiers sont clôturés, 52 % sont encore ouverts. La plupart des dossiers se trouvent donc encore dans une phase active.

Par rôle linguistique, on remarque une légère différence dans ces proportions. Fin 2018, 41 % des dossiers francophones étaient clôturés contre 59 % des dossiers néerlandophones ; donc 59 % des dossiers FR étaient dans une phase active contre 41 % de dossiers NL.

Graphique 3 - Répartition des dossiers par rôle linguistique depuis la création du Fonds

Source : Fonds des accidents médicaux

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

Tableau 3 - Nombre de dossiers reçus par mois.

Anné	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
2018	53	58	44	43	48	40	31	49	32	48	19	21	486
TOTAL	507	405	389	359	377	372	317	317	473	469	436	338	4759

Source : Fonds des accidents médicaux

Concernant le tableau 3, il est important de savoir que la loi du 31 mars 2010 n'est entrée entièrement en vigueur que le 1er septembre 2012, conformément à l'A.R. du 25 Août 2012 fixant la date d'entrée en vigueur¹ ². Cela explique pour laquelle peu de dossiers ont été introduits entre avril 2010 et août 2012, alors qu'à partir de septembre 2012 (après la conférence de presse) et au cours des mois qui ont suivi, ainsi qu'en 2013, le nombre de dossiers introduits a atteint des sommets. Depuis 2014, le nombre de demandes a, comme attendu, progressivement baissé jusqu'à une quarantaine de dossiers par mois.

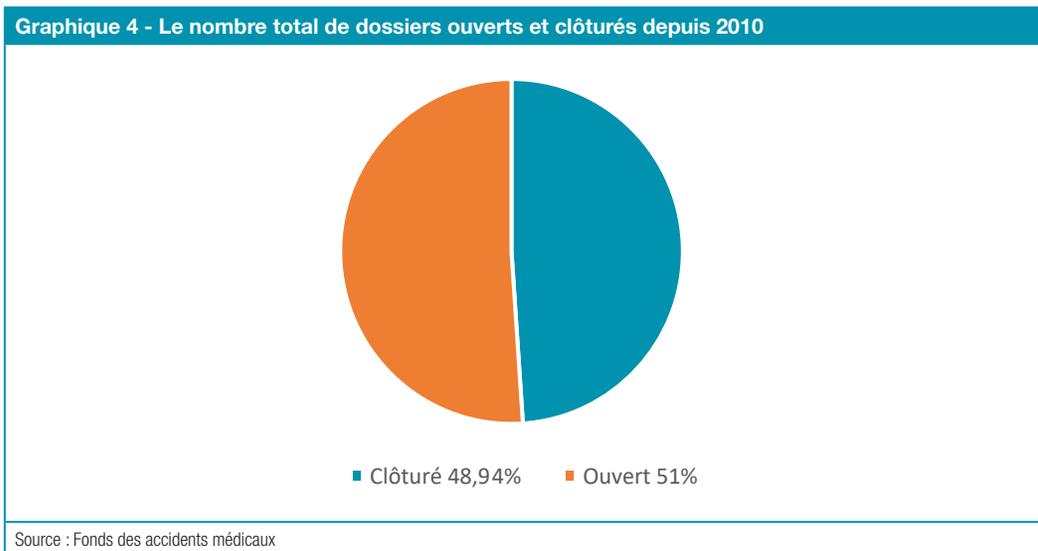
1. Arrêté royal fixant la date d'entrée en vigueur de la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé et de la loi du 2 juin 2010 modifiant le Code judiciaire dans le cadre de la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant des soins de santé.

2. Art. 1 comme le prévoit l'A.R. : "Entrent en vigueur le 1er septembre 2012. Les articles 2 à 5, 8 et 12 à 32 de la loi du 31 mars 2010 ..."

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

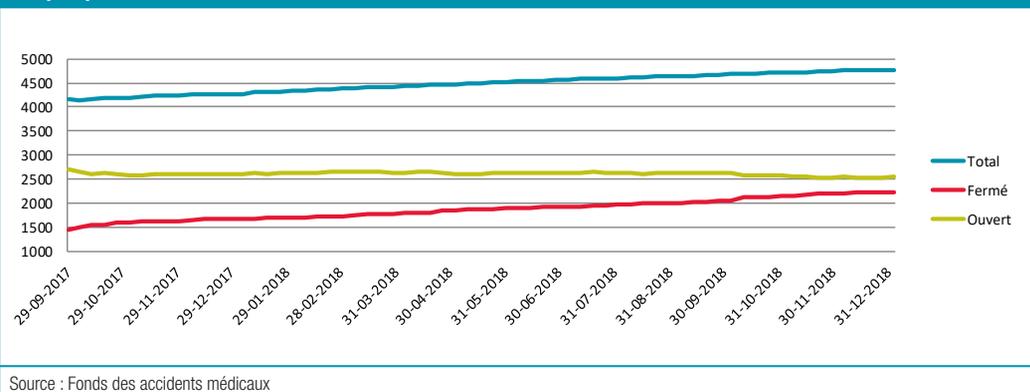
Tableau 4 - Statut des dossiers par année au cours de laquelle le dossier a été introduit				
Année	Statut			
	Clôturé : contentieux inclus	Ouvert	Total	% Fermé
2010	11	0	11	100%
2011	36	0	36	100%
2012	429	34	463	93%
2013	905	190	1.095	83%
2014	560	364	924	61%
2015	201	432	633	32%
2016	86	518	604	14%
2017	77	430	507	15%
2018	24	462	486	5%
TOTAL	2329	2.430	4759	48,94%

Source : Fonds des accidents médicaux



La répartition du nombre total de dossiers introduits depuis la création du Fonds est de 48,9 % de dossiers clôturés contre 51 % de dossiers ouverts. En comparaison avec les chiffres de 2017, on constate une amélioration concernant les dossiers clôturés de 7,94%. La baisse constante du nombre total de dossiers ouverts est aussi clairement visible dans le tableau ci-dessous et la tendance se poursuit en raison des mesures déjà prises, comme le règlement accéléré des dossiers qui s'y prêtent (cf. ci-dessous).

Graphique 5 - Nombre total de dossiers ouverts et clôturés.



5. Nombre de dossiers ouverts par année

Nous pouvons observer que tous les dossiers reçus ont été ouverts dans la même année et même dans les premières semaines suivant leur réception (cf. tableau 5). Chaque demandeur reçoit un accusé de réception de la demande quasi immédiatement après l'enregistrement.

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

Tableau 5 - Répartition par phase des dossiers ouverts

Année	Phases			Total général	%		
	Phase 1 Initiale	Phase 2 Analyse	Phase 3 Proposition		Phase 1	Phase 2	Phase 3
2010	0	0	0	0	-	-	-
2011	0	0	0	0	-	-	-
2012	0	17	17	34	0,0%	50,00%	50,00%
2013	1	147	42	190	0,53%	77,37%	22,11%
2014	2	324	38	364	0,55%	89,01%	10,44%
2015	5	414	13	432	1,16%	95,83%	3,01%
2016	12	504	2	518	2,32%	97,30%	0,39%
2017	8	422	0	430	1,86%	98,14%	0,00%
2018	90	371	1	462	19,48%	80,30%	0,22%
TOTAL	118	2.199	113	2.430	4,86%	90,49%	4,65%

- La phase 1 est la phase initiale et comprend l'examen de la recevabilité administrative.
- La phase 2 contient l'analyse médico-juridique minutieuse avec ou sans expertise externe et s'achève par un avis final motivé.
- La phase 3 contient la formulation d'une proposition d'indemnisation, le cas échéant, ainsi qu'un suivi sur le long terme dans le cas d'une rente.

Source : Fonds des accidents médicaux

Les dossiers relatifs aux années antérieures à 2018, qui sont encore en phase 1, sont pour la plupart des dossiers qui ont été rouverts ou des dossiers plus récents dans lesquels la collecte d'informations est difficile, par exemple lorsqu'un demandeur vit à l'étranger ou lorsque des soins de suivi ont eu lieu à l'étranger, de sorte que des documents médicaux doivent également être demandés au-delà des frontières nationales. Les dossiers introduits fin 2018 se trouvent bien entendu encore dans la phase initiale (cf. tableau 5).

Il est clair que la plupart des dossiers se situent en phase 2, qui est une conséquence logique du fait que la procédure à ce stade nécessite le plus de temps. Comme expliqué dans le rapport d'activités 2017, le Fonds essaye de clôturer rapidement les dossiers simples, en concertation avec le Comité de gestion.

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

7. Évolution des dossiers irrecevables

Un nombre non négligeable de dossiers peuvent être clôturés à un stade précoce de la procédure, notamment sur la base des articles 2, 3 et 12 de la loi sur les accidents médicaux. Ils tombent hors du champ d'application de la loi et sont donc irrecevables. Conformément aux statistiques, il s'agit de 12,2 % du nombre total de dossiers ouverts.

a. Dossiers en phase 1

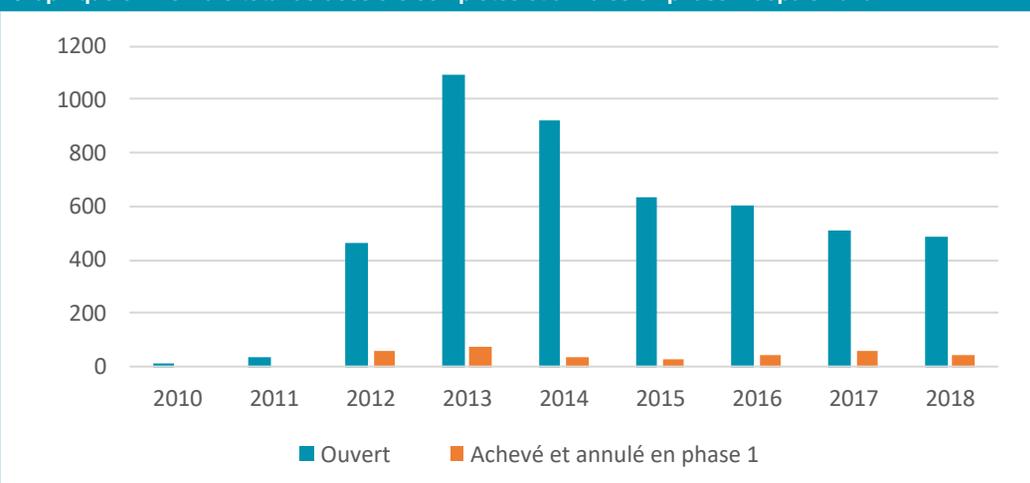
Dans la première partie de la procédure, le Fonds examine si la demande est recevable sur la base de la lettre de demande et, le cas échéant, en recherchant des informations complémentaires. Les demandes qui s'avèrent aujourd'hui (et depuis 2015) irrecevables dans une première phase de la procédure sont principalement des dossiers où la prescription est acquise, comme le prévoit la présente loi, en d'autres termes, qui n'ont pas été introduits à temps. Alors que dans la période initiale du Fonds, l'irrecevabilité administrative était logiquement souvent liée au fait que l'accident médical s'était produit avant l'entrée en vigueur de cette loi, et le Fonds n'était donc pas compétent pour examiner la demande.

Tableau 6 - Nombre total de dossiers complétés et annulés³ en phase 1 depuis 2010

Année de clôture	Ouvert	Achevé et annulé en phase 1
2010	11	
2011	36	
2012	463	58
2013	1095	72
2014	924	35
2015	633	29
2016	606	42
2017	507	61
2018	486	41

Source : Fonds des accidents médicaux

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

Graphique 6 - Nombre total de dossiers complétés et annulés en phase 1 depuis 2010

Source : Fonds des accidents médicaux

b. Dossiers en phase 2

Tout au long des années et donc en 2018 aussi, on note une augmentation du nombre de dossiers qui sont irrecevables ou clôturés en phase 2 parce qu'ils ne relèvent pas du champ d'application de la présente loi. Il ne s'agit pas seulement de motifs d'exclusion, comme une prestation de soins de santé qui a été réalisée dans un but esthétique⁴ ou une prestation de soins dans le cadre d'une expérimentation, tels que prévus à l'article 3 de la loi du 31 mars 2010, mais bien de demandes où aucun dommage ne peut être lié à une prestation ou à un prestataire de soins au sens de la loi susmentionnée.

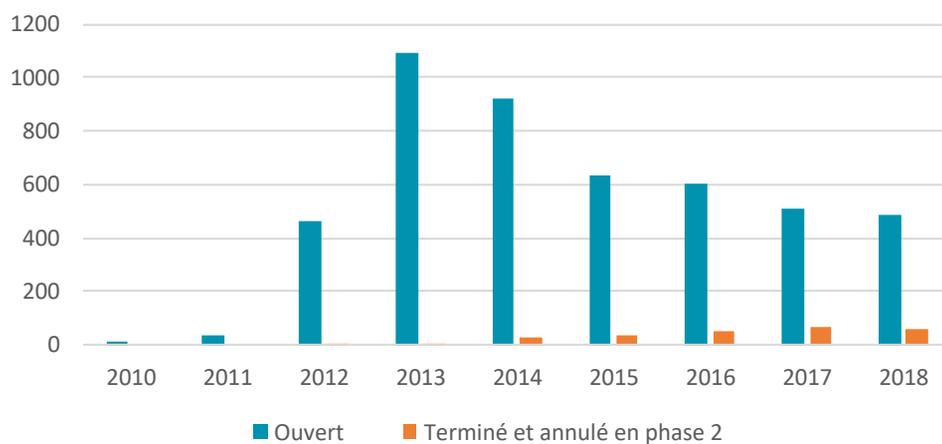
Tableau 7 - Nombre total de dossiers complétés et annulés en phase 2 depuis 2010

Année de clôture	Ouvert	Achevé et annulé en phase 2
2010	11	
2011	36	
2012	463	2
2013	1095	3
2014	924	27
2015	633	34
2016	606	53
2017	507	70
2018	486	60

Source : Fonds des accidents médicaux

4. à savoir « d'une prestation de soins de santé accomplie dans un but esthétique non remboursable en vertu de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 » (conformément à l'art. 3, §2, 2° de la loi du 31 mars 2010). Si la prestation est remboursable et qu'elle résulte aussi en un dommage, cela relève du champ d'application de la loi relative aux accidents médicaux. Certaines interventions esthétiques ont toutefois aussi un but thérapeutique ou de réparation et sont justifiées d'un point de vue médical.

Graphique 7 - Nombre total de dossiers complétés et annulés en phase 2 depuis 2010



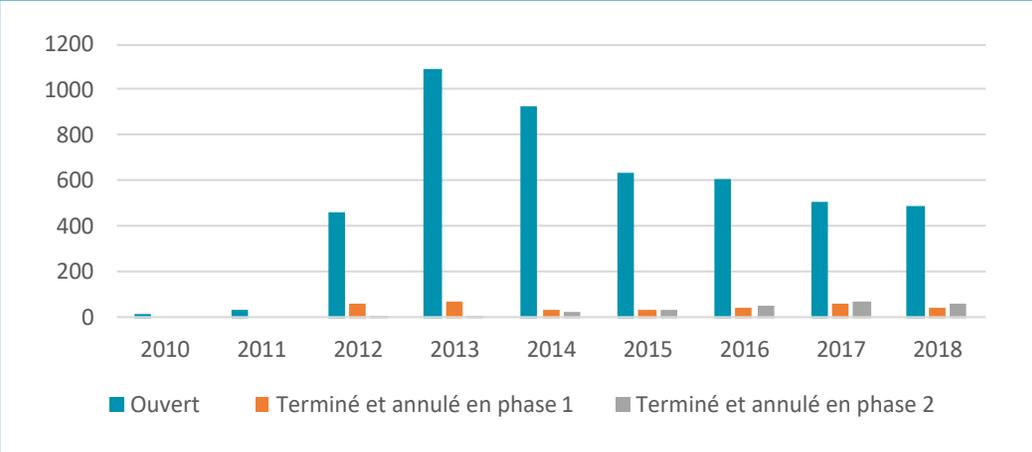
Source : Fonds des accidents médicaux

Tableau 8 - Nombre total de dossiers complétés et annulés en phases 1 et 2 depuis 2010

Anée de clôture	Ouvert	Terminé et annulé en phase 1	Terminé et annulé en phase 2
2010	11		
2011	36		
2012	463	58	2
2013	1095	72	3
2014	924	35	27
2015	633	29	34
2016	606	42	53
2017	507	61	70
2018	486	41	60

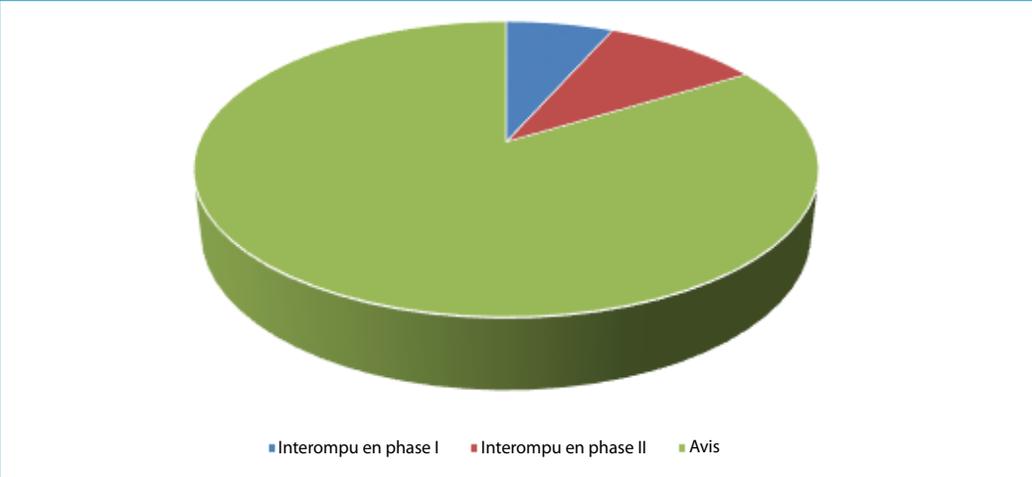
Source : Fonds des accidents médicaux

Graphique 8 - Nombre total de dossiers complétés et annulés en phases 1 et 2 depuis 2010



Source : Fonds des accidents médicaux

Graphique 9 - Répartition de tous les dossiers clôturés en 2018 jusqu'à l'avis inclus.



Source : Fonds des accidents médicaux

8. Avis

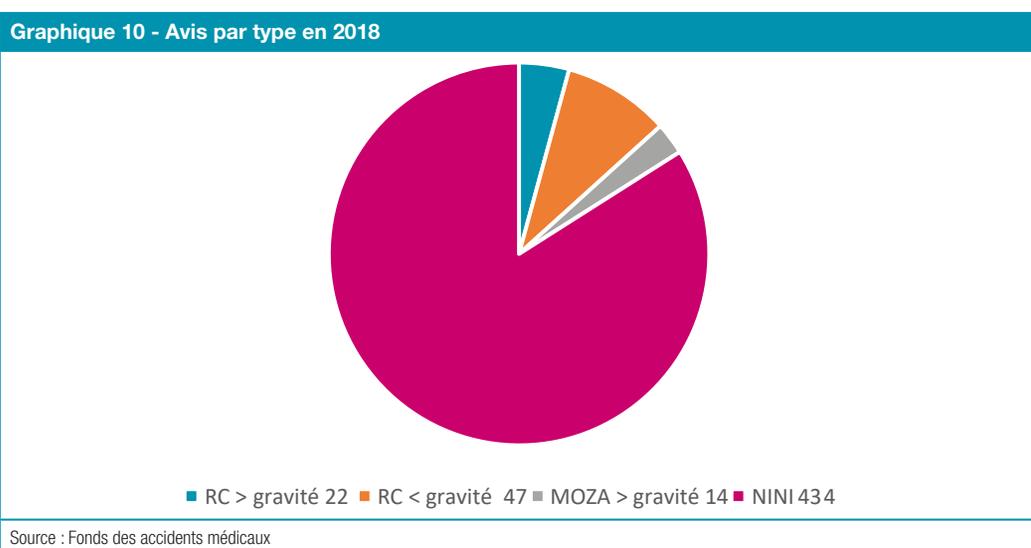
Si le dossier n'est pas clôturé ou s'arrête en phase 1 ou 2, le Fonds donnera un avis après une analyse médicale approfondie, et éventuellement une expertise externe et une concertation médico-légale.

Nous pouvons distinguer plusieurs types d'avis : La responsabilité civile (RC) du prestataire de soins au-delà ou en-deçà du seuil de gravité (éventuellement indemnisable par le Fonds⁵) ; un accident médical sans responsabilité (MOZA) au-delà du seuil de gravité (indemnisable par le Fonds) ; tous les avis où il n'est ni question de responsabilité d'un prestataire de soins, ni d'accident médical sans responsabilité (NINI).

Le nombre total d'avis traités en 2018 a augmenté en comparaison du nombre total d'avis traités en 2017 ; puisque 50 avis supplémentaires ont été envoyés (cf. tableau 11).

a. Avis par type 2018

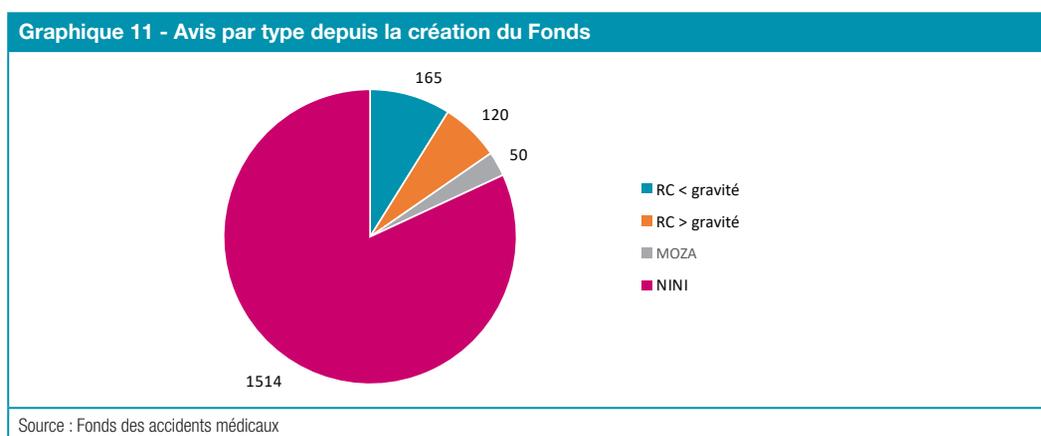
Tableau 9 - Avis par type 2018	
Total	517
Spécifique	
- MOZA avec seuil gravité	14
- Responsabilité < gravité	47
- Responsabilité > gravité	22
Autres (NINI)	434
Source : Fonds des accidents médicaux	



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

b. Avis par type depuis la création du Fonds

Tableau 10 - Avis par type depuis la création du Fonds	
Total	1849
Spécifique	
- MOZA avec seuil gravité	50
- Responsabilité < gravité	165
- Responsabilité > gravité	120
Autres (NINI)	1514
Source : Fonds des accidents médicaux	

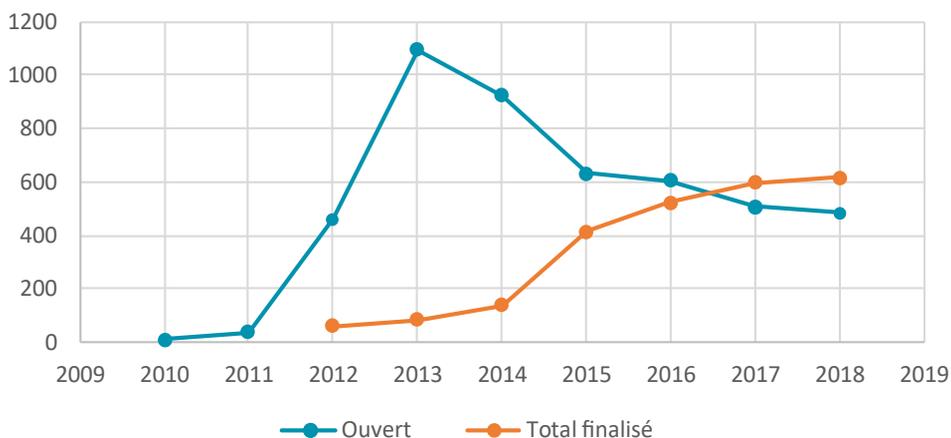


9. Plus de dossiers sortants qu'entrants

Si l'on additionne maintenant le nombre de dossiers complétés, annulés et clôturés jusqu'à l'avis motivé final inclus, on peut conclure que le renversement de tendance entamé en 2017 se confirme en 2018. Il y a eu effectivement plus de dossiers clôturés que de dossiers ouverts. Jusqu'à présent, cette tendance se poursuit, ce qui signifie que le retard dans le traitement des dossiers se résorbe lentement et que les avis sont rendus plus rapidement. Il s'agit d'une tendance positive, qui peut encore être améliorée en utilisant des moyens et des mesures supplémentaires (cf. plan d'action).

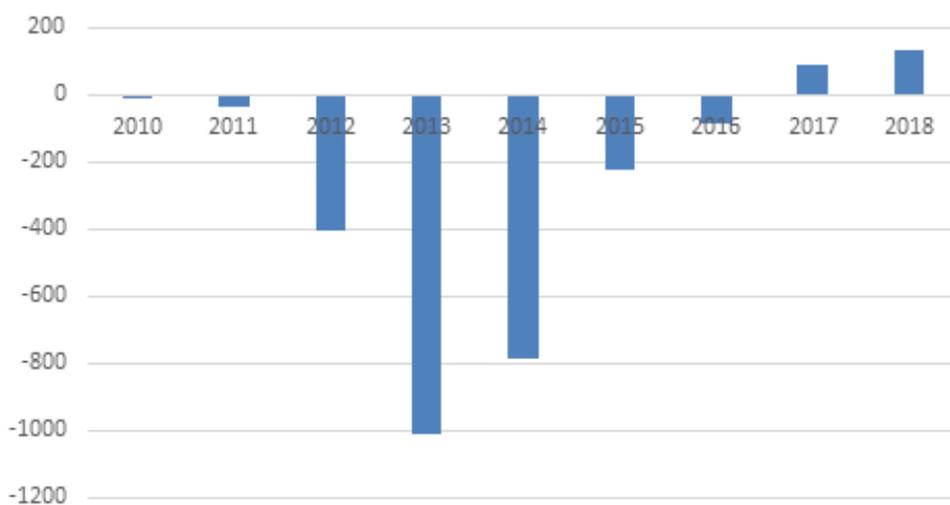
Tableau 11 - Nombre de dossiers clôturés jusqu'à l'avis inclus					
Année de clôture	Ouvert	Terminé et annulé en phase 1	Terminé et annulé en phase 2	Avis	Total
2010	11				
2011	36				
2012	463	58	2		60
2013	1095	72	3	11	86
2014	924	35	27	75	137
2015	633	29	34	350	413
2016	606	42	53	429	524
2017	507	61	70	467	598
2018	486	41	60	517	618
Source : Fonds des accidents médicaux					

Graphique 12 - Plus de dossiers sortants qu'entrants, renversement de la tendance confirmé en 2018



Source : Fonds des accidents médicaux

Graphique 13 - Solde



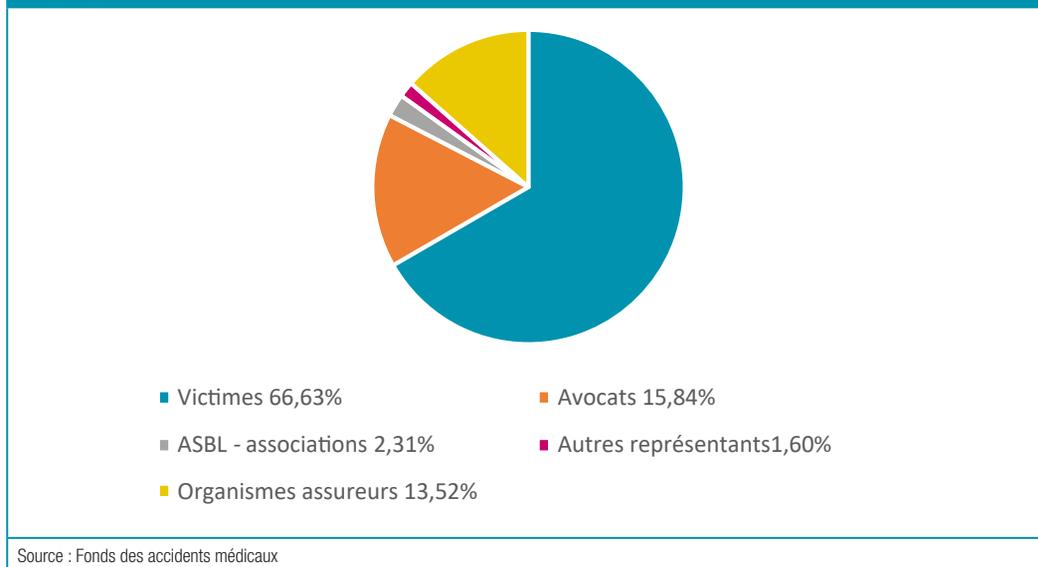
Source : Fonds des accidents médicaux

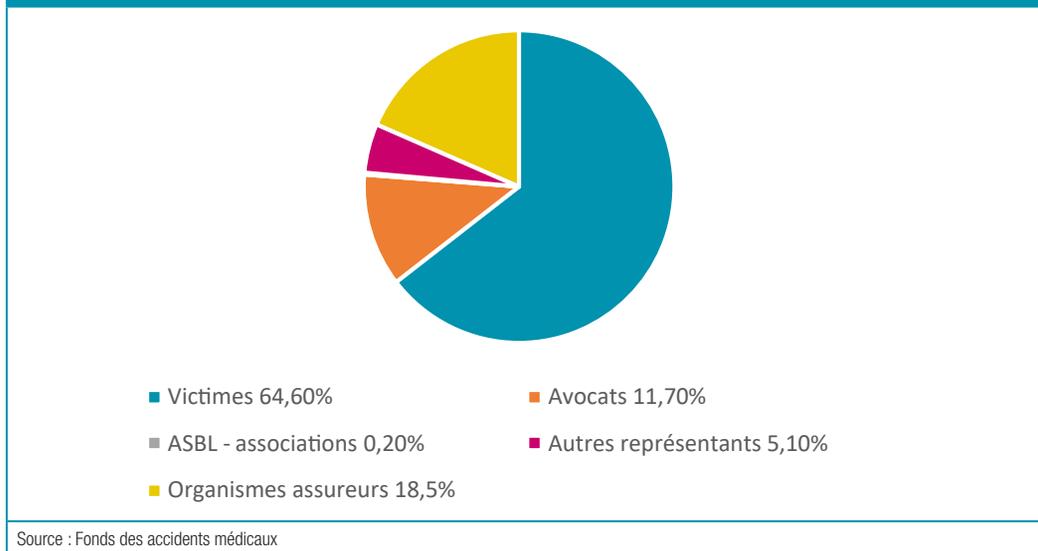
10. Répartition des dossiers par demandeur

Le graphique ci-dessus démontre clairement que la plupart des demandes sont introduites par la victime elle-même. Pour ce faire, les demandeurs peuvent facilement utiliser le formulaire qui est mis à disposition par le Fonds sur demande ou via le site web. Dans un nombre important de dossiers, nous remarquons que ces personnes demandent souvent l'assistance d'un avocat ou qu'elles désignent leur organisme assureur comme mandataire. Dans une bien moindre mesure, les victimes font appel à des organisations de patients ou d'autres représentants. La part « autres » dans le graphique représente les demandes introduites par les bénéficiaires, les représentants légaux et les proches des patients.

Vous retrouverez ci-après les pourcentages exacts.

Graphique 14 - Introduceurs des demandes en 2017



Graphique 15 - Introduceurs des demandes en 2018

II. Activités médicales et statistiques

Considérations générales

Pour la première fois, ce rapport a été établi uniquement sur la base des données dans DAMO. Comme indiqué dans le rapport de 2017, une attention particulière a été consacrée aux erreurs éventuelles lors de la migration depuis le système précédent, qui ont été corrigées quand c'était possible.

1. L'encodage

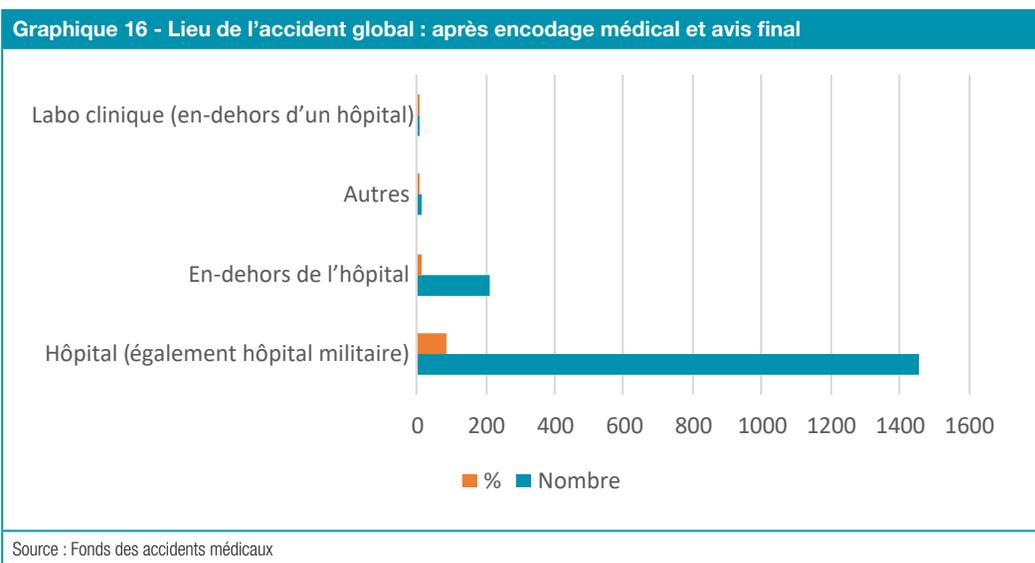
L'encodage des dossiers a lieu comme pour les rapports annuels précédents. Le Fonds utilise sa propre codification/mesure de classification qui a été développée dans ses débuts par le coordinateur médical. Ce rapport est basé sur le type de dossiers par les médecins internes, après un examen médical minutieux et après concertation médico-légale. Les dossiers irrecevables d'un point de vue administratif et les dossiers qui sont clôturés avant la concertation médico-légale ne sont donc pas repris dans ces statistiques.

2. Statistiques

a. Lieu de l'accident médical

Le tableau 8 fait apparaître que la plupart des accidents médicaux ont eu lieu dans des hôpitaux. C'est une donnée constante au fil des ans. ⁷

	Nombre	%
Hôpital (également hôpital militaire)	1455	86.65%
En-dehors d'un hôpital ⁶	209	12.45%
Autres ⁷	13	0.78%
Labo clinique (en-dehors d'un hôpital)	2	0,12%
TOTAL	1679	100%
Source : Fonds des accidents médicaux		



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

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

b. Prestataires de soins concernés - général et suivant spécialisation

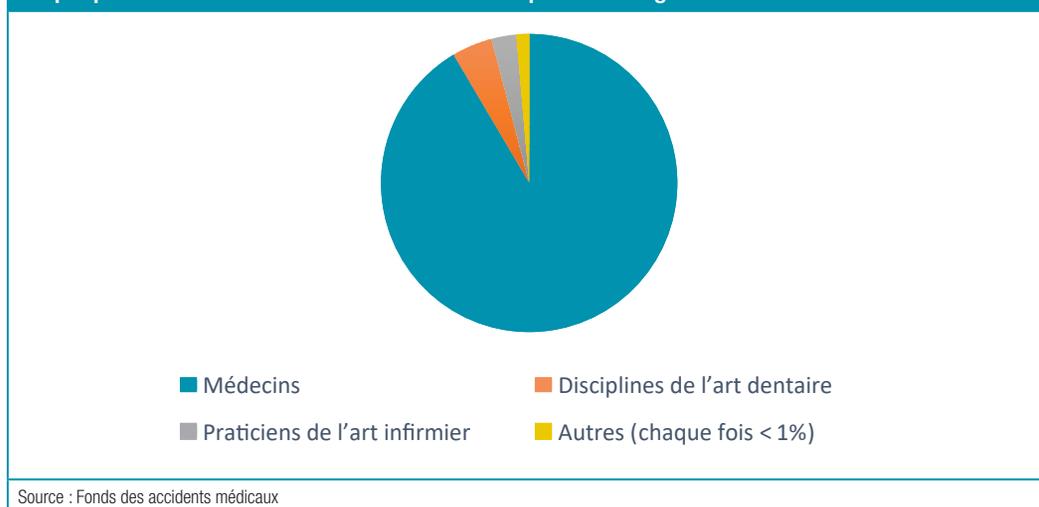
D'après les chiffres du tableau 13, nous constatons que les prestataires de soins concernés sont des médecins dans environ 9 cas sur 10. Viennent ensuite les dentistes et les infirmiers.

Tableau 13 - Prestataires de soins concernés : après encodage médical et avis final

	Nombre	%
Médecins	1536	91,48%
Disciplines de l'art dentaire	74	4,41%
Praticiens de l'art infirmier	46	2,74%
Autres ⁸ (chaque fois < 1%)	23	1,38%
TOTAL	1679	100%

Source : Fonds des accidents médicaux

Graphique 17 - Prestataires de soins concernés : après encodage médical et avis final



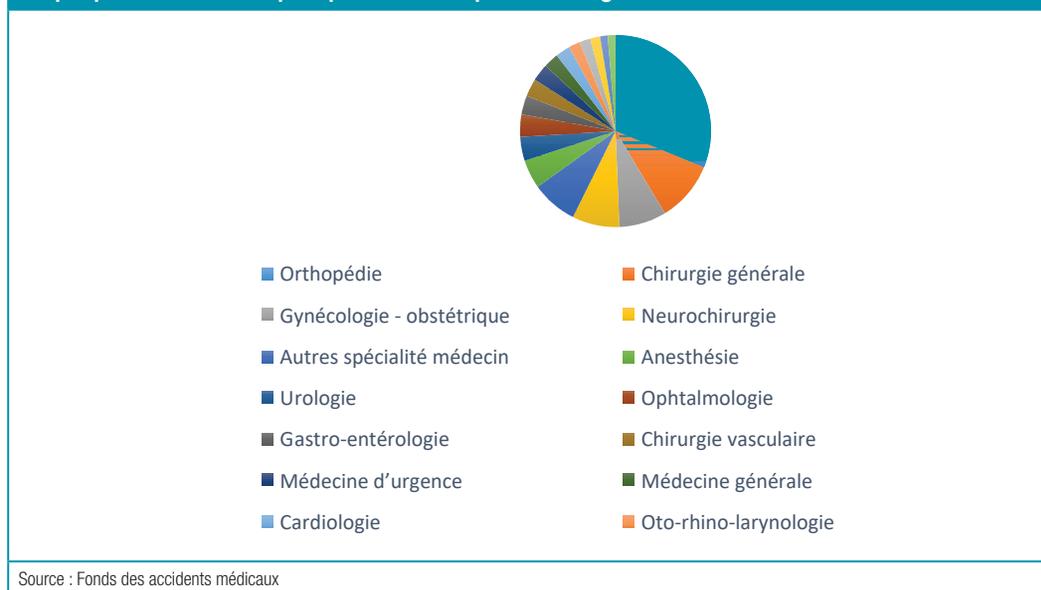
Le groupe des médecins est étudié en détail. Il ressort de cette analyse que la majorité des médecins impliqués dans des accidents médicaux exercent des disciplines chirurgicales. Il s'agit principalement des orthopédistes, suivis par les chirurgiens généralistes. On retrouve aussi cette même répartition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

8. Comme les kinésithérapeutes, des professions paramédicales (autres que infirmières).

Tableau 14 - Médecins par spécialisation après encodage et avis final

Médecins	Nombre	%
Orthopédie	479	31,18
Chirurgie générale	156	10,16
Gynécologie-obstétrique	123	8,01
Neurochirurgie	123	8,01
Anesthésie	74	4,82
Urologie	62	4,04
Ophtalmologie	58	3,78
Gastro-entérologie	49	3,19
Chirurgie vasculaire	46	2,99
Médecine d'urgence	45	2,93
Médecine générale	39	2,54
Cardiologie	38	2,47
Oto-rhino-laryngologie	30	1,95
Chirurgie plastique	28	1,82
Radiologie	26	1,69
Cardiochirurgie	20	1,30
Chirurgie maxillofaciale et stomatologie	20	1,30
Autres spécialités (<1%)	120	7,81
TOTAL	1536	100
Source : Fonds des accidents médicaux		

Graphique 18 - Médecins par spécialisation après encodage et avis final



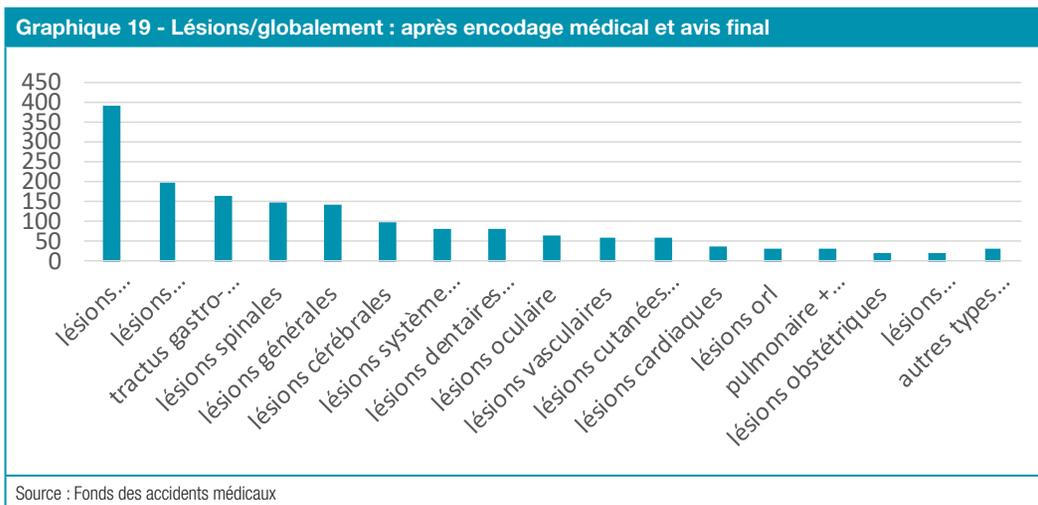
c. Lésions directement causées par l'accident médical

Il s'agit des lésions qui sont directement occasionnées par les soins dispensés. Ces soins peuvent être la cause des lésions qui subsistent finalement (invalidité), les séquelles donc mais ce n'est pas toujours le cas. Par exemple, l'endommagement de l'uretère lors d'une opération est une lésion directe mais cela peut provoquer une péritonite puis un empoisonnement du sang, un choc et finalement (à cause 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.

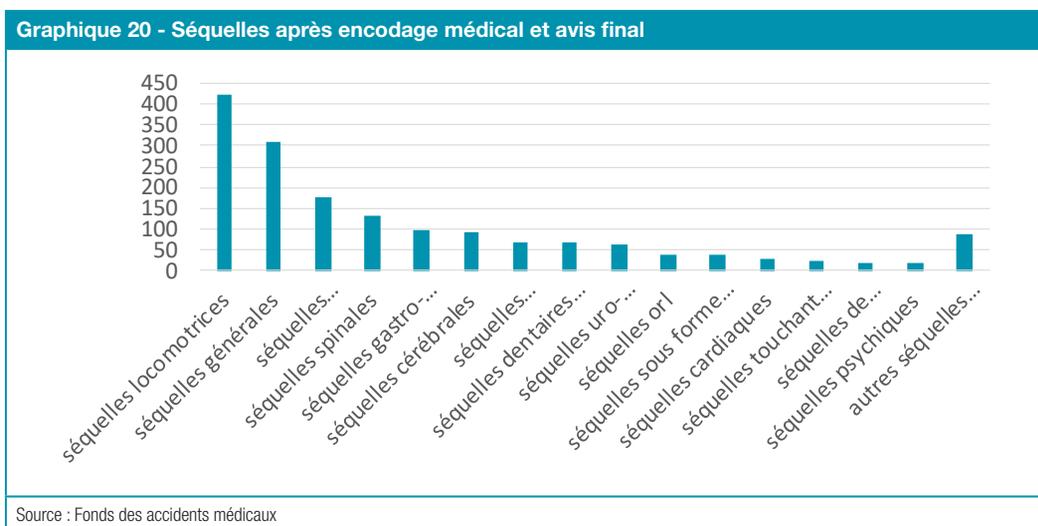
	Aantal	%
lésions locomotrices (membre supérieur ou inférieur)	392	23,36%
lésions neurologiques périphériques	195	11,61%
tractus gastro-intestinal + organes et paroi de l'abdomen	166	9,89%
lésions spinales	150	8,93%
lésions générales	143	8,52%
lésions cérébrales	96	5,72%
lésions système urinaire	83	4,94%
lésions dentaires et maxillo-faciales	81	4,82%
lésions oculaires	61	3,63%
lésions vasculaires	63	3,75%
lésions cutanées et lésions à la suite de chirurgie esthétique	61	3,63%
lésions cardiaques	40	2,38%
lésions orl	33	1,97%
pulmonaire + paroi du thorax et médiastin	32	1,91%
lésions obstétriques	22	1,31%
lésions oncologiques	19	1,13%
autres types lésions (chaque fois < 1%)	34	2,02%
TOTAL	1679	100%

Source : Fonds des accidents médicaux



d. Séquelles ou séquelles finales provoquées par l'accident médical

Tableau 16 - Séquelles après encodage médical et avis final		
	Nombre	%
séquelles locomotrices	421	25,07%
séquelles générales	311	18,52%
séquelles neurologiques périphériques	176	10,48%
séquelles spinales	133	7,92%
séquelles gastro-intestinales	98	5,84%
séquelles cérébrales	93	5,54%
séquelles ophtalmologiques	69	4,11%
séquelles dentaires et maxillo-faciales	67	3,99%
séquelles uro-néphrologiques	61	3,63%
séquelles orl	37	2,2%
séquelles sous forme de cicatrice - infections superficielles	36	2,14%
séquelles cardiaques	30	1,79%
séquelles touchant les voies respiratoires	24	1,43%
séquelles de chirurgie esthétique	19	1,13%
séquelles psychiques	18	1,07%
autres séquelles (chaque fois < 1%) ⁹	86	5,14%
TOTAL	1679	100%
Source : Fonds des accidents médicaux		



9. Entre autres traitement retardé / alourdi, cachexie, choc, infection récidivante...

III. Activités juridiques, suivi et statistiques

1. Indemnisations depuis la création du Fonds

Lorsque le Fonds conclut qu'il y a lieu à indemniser, soit l'assureur doit lui soumettre une offre d'indemnisation à la demande du Fonds en cas de responsabilité civile (RC), soit le Fonds lui-même en cas d'accident médical sans responsabilité (MOZA) dépassant le seuil de gravité. Le Fonds intervient également si l'assureur conteste la RC au-delà du seuil de gravité ou s'il est question d'une « proposition manifestement insuffisante » et lorsqu'il s'agit d'un prestataire de soins qui est estimé responsable, mais dont la responsabilité civile n'est pas couverte ou pas suffisamment.

Dans cette partie sont abordés les cas spécifiques dans lesquels le Fonds lui-même peut formuler une proposition d'indemnisation et doit procéder au paiement.

Le graphique 10 concernant les avis par type (voir ci-dessus) montre clairement que fin décembre 2018, un total de 170 demandeurs environ entreraient en ligne de compte pour une indemnisation par le Fonds.

Signalons qu'un seul dossier peut générer plusieurs indemnisations. Il est également important de noter qu'environ 10 % des 120 dossiers, contenant une avis de responsabilité avec seuil de gravité, n'ont pas été contestés par l'assureur de sorte que ce dernier a procédé à l'indemnisation de la victime, après que le Fonds ait demandé qu'une proposition d'indemnisation soit faite en faveur du demandeur.

Dans 38 des 50 dossiers « MOZA indemnisable », le Fonds a effectué un paiement pour un montant de 6.396.273,20 EUR. Dans la plupart des cas, l'indemnisation prend la forme d'un capital versé, exceptionnellement il peut être payé sous forme de rente (indexée).

Quand le Fonds doit procéder au paiement et au calcul et/ou quand la recherche de preuves s'avère difficile, le Fonds paie des provisions afin de pouvoir aider plus rapidement les victimes.

Dans 63 dossiers de « RC avec seuil de gravité », le Fonds a effectué des paiements pour un montant total de 9.814.848,39 EUR.

Dans 3 dossiers, il était question d'une « proposition manifestement insuffisante » par l'assureur qui couvre la responsabilité des prestataires de soins concernés et le Fonds a versé un montant total de 268.097,48 EUR. Dans 2 dossiers, il s'agissait d'une responsabilité du prestataire de soins, dont la « responsabilité civile n'est pas couverte ou pas suffisamment » et le Fonds a versé au total 114.042,73 EUR. Dans ces 5 dossiers, le seuil de gravité ne joue aucun rôle - il s'agit vraisemblablement d'un tout petit pourcentage, à savoir 0,27 %.

Vous trouverez dans le rapport du tableau 26, le nombre d'indemnisations et de rentes payées par an et depuis la création du Fonds au chapitre 4 « Gestion financière et encadrement ».

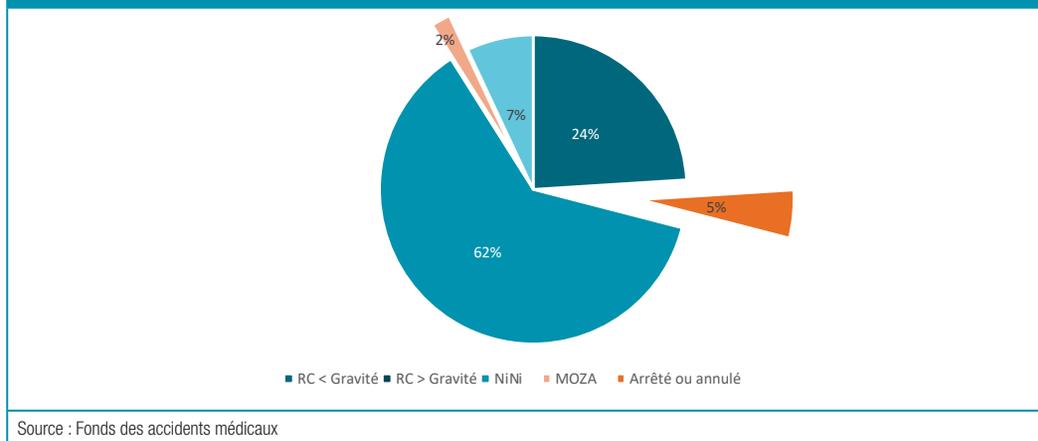
Le Fonds fait remarquer que l'introduction d'une demande ne garantit pas automatiquement l'obtention d'une indemnité.

Comme précédemment indiqué, 4.759 dossiers ont été introduits au total fin 2018. Sur la base des dossiers clôturés, 587 dossiers ont été achevés avant le stade d'avis et 1.849 dossiers ont été achevés avec avis.

Le graphique ci-dessous révèle qu'environ 7 % du nombre total de dossiers clôturés ont fait l'objet d'une indemnisation par le Fonds. Il s'agit de 50 dossiers (soit 2 %) avec une décision MOZA > seuil de gravité, qui sont dans tous les cas indemnisés par le Fonds et 120 dossiers (soit 5 %) où la responsabilité au-delà du seuil de gravité a été contestée par l'assureur qui refuse de payer. Par souci d'exhaustivité, le Fonds rappelle qu'en principe, aucun remboursement par le Fonds n'est possible pour une RC < seuil de gravité, sauf dans certains cas comme indiqué ci-dessus (une proposition d'indemnisation manifestement insuffisante ou un prestataire de soins dont la responsabilité civile n'est pas ou pas suffisamment couverte). Dans le cas d'une RC, le Fonds peut, après indemnisation, réclamer le montant au dispensateur de soins et/ou à son assureur.

L'indemnisation n'est jamais possible dans les autres hypothèses.

Graphique 21 - Nombre d'avis et dossiers clôturés avant avis, depuis la création du Fonds



2. Contentieux (jusque fin 2018)

Depuis sa création jusque la fin de l'année 2018, le Fonds a été impliqué dans 135 contentieux judiciaires néerlandophones et francophones confondus. Il s'agit principalement de deux catégories de contentieux.

Dans la première (a.), le Fonds agit en qualité de demandeur en exerçant son action subrogatoire (article 28 de la loi) en vue de récupérer l'indemniti  versée à la victime en vertu de l'article 4,3^o de la loi auprès du prestataire de soins responsable et/ou de son assureur.

Dans la deuxième catégorie (b.), le Fonds est défendeur dans le cadre du recours visé à l'article 23 §2 de la loi. Il s'agit de l'hypothèse dans laquelle le Fonds a estimé dans son avis qu'il n'y avait pas lieu à une indemnisation du demandeur en vertu de l'article 4,1^o (accident médical sans responsabilité grave) ou 4,2^o (couverture d'assurance absente ou insuffisante).

Dans cette seconde catégorie de litige, le Fonds peut être seul à la cause ou être cité aux côtés du prestataire de soins et/ou de son assureur dans l'hypothèse où l'accident médical sans responsabilité serait postulé par le demandeur subsidiairement à la reconnaissance d'une responsabilité dans le chef du prestataire de soins.

L'un de ces 50 contentieux (francophone) ne peut être classé dans l'une de ces deux catégories et concerne un conflit entre le Fonds, une institution de soins et son assureur en responsabilité civile.

Jusque fin 2018, le Fonds n'a connu aucun recours devant des juridictions francophones fondé sur l'article 27 de la loi, à savoir la contestation judiciaire d'une offre d'indemnisation formulée par le Fonds.

Deux questions préjudicielles ont été posées à la Cour constitutionnelle par un jugement de première instance, prononcé le 18/04/2016, dans le cadre d'un recours exercé contre le Fonds en vertu de l'article 23 §2 de la loi du 31 mars 2010. Ces questions ont donné lieu à un arrêt prononcé le 30/11/2017 (c.).

a. Le Fonds en qualité de demandeur

Année	Procédures introduites par le Fonds		Nombre de décisions de première instance		Nombre de décisions en degré d'appel	
	FR	NL	FR	NL	FR	NL
2014		1				
2015	2	0	0	0	0	0
2016	4	14	1	7	0	0
2017	7	9	2	5	0	0
2018	4	11	5	1	1	0
Total	17	35	8	13	1	0
	52		21		1	

Source : Fonds des accidents médicaux

52 procédures ont été introduites par le Fonds devant les juridictions néerlandophones et francophones dans le cadre de son recours subrogatoire contre le prestataire de soins et son assureur. 21 décisions de première instance et un arrêt d'appel ont été rendus.

Rôle linguistique	Jugements avant dire droit	Jugements en faveur du Fonds	Jugements en faveur du prestataire de soins et/ou son assureur	Arrêts	Total
FR	2	3	3	0	8
NL	2	5	6	0	13
Total	4	8	9	0	21

Source : Fonds des accidents médicaux

Sur les 21 décisions de première instance rendues par les tribunaux néerlandophones et francophones, 4 sont des jugements avant dire droit (désignation d'un expert), 8 sont favorables au Fonds et les 9 autres sont en faveur du prestataire de soins et /ou son assureur. La seule décision rendue en degré d'appel réforme le jugement du Tribunal de première instance qui était favorable au Fonds.

b. Le Fonds en qualité de défendeur

Année	Procédures contre le Fonds		Décisions en première instance		Décisions en degré d'appel	
	FR	NL	FR	NL	FR	NL
2012	1	0	0	0	0	0
2014	2	2	0	2	0	0
2015	4	12	0	11	0	0
2016	8	10	3	7	0	0
2017	9	14	7	4	0	0
2018	8	12	8	5	2	2
Total	32	50	18	29	2	2
	82		47		4	

Source : Fonds des accidents médicaux

Dans ces 82 procédures, le Fonds est cité par le demandeur sur le fondement de l'article 23, §2 de la loi après qu'il ait rendu un avis dans lequel il refuse de l'indemniser. 47 décisions de première instance et quatre arrêts ont été prononcés.

Il est à noter que dans deux de ces 82 procédures, le Fonds a été cité par le demandeur devant une juridiction civile avant que le Fonds n'ait eu l'occasion de rendre son avis ou, d'emblée, sans qu'il n'y ait eu introduction d'une demande auprès du Fonds.

Rôle linguistique	Jugements avant dire droit	Demande d'indemnisation jugée non fondée	Condamnation du Fonds	Total
FR	1	5	12	18
NL	6	7	16	29
Total	7	12	28	47

Source : Fonds des accidents médicaux

Sur les 47 décisions rendues par les juridictions de première instance néerlandophones et francophones, le juge a condamné le Fonds, dans 28 jugements, à indemniser le demandeur sur fondement de l'article 4,1° de la loi et a reconnu, dès lors, l'existence d'un dommage anormal et grave au sens de l'article 5 de la loi. Dans 12 décisions, le juge a suivi la position du Fonds et a déclaré non fondée la demande d'indemnisation. 7 décisions ont été rendues avant dire droit, dont l'une contient deux questions préjudicielles posées à la Cour constitutionnelle.

Dans les quatre arrêts rendus en degré d'appel, le Fonds est condamné à indemniser le demandeur sur base de l'article 4,1° de la loi.

c. Questions préjudicielles posées à la Cour constitutionnelle

Dans son arrêt rendu le 30 novembre 2017 et portant le n° 136/2017, la Cour constitutionnelle répond à deux questions préjudicielles posées par un juge du fond dans le cadre d'un litige opposant une patiente ayant été victime d'une infection nosocomiale – suite à une intervention orthopédique – au Fonds des accidents médicaux. Ce dernier avait conclu, dans son avis, à l'absence de responsabilité des prestataires de soins en cause, à l'absence d'accident médical sans responsabilité ainsi qu'à l'absence de gravité du dommage au sens de l'article 5 de la loi du 31 mars 2010.

La Cour est invitée par le juge du fond à se prononcer sur la compatibilité des articles 2,7° et 5,2° de la loi avec les articles 10 et 11 de la Constitution.

- Dans sa première question, le juge du fond interroge la Cour sur la différence de traitement découlant du fait que l'article 2,7° subordonnerait l'octroi d'une indemnisation, par le Fonds, des dommages résultant d'une infection, au caractère « évitable » ou non de cette complication dans l'état actuel de la science. Dans la mesure où, selon le juge du fond, le dommage résultant d'une infection nosocomiale par staphylocoque doré ne serait pas évitable dans l'état actuel de la science, il ne peut donner lieu à une indemnisation par le Fonds.

La Cour a considéré que ce critère d'anormalité du dommage est objectif et pertinent au regard des objectifs poursuivis par le législateur et que ce choix tient non seulement compte des limites de la science médicale mais également de la viabilité financière de ce nouveau système. En outre, selon la Cour, les effets de ce critère ne peuvent être considérés comme disproportionnés par rapport aux objectifs poursuivis par le législateur, dès lors que ce critère est applicable à toutes les personnes qui se prétendent victimes d'un accident médical sans responsabilité et qu'en cas de refus d'indemnisation par le Fonds, celles-ci disposent d'un recours devant le tribunal de première instance.

- Dans sa deuxième question, le juge du fond interroge la Cour sur la compatibilité des articles 10 et 11 de la Constitution avec la deuxième condition de gravité du dommage en ce qu'elle exclut du droit à être indemnisé les patients qui n'exercent pas d'activité professionnelle. Le juge du fond demande à la Cour s'il en résulte une différence de traitement qui serait discriminatoire entre les victimes d'accidents médicaux sans responsabilité qui exercent et ceux qui n'exercent pas d'activité professionnelle.

La Cour a estimé que cette différence de traitement repose sur un critère objectif, soit l'existence ou non d'une activité professionnelle dans le chef de la victime, et que celle-ci est raisonnablement justifiée par un but légitime visant à restreindre le régime d'indemnisation à charge du Fonds aux dommages présentant un seuil de gravité minimum afin de maintenir son budget dans des limites réalistes et supportables. En outre, en excluant les victimes qui n'exercent pas d'activité professionnelle du champ d'application de l'article 5,2°, la Cour estime qu'il n'est pas porté atteinte de manière disproportionnée à leurs droits dès lors que la gravité de leur dommage peut être retenue sur base du troisième critère prévu par la loi du 31 mars 2010, s'ils présentent des troubles particulièrement graves, y compris d'ordre économique, dans leurs conditions d'existence.

In fine, la Cour conclut à la non violation des articles 10 et 11 de la Constitution par les articles 2, 7°, et 5, 2°, de la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé.

Partie 4

Gestion financière et encadrement



Après avoir abordé les statistiques relatives aux activités « missions » du Fonds, il convient de jeter un œil sur le budget et le coût potentiel de ces différentes missions pour le Fonds. C'est pourquoi cette 4ème partie est consacrée aux informations financières, aux budgets 2018 et 2019 du Fonds ainsi qu'aux réalisations des années précédentes. Ces budgets et réalisations seront présentés en deux parties, une partie relative aux missions du Fonds et une partie relative aux dépenses de fonctionnement du Fonds (budget de gestion).

Depuis la mise en place effective du Fonds le 1er septembre 2012, de nombreuses expertises ont été réalisées et les premières indemnités ont été versées au cours de l'année 2015. Avec l'accroissement important du nombre d'indemnités payées au fil des années, nous sommes en mesure de fournir des statistiques significatives sur ces indemnités qu'elles soient versées en capital ou sous forme de rente.

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.

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 ou contre le Fonds.

I. Budget et réalisations – missions

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

Tableau 21 - Budgets et réalisations (en EUR)		
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
• Indemnités : 8.900.000		6.870.367
• Sinistres catastrophiques : 5.349.570		0
• Infections nosocomiales : 1.591.813		0
• Expertises contradictoires : 1.237.200		1.084.323
TOTAL	17.834.583	8.403.587

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

Tableau 22 – Budgets et réalisations (en EUR)		
Rubrique	Budget 2019	Réalisations 2018
8157 – Contentieux relatif aux missions de l'institution	575.000	564.015
8158 – Honoraires autres que pour le contentieux	420.000	382.808
80500 – Prise en charge des frais incombant aux bénéficiaires :	14.862.000	5.111.639
○ Indemnisations : 7.020.000		3.976.780
○ Sinistres catastrophiques : 5.000.000		0
○ Infections nosocomiales : 1.600.000		0
○ Expertises Contradictaires : 1.242.000		1.134.859
Total	15.857.000	6.058.462

Commentaires :

Le contentieux relatif aux missions de l'institution représente le montant estimé pour payer des avocats dans le cadre de procédures juridiques.

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 2018 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 2018 et 2019. Les réalisations des années précédentes sont également reprises dans ces tableaux.

Tableau 23 – Budget de gestion 2018 (en EUR)		
Rubrique	Budget 2018	Réalisations 2017
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

Tableau 24 : Budget de gestion 2019 (en EUR)		
Rubrique	Budget 2019	Réalisations 2018
Personnel	4.567.120 (75,52%)	3.145.758
Fonctionnement ordinaire	434.744 (7,19%)	280.043
Investissements mobiliers	1.000 (0,02%)	0
Fonctionnement informatique	913.285 (15,10%)	789.802
Investissements informatiques	100.000 (1,65%)	104.495
Impôts et contentieux	31.780 (0,52%)	33.882
TOTAL budget de gestion	6.047.929	4.353.980

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 74% du budget en 2018 et plus de 75% en 2019. 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 2018

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 2018.

Tableau 25 – Budget et réalisations 2018 (en EUR)				
Rubrique	Budget 2018	Réalisations	Différence	Taux d'utilisation
Missions				
Contentieux	346.000	564.015	-218.015	163,01%
Honoraires autres que contentieux	410.000	382.808	27.192	93,37%
Indemnisations	8.900.000	3.976.780	4.923.220	44,68%
Sinistres catastrophiques	5.135.668	0	5.135.668	0,00%
Infections nosocomiales	1.591.813	0	1.591.813	0,00%
Expertises médicales	1.237.200	1.134.859	102.341	91,73%
TOTAL Missions	17.620.681	6.058.461	11.562.220	34,38 %
Personnel	3.979.327	3.145.758	833.569	79,05%
Fonctionnement ordinaire	428.151	280.043	148.108	65,41%
Investissements mobiliers	2.000	0	2.000	0,00%
Fonctionnement informatique	789.803	789.802	1	100,00%
Investissements informatiques	104.530	104.495	35	99,97%
Impôts et contentieux	31.372	33.882	-2510	108,00%
Total gestion	5.335.183	4.353.980	981.203	81,61%

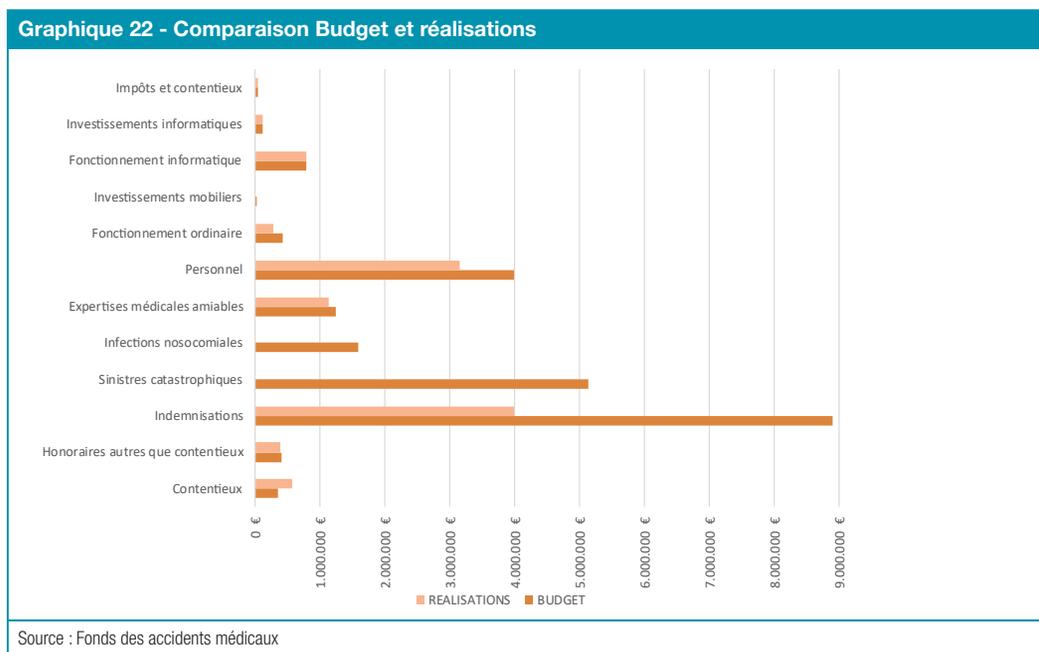
Source : Fonds des accidents médicaux

La première constatation que l'on peut faire est que le budget du Fonds pour l'année 2018 n'a pas été entièrement utilisé. En effet, seul 45% du budget a été réalisé avec une grande différence entre le budget des missions avec à peine un peu plus de 34% d'utilisation contre plus de 81% 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 2018. En effet, il n'y a eu aucun cas de sinistre catastrophique en 2018 et les infections nosocomiales ne sont pas, à l'heure actuelle, identifiées spécifiquement comme des indemnisations séparées. Elles se retrouvent donc sous la rubrique « indemnisations » qui reste néanmoins très faible avec moins de 50% d'utilisation budgétaire.

En ce qui concerne le budget de gestion, on constate que deux postes font baisser le taux d'utilisation moyen, à savoir les frais de personnel et les dépenses de fonctionnement ordinaire dont les taux d'utilisation sont respectivement de 79% et 65%. Pour ce qui est des dépenses de personnel, la sous utilisation est simple à expliquer par le retard à remplir les postes prévus dans le Masterplan, dû au retard dans le recrutement/remplacement et aux départs non prévisible.

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



IV. Statistiques financières concernant les missions

Passons maintenant aux statistiques « missions » du Fonds. En effet, les nombreuses expertises réalisées par le Fonds 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'indemnités payées depuis le démarrage du Fonds (statistiques arrêtées au 31/12/2018). 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 indemnités déjà versées.

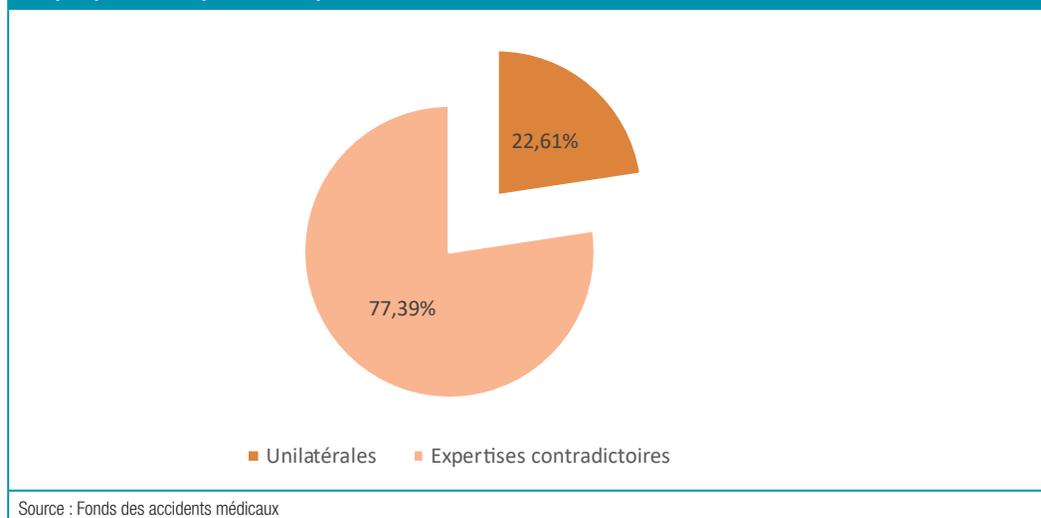
Tableau 26 - Coûts des expertises et indemnisations (en EUR)

Type	Nombre d'expertises facturées / indemnisations versées	Montant total	Montant moyen
EXPERTISES	2.809	5.152.254,97	1.834,20
Unilatérales	635	616.121,43	970,27
Expertises contradictoires	2.174	4.536.133,54	2.086,54
FRAIS D'AVOCATS	842	1.762.398,34	2.903,11
Demandes d'avis	400	847.192,65	2.117,98
Contentieux	442	915.205,69	2070,60
Indemnisations (Capital)	195	16.211.121,59	83.133,96
Indemnisations (Rentés)	60	61.038,78	1.018,06
TOTAL	3.906	23.186.858,68	-

Source : Fonds des accidents médicaux

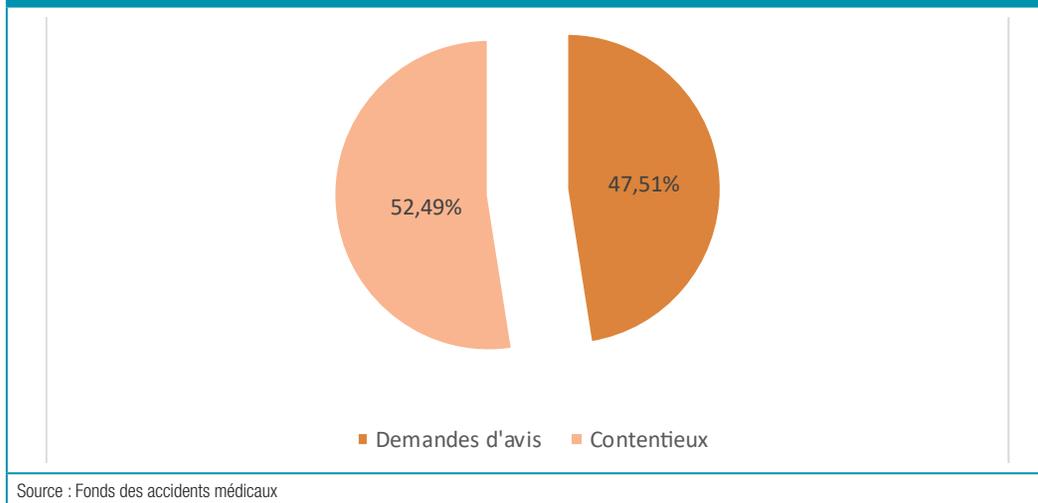
En ce qui concerne les expertises, la première constatation que nous pouvons faire est que les expertises contradictoires (EC) restent toujours bien plus nombreuses que les expertises unilatérales. En effet, comme nous le montre le graphique ci-dessous, les proportions d'expertises amiables et unilatérales sont respectivement de 77,39% et 22,61%. Contrairement aux années précédentes où les EC progressaient plus rapidement que les unilatérales, nous avons constaté une stabilisation en 2018.

Graphique 23 - Répartition expertises unilatérales et contradictoires



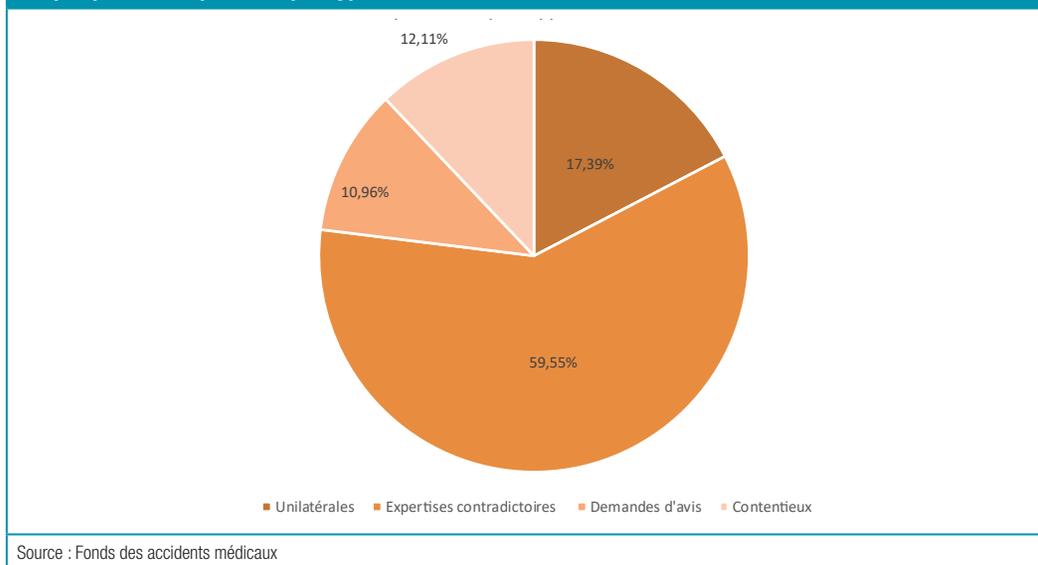
Si on s'attarde sur le nombre de demandes faites aux différents avocats, on constate que la majorité des demandes concerne la relecture des avis préparés par le Fonds avec un peu plus de 52% des demandes. Le nombre d'appels à des avocats pour représenter le Fonds dans le cadre de procédures juridiques représente quant à lui environ 48% des demandes. Il est important de préciser que le nombre de procédures juridiques est en constante augmentation ces derniers mois et même années.

Graphique 24 - Répartition des demandes aux avocats



Afin d'avoir une vue plus globale, regroupons les graphiques précédents. Cela nous permet d'identifier que 77% des factures qui sont payées actuellement par le Fonds concernent des expertises demandées dans le cadre du traitement d'un dossier. Les factures relatives à des frais d'avocats ne représentant que 23 % des factures honorées. Ce constat est assez stable par rapport à l'année précédente.

Graphique 25 - Répartition par type de factures



En ce qui concerne le coût de ces expertises et demandes, on voit que ce sont les demandes d'avis qui sont les plus onéreuses avec un coût moyen de 2.117,98 EUR, devant les EC avec un coût moyen de 2.086,54 EUR, le contentieux avec 2.070,60 EUR et moins de 1.000,00 EUR pour les expertises unilatérales. Par rapport à 2017, on constate une augmentation générale du coût des expertises sauf en ce qui concerne les EC dont le coût a tendance à rester stable voire à diminuer.

Abordons maintenant les chiffres relatifs aux indemnisations. Au 31/12/2018, 195 indemnisations ont été versées par le Fonds ce qui représente 58 indemnisations de plus que fin 2017. Il est important de préciser que le Fonds a également versé 60 rentes mensuelles et/ou annuelles dans le cadre de 3 dossiers d'indemnisations. Ces rentes ne sont pas comprises dans les 195 indemnisations mentionnées ci-dessus. En effet, étant donné la périodicité des versements et les montants beaucoup plus faibles qu'elles représentent, ces rentes ont été isolées du reste des indemnisations.

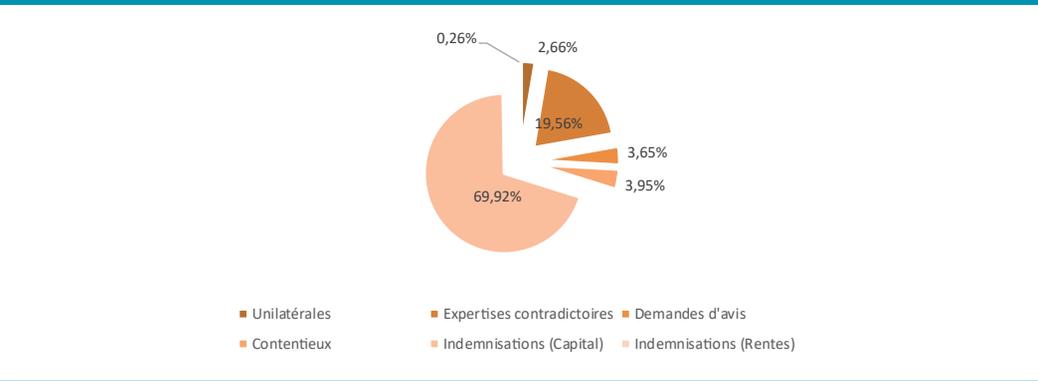
Le tableau ci-dessous nous donne une vue, mois par mois, du montant des indemnités (hors rentes) payées par le Fonds depuis sa création.

Tableau 27 : Indemnités payées par le Fonds (en EUR)					
Mois	2014	2015	2016	2017	2018
Janvier	0,00	0,00	44.088,71	86.479,45	285.523,10
Février	0,00	66.532,36	5.535,00	649.349,50	404.444,09
Mars	0,00	2.937,15	222.718,64	351.423,55	371.501,02
Avril	0,00	2.708,54	503.927,09	1.505.723,32	456.491,33
Mai	0,00	144.506,00	330.871,92	312.769,76	363.930,07
Juin	0,00	0,00	1.084.691,41	219.610,56	1.167.514,26
Juillet	0,00	0,00	25.032,00	913.980,45	14.509,79
Août	0,00	5.400,00	922.945,83	148.017,70	317.362,01
Septembre	0,00	106.180,59	129.246,81	472.500,58	56.841,34
Octobre	0,00	421.350,99	172.829,83	781.846,02	142.535,02
Novembre	0,00	195.531,94	324.317,09	74.191,75	279.481,05
Décembre	122.575,01	285.648,48	245.853,27	1.161.551,07	369.199,92
TOTAL	122.575,01	1.230.796,05	4.012.057,60	6.677.443,71	4.229.333,00
Source : Fonds des accidents médicaux					

On remarque toujours 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 indemnités.

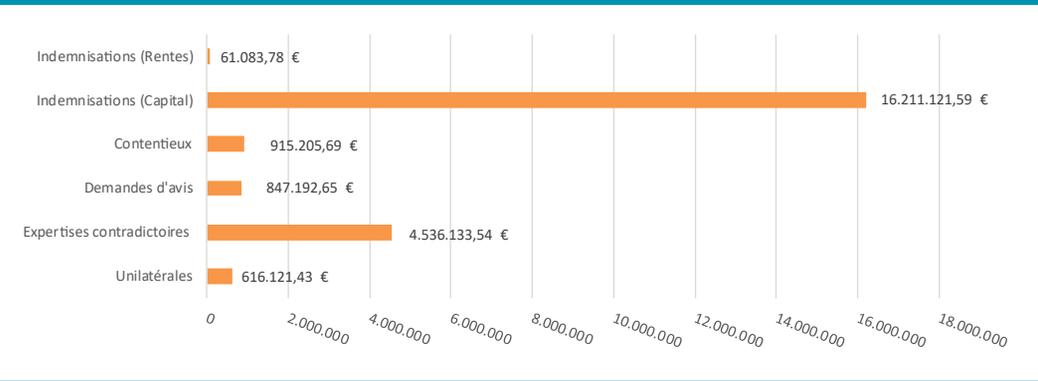
Une autre constatation évidente mais importante à souligner est que les montants versés sont bien plus importants que les montants des expertises et frais d'avocats. La preuve avec les graphiques ci-dessous qui montrent que le montant total des indemnités représente plus de 70% du montant total des frais encourus par le Fonds depuis son démarrage en septembre 2012. Plus précisément, on constate que 195 indemnités représentent un montant plus de deux fois plus élevé que celui des 3.651 expertises déjà payées (16.272.205,37 EUR contre 6.914.653,31 EUR).

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

V. Indemnisations remboursées ou le produit d'actions subrogatoires

En 2018 , pour la première fois, le Fonds a obtenu le produit d'actions subrogatoires. Comme mentionné ci-dessus il s'agit de deux dossiers et pour un montant de 39.423,3 EUR

Partie 5

Autres activités



I. Présentations

En 2018 également, de nombreuses présentations ont été données par des collaborateurs du Fonds. L'objectif de ces présentations est d'informer, de manière neutre et transparente, tous les acteurs, à savoir tant les patients et leurs mandataires que les dispensateurs de soins et leurs assureurs, leurs avocats et leurs médiateurs, et d'entamer un dialogue sur les missions et le fonctionnement du Fonds.

- Cours aux étudiantes sages-femmes et infirmières en soins pédiatriques de l'UCLouvain-ISEI (02. 2018).
- ASGB-symposium in Elewijt « wat met de artsen in het nieuwe ziekenhuis » (29.3.2018).
- Glem gynaeco te Jolimont (7.6.2018).
- Seminarie te Berchem « Medische ongevallen en schade als gevolg van gezondheidszorg » (18.9.2018).
- Association des Médiateurs d'institutions de soins AMIS symposium binannuaire « Le Fonds des accidents médicaux : actualités et perspectives » au « Symposium de l'AMIS ASBL » (19.10.2018).
- Seminarie te Berchem “Medische ongevallen en schade als gevolg van gezondheidszorg: benaderd vanuit diverse invalshoeken” (11.12.2018).

Le Fonds a également communiqué des informations à des étudiants et doctorants concernant :

- Une thèse de doctorat soutenue en 2018 par monsieur Wannes Buelens « L'accident médical sans responsabilité », à la Faculté de droit de l'Université d'Anvers.
- Un mémoire de master « Expertises dentaires et maxillo-faciales relevant de la responsabilité des professionnels de l'art médico-dentaire au regard de la loi du 31 mars 2010 ».
- Un mémoire de master « Lésions nerveuses iatrogènes tête-cou ».

En 2018 également, le Fonds a accepté des demandes de stage. L'équipe a ainsi accueilli tant des médecins que des étudiants en droit :

- Stage interprofessionnel à la Faculté de médecine de la KU Leuven
- Stage interprofessionnel à la Faculté de médecine de l'UZ Brussel
- Stage dans le cadre de la formation interuniversitaire de type post-master en médecine de l'assurance
- Stage de bachelor à la Faculté de droit de la KU Leuven
- Stage de master à la Faculté de droit de la KU Leuven

II. Analyse et audit

Dans le courant de 2018, Delta-i a lancé une analyse du fonctionnement du Fonds à la demande de l'administration. Un plan d'action a été présenté au Comité de gestion du Fonds sur la base de cette analyse.

La Cour des comptes a également démarré un audit. Les résultats de cette étude sont attendus dans le courant du quatrième trimestre de 2019.

Partie 6

Recommandations
pour la prévention de
dommages résultant
de soins de santé



Introduction

D'après la loi du 31 mars 2010, le rapport d'activité annuel doit contenir les recommandations du Fonds afin de prévenir des dommages résultant de soins de santé. En effet, cette loi confie au Fonds, en plus de sa principale mission d'indemnisation des dommages résultant de soins de santé, une mission de prévention sur la base des constats pouvant être établis à la lumière du traitement des dossiers introduits et des discussions générales pouvant être engagées au sein du Comité de gestion du Fonds.

L'année dernière, vous avez pu lire pour la première fois dans ce rapport quelques considérations générales.

Vous trouverez ci-après quelques constatations du Fonds en rapport avec deux interventions chirurgicales orthopédiques - prothèses de la hanche et du genou – confrontées aux données de l'INAMI relatives à ces prestations.

Ces constatations doivent être traitées avec prudence. Les données ci-après ne concernent que les dossiers pour lesquels le Fonds a émis un avis dans la période à compter de la date de publication de la loi. Environ 50 % de tous les dossiers qui ont été introduits dans cette période sont finalisés. 74 de ces avis concernaient une prothèse de hanche et 67 une prothèse de genou.

Afin de situer ces dossiers dans le contexte général des opérations semblables pratiquées en Belgique, nous faisons référence à deux publications récentes de l'INAMI (avril 2019 pour la prothèse de hanche et mars 2019 pour la prothèse de genou) qui portent sur l'année 2017. Le nombre moyen de prothèses de hanche par an s'élève à 28.015. Le nombre moyen de prothèses de genou par an s'élève à 24.306^{10 11}.

L'information ci-dessus ne permet donc pas de tirer des conclusions étant donné que l'échantillon des dossiers introduits auprès du Fonds est très petit (environ 1 dossier pour 1.700 opérations de prothèse de hanche, par exemple).

Le Fonds continuera bien entendu à analyser ses avis à l'avenir et à en faire rapport.

10. <https://www.belgiqueenbonne.sante.be/fr/variations-de-pratiques-medicales/systeme-musculosquelettique/prothese-de-hanche>.

11. <https://www.belgiqueenbonne.sante.be/fr/variations-de-pratiques-medicales/systeme-musculosquelettique/prothese-de-hanche>.

I. Interventions pour la pose d'une prothèse de hanche

Les avis du Fonds dans le cadre de la prestation « prothèse de hanche » peuvent être répertoriés dans les catégories suivantes :

Avis	Dossiers	Ratio
RC < gravité	2	2,70%
RC > gravité	3	4,05%
MOZA > gravité	0	0%
NINI	67	90,54%
Autres	2	2,70%
Total	74	100%

Dans plus de 93 % des dossiers, le Fonds n'a pas retenu d'accident médical indemnisable, donc pas de responsabilité ni d'accident médical sans responsabilité avec un dommage au dessus du seuil de gravité.

Le tableau suivant présente le type d'intervention (prothèse primaire / révision) :

Prothèses de hanche - primaire	56
RC < gravité	2
RC > gravité	2
NINI	50
Autres	2
Prothèses de hanche - révision	18
RC > gravité	1
NINI	17
Total	74

Les types de fautes suivants ont été identifiés dans les dossiers dans lesquels le Fonds a retenu une responsabilité dans son avis : faute de diagnostic (1), faute au niveau de l'exécution du traitement (2), absence d'une indication thérapeutique ou indication thérapeutique erronée (1) et soins postopératoires insuffisants (1).

II. Interventions pour la pose d'une prothèse de genou

Les avis du Fonds dans le cadre de la prestation « prothèse de genou » peuvent être répertoriés dans les catégories suivantes :

Tableau 30 - Prothèses de genou		
Avis	Dossiers	Ratio
RC < gravité	5	7,46%
RC > gravité	2	2,99%
MOZA > gravité	2	3%
NINI	56	83,58
Autres	2	2,99
Total	67	100%

Dans plus de 85 % des dossiers, aucun accident médical indemnisable sans responsabilité ni aucun accident médical avec responsabilité n'ont été retenus.

Dans deux cas seulement, le Fonds a conclu à un accident médical sans responsabilité dans lequel le seuil de gravité a été franchi.

Dans le tableau suivant, une distinction est faite entre interventions primaires et révisions.

Tableau 31 - Prothèses de genou	
Prothèses de genou - primaire	59
RC < gravité	5
RC > gravité	2
MOZA > gravité	1
NINI	49
Autres	2
Prothèses de genou - revision	8
MOZA > gravité	1
NINI	7
Total	67

Il ressort d'une analyse des avis dans lesquels la responsabilité d'un dispensateur de soins a été retenue, qu'un traitement non indiqué (3), une mauvaise préparation préopératoire (2) et une erreur dans l'exécution du traitement (2) ont été retenus en rapport avec le dommage.

Annexe



Abréviations

MOZA	Accident médical sans responsabilité
NINI	Ni l'un ni l'autre (Ni MOZA ni RC)
RC	Responsabilité civile