**NOTE STRATÉGIQUE**1

|  |  |
| --- | --- |
| Sujet | **Fonds des Accidents Médicaux (FAM) - Adaptation structurelle et résorption du retard** |
| Auteur | **Mia Honinckx – Directrice du FAM** |
| Date | **18 mars 2021 (approbation final par le CG du FAM le 25.03.2021)** |

***RÉSUMÉ***

Dans la présente note, nous formulons des propositions de solutions concrètes aux deux problèmes fondamentaux du FAM :

* la grande attention accordée au caractère contradictoire ainsi qu’une valorisation insuffisante de l’expertise en soi,
* le retard accumulé dès le départ (environ 2.500 dossiers) n'est pas résorbé assez vite, ce qui continue à peser lourdement sur la durée de traitement des dossiers.

1. Une adaptation structurelle dans le traitement des dossiers, qui sera appliquée tant aux nouveaux dossiers qu'aux dossiers passés encore en cours. Il y a deux composantes.

* Nous allons *travailler de manière beaucoup plus proactive pour rassembler les pièces au début de la procédure*. Les possibilités pour le demandeur lui-même de rassembler ces pièces et de les fournir seront valorisées au maximum. Le FAM en réclamera lui-même s'il est clair que des pièces font encore défaut. (À titre de comparaison : actuellement, pour toutes les pièces, le FAM adresse la demande à des parties autres que le demandeur.)
* *L'analyse médicale interne sera valorisée davantage.* Un tableau décisionnel a été dressé et reprend les résultats de cette analyse médicale interne qui déterminent la suite de la procédure. Une distinction est établie en fonction du seuil de gravité. (À titre de comparaison : actuellement, le FAM a énormément recours à des expertises externes, essentiellement contradictoires.)

1. Le déploiement d'une Task Force pour renforcer temporairement le FAM afin qu'il devienne une organisation moderne pour le retard accumulé, les dossiers en cours et les nouveaux dossiers.

* L’objectif proposé est la *réduction de ce retard dans un délai de deux ans, ce qui se traduit par le traitement de 1.300 dossiers en sus.*
* Le *besoin supplémentaire en ressources est estimé à 5 médecins ETP pour un an et 6 collaborateurs administratifs ETP ainsi que 5 juristes ETP pour deux ans.*
* L’attribution des dossiers à cette Task Force a été définie ainsi que des *accords clairs sur la collaboration* avec la structure permanente.
* Il y a toujours un *risque de problèmes* : ne pas trouver des personnes qualifiées, estimations non réalisables, complications externes.
* C’est pour cela qu’on met en place un *suivi à court terme* afin d’adapter en cas de besoin. (Des rapports sont présentés tous les mois au Comité de gestion).
* Le coût total estimé pour les ETP de la Task Force s’élève à environ 3,3 millions d’euros. Les indemnisations à payer sont estimées à plus ou moins 30 millions d’euros.

1. Ce qui précède peut être réalisé sans devoir adapter la Loi sur les accidents médicaux (LAM). En essence, cette loi est bonne pour le but social recherché. Nous apportons toutefois quelques suggestions d’adaptations techniques qui pourraient rendre cette loi plus opérationnelle.

1 C’est le résultat d’un processus de concertation entre la direction du FAM, le ministre et le Comité de gestion. Ce processus a commencé avec la note stratégique de la direction du FAM « Fonds des accidents médicaux - Analyse de la problématique et propositions d’amélioration » du 24 novembre 2020. Dans le courant de ce processus, l’élaboration de propositions d’améliorations a été concrétisée au maximum.

**Sommaire**

1. [Cadre introductif 3](#_bookmark0)
   1. [Contexte social 3](#_bookmark1)
   2. [Les demandes et leur aboutissement 3](#_bookmark2)
   3. [Organisation 4](#_bookmark3)
   4. [La problématique fondamentale 4](#_bookmark4)
2. [Adaptation structurelle dans le traitement des dossiers 6](#_bookmark5)
   1. [Approche en termes de procédure 6](#_bookmark6)
   2. [Communication 8](#_bookmark7)
3. [Recours à une Task Force temporaire 9](#_bookmark8)
   1. [Principes de base 9](#_bookmark9)
   2. [Dossiers à traiter par la TF 11](#_bookmark10)
   3. [Répartition dans le temps 13](#_bookmark11)
   4. [Ressources nécessaires 14](#_bookmark12)
   5. [Mobilisation des ressources : élaboration en pratique et impact budgettaire. 15](#_bookmark13)
   6. [Risques et suivi 17](#_bookmark14)
4. [Modifications de la loi possibles 18](#_bookmark15)
   1. [Généralités 18](#_bookmark16)
   2. [Propositions éventuelles 18](#_bookmark17)
5. [ANNEXES 21](#_bookmark18)
   1. [Task force – raisonnement sous-jacent de l’impact des indemnisations 21](#_bookmark19)
   2. [Task force – Calcul des ressources requises 22](#_bookmark20)
   3. [Task force – Actions concrètes pour le lancement au premier semestre de 2021 23](#_bookmark21)
   4. [Proposition de modifications de la loi au sujet de la demande électronique et des informations électroniques – élaboration détaillée 25](#_bookmark22)

# 1 Cadre introductif

Le FAM a été créé dans le cadre de la LAM de mars 2010. Son but est de faire en sorte que les victimes d’un accident médical obtiennent justice dans le cadre d’une procédure gratuite, rapide et simple. La victime d’un accident médical peut s’adresser au tribunal et/ou au FAM. En outre, dans la pratique, il existe toujours la possibilité – tant pour la personne responsable que pour l’assureur – d’indemniser la victime de manière informelle, donc sans l’intervention d’un tribunal ou du FAM. Cela peut par exemple se faire à l’initiative des prestataires de soins concernés ou après l’intervention d’autres parties (services de médiation des hôpitaux, organismes assureurs, associations de patients).

**1.1 Contexte social**

La victime a donc trois options : le tribunal, le FAM, une solution informelle. Le choix est libre et n’est pas guidé par la loi. Récemment, la Cour des comptes a estimé (sur la base des données des organismes assureurs) que les accidents médicaux aboutissent au FAM dans environ 11 % des cas. L’importance du FAM pour la société va au-delà de ce qui se traduit par le nombre de cas ou d’indemnités versées. Son existence oriente le comportement d’autres acteurs. Par exemple, la possibilité que le FAM indemnise une victime peut inciter les organismes assureurs à le faire plus tôt. En outre, les positions du FAM sont une référence pour le reste des acteurs, y compris les juges.

Un « accident médical » est un accident qui entraîne un dommage, qui trouve sa cause dans la prestation de soins et qui découle d’un 2fait qui engage la responsabilité du prestataire de soins ou qui découle d’un accident médical sans responsabilité. La LAM prévoit cependant que le FAM n’octroie une indemnisation que si le « seuil de gravité » est atteint.3 En principe, la demande adressée au FAM débouche sur un « avis ».

**1.2 Les demandes et leur aboutissement**

Un accident médical sans responsabilité (ledit « MOZA ») est une catégorie spécifique prévue par la LAM selon laquelle les dommages liés à un accident médical sont indemnisables s'ils ne sont pas prévisibles et/ou pas évitables (« dommage anormal »). Ce dommage est si rare qu'il ne peut être considéré comme une complication potentielle normale ou comme un risque. L’évaluation de la notion de « dommage anormal » est délicate. Par exemple, une personne passe un examen préventif, a une réaction allergique et décède.

Le FAM a versé plus de 31 millions d’euros d’indemnités dans environ 270 dossiers depuis sa création jusque début 2021. En 2020, le FAM a versé plus de

9 millions d’euros d’indemnités à environ 60 victimes. En cas de responsabilité, le FAM va récupérer ces indemnisations payées auprès du prestataire de soins, si nécessaire devant le tribunal.

2 Voir l’article 2 de la LAM

3 Cela requiert de répondre à au moins un des critères suivants : une invalidité permanente d'au moins 25 % ; une incapacité de travail temporaire de 6 mois au moins ; des troubles particulièrement graves, y compris d'ordre économique, dans les conditions d'existence du patient ; le décès du patient.

Les demandes reçues depuis le début ont donné lieu à ce jour à ce qui suit.

* Dans environ 81 % des cas, le FAM n’a pas versé d’indemnités car il n’y avait pas de lien avec la prestation de soins ou ce n’était pas une erreur du prestataire de soins4. Le nombre limité d’accidents médicaux sans responsabilité où le seuil de gravité n’est pas atteint fait aussi partie de ce pourcentage.
* Dans environ 9 % des cas, il y avait une responsabilité du prestataire de soins mais le FAM n’a pas payé d’indemnités car le seuil de gravité n’était pas atteint. Le demandeur dispose toutefois d’un avis avec lequel il peut s’adresser à un assureur ou à un prestataire de soins et, le cas échéant, au tribunal. (Ce dernier n’est pas tenu de le suivre.)
* Dans environ 6 % des cas, le FAM a versé des indemnités car il y avait une responsabilité et que le seuil de gravité était atteint. Le FAM estime alors le dommage, il indemnise la victime et va récupérer cette indemnisation auprès du responsable.
* Dans 4 % des cas, il s’agissait d’un accident médical sans responsabilité où le seuil de gravité était atteint. Le FAM indemnise la victime sans récupération auprès de qui que ce soit.

**1.3 Organisation**

Le cadre du FAM prévoit actuellement environ 51,5 ETP, dont 46 sont effectivement pourvus pour le moment. En 2013, le cadre était de 21,5 ETP, et en 2015, de 45,5 (dont 33,5 étaient pourvus cette année-là). Ceux-ci se répartissent essentiellement en trois groupes : médecins, juristes, gestionnaires de dossiers. En outre, il est fait appel à des médecins externes pour les expertises. Au besoin, il est fait appel aux services d’avocats. Ce n’est que début 2016 que le FAM s’est doté de son propre directeur.

Comme les autres services de l’INAMI, le FAM dispose d’un Comité de gestion. Il est présidé par deux professeurs en droit spécialisés en droit médical. Pour le reste, il y a des représentants des pouvoirs publics, des employeurs, des travailleurs, des organismes assureurs, des praticiens professionnels, des institutions de soins de santé et des associations de patients. Ce Comité de gestion se réunit tous les mois. Il détermine les orientations stratégiques, notamment en ce qui concerne l’interprétation de la législation.

**1.4 La problématique fondamentale**

Le fonctionnement du FAM a fait l’objet de critiques à répétition, avec comme principal reproche les délais de traitement très longs. Ces dernières années, on a enregistré des progrès considérables dans le fonctionnement, notamment pour compléter le cadre, pour numériser le traitement des dossiers et pour rationaliser les processus. Depuis 2017, il y a davantage de dossiers traités que de demandes entrantes et le retard est en train de se résorber. Cependant, il reste à un niveau plus haut que ce qui est acceptable. Une réelle perspective d’amélioration ne peut avoir lieu qu’en s’attaquant aux deux problèmes fondamentaux du FAM décrits ci-après. Aux points 2 et 3, il est précisé la manière dont le FAM vise à aborder ces problèmes - avec l’appui du ministre et du Comité de gestion. *Une modification de la loi n’est pas nécessaire.*

4 Exemples : échec thérapeutique (par ex. une opération du dos qui ne permet pas de soulager les symptômes), nouvelle aggravation de l’état du patient (p. ex. amputation d’une jambe après échec d’un traitement avec stent), diagnostic erroné sans erreur (le prestataire de soins a fait une erreur de jugement, mais celle-ci était dans les marges de la pratique professionnelle normale), complication prévisible (p. ex. une fracture avec risque de décès à court terme de 10 %), pas de lien avec les soins dispensés (p. ex. dommage causé par une chute).

**a) Valorisation insuffisante de la propre expertise**

Le FAM a dû partir de zéro. Il a construit son expertise en cours de route. La grande inquiétude était d’éviter des erreurs. Concrètement, cela signifiait qu’on a souvent opté de faire appel à des expertises contradictoires. Le Service a également opté pour une expertise contradictoire dans des cas non prévus par la loi. Ces expertises contradictoires sont réalisées par des experts externes en présence de toutes les parties concernées. Rien que l’organisation de tout ceci est un facteur de retard important.

**b) Retard accumulé dès le départ**

**FAM - Nbre de dossiers In & Out par an**

1200

1000

800

600

400

200

0

2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020

IN OUT

Le graphique ci-dessus donne une image des nouvelles demandes et des dossiers traités.

* En 2012-2014, quelque 2.500 demandes ont été introduites, et seuls 300 dossiers ont été clôturés. Dans la période allant jusqu’à 2016, un arriéré total d’environ 2.500 dossiers s’est accumulé.
* Depuis 2017, le FAM finalise environ 600 dossiers par an, soit un nombre plus important que celui de nouvelles demandes. La réduction du retard accumulé a commencé à partir de là (à un rythme d’environ 120 dossiers par an). En augmentant l’efficience, on peut arriver à sortir 146 dossiers supplémentaires par an.
* Il y a actuellement5 1.892 dossiers en souffrance. Vu la production annuelle d’environ 600 dossiers, cela explique directement le temps moyen de traitement de 4 ans que la Cour des comptes a récemment constaté. On travaille effectivement selon le principe du « premier arrivé, premier servi » (exception : les dossiers prioritaires avec dommage grave).

5 Chiffres situation 12 février 2021.

# 2 Adaptation structurelle dans le traitement des dossiers

**2.1 Approche en termes de procédure**

Le FAM a entre-temps acquis de l’expérience et de l’expertise. Au vu de cela, il est temps d’adapter l’approche procédurale. C’est indispensable pour un traitement plus fluide des dossiers, où l’accent est mis au maximum sur les dossiers avec dommage grave.

**a) Rassemblement plus proactif des pièces au début de la procédure**

Dans le cadre de l’approche actuelle, les informations fournies par le demandeur au moment de la demande ne sont plus utilisées par la suite. Le FAM procède d'abord à une première analyse médicale interne de la demande et demande toutes les pièces sur cette base. Une deuxième analyse médicale interne est effectuée à l’aide des pièces reçues.

Selon la nouvelle approche, le FAM commence la procédure par une première analyse de la demande sur la base :

* du *formulaire de demande* : celui-ci est adapté et il est explicitement demandé de joindre le dossier médical et les données relatives à l'incapacité de travail ;
* du *dossier médical* fourni par le *demandeur* ;
* des *données* de l'organisme assureur concernant l'incapacité de travail (personnes < 65 ans au moment de l'accident ;
* d’un *questionnaire médical6*contenant des questions spécifiques sur le dommage occasionné par l'accident médical : le Fonds le transmet à tous les demandeurs quand un dossier se révèle recevable7 ; ce questionnaire doit être complété par un *médecin au choix du demandeur* contre une rémunération versée par le Fonds.

Le fait que les décisions soient prises sur la base du dossier médical fourni par le demandeur permet de se passer de la première analyse médicale telle qu'elle existe actuellement.

* En vertu de la loi relative aux droits du patient, le patient peut obtenir son dossier médical sur simple demande écrite. Dans la plupart des cas, cela se fait via la direction médicale ou le service de médiation de l'hôpital.
* Si un médecin interne a besoin de pièces supplémentaires pour une analyse interne ou si, pendant une expertise, des pièces supplémentaires sont jugées nécessaires, le FAM les demandera.

Si pour l’une ou l’autre raison, le patient n’est pas en mesure de fournir le dossier, c’est le FAM lui-même qui le demandera - comme c’est le cas actuellement. C’est également la procédure pour des patients décédés.

6 C’est le cas pour les dossiers sans description du dommage par un médecin. L’analyse du médecin conseil des mutualités peut être utilisé à cet effet. Ce questionnaire n’est pas envoyé quand le patient est décédé.

7 Sur la base de l’article 12 de la LAM

**b) L’expertise médicaleinterne davantage valorisée**

Après la première analyse médicale interne (= par le médecin interne), une classification qui détermine la suite du traitement du dossier est opérée en fonction de l’évaluation du seuil de gravité, d’indications de responsabilité et du lien avec les soins dispensés. En cas de doute, le FAM choisit la voie la plus favorable pour le demandeur.

On part du tableau décisionnel ci-dessous. Il est déterminant pour les prochaines étapes.

* À ce propos, la nature de l’expertise réalisée par un expert externe est importante : unilatérale « EU »8) ou contradictoire (« EC »9). Nous effectuons moins d’EC que maintenant.
* L’analyse médicale interne est davantage valorisée sur la base de ce tableau, c’est à dire qu’elle est prise comme base pour un avis final.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Manifestement**  **irrecevable / infondé** | **Indication de**  **responsabilité** | **Type d'expertise** | **Résultat de l'expertise** | **Exemples** | **Action** | **% de**  **dossiers10** |
| ***PAS d'indication du seuil de gravité*** *11* | | | | | | |
| Oui | / | / | / | Pas de lien avec les soins dispensés | - lettre pas d’intervention du FAM | 25 % |
| Non | Non | / | / | Complication connue | - lettre pas d’intervention du FAM |
| Oui | * Deuxième analyse interne (préparation EU) * Expertise externe unilatérale | - Pas de responsabilité |  | * lettre pas d’intervention du FAM * Rapport de l'EU en annexe | 8 % |
| - Responsabilité bel et bien engagée | * Audition écrite (possibilité remarques prestataire de soins) * Avis définitif |
| ***BEL ET BIEN indication seuil de gravité*** | | | | | | |
| Oui | / | - Deuxième analyse interne (pas externe) | - Infondé | * Pas de responsabilité * Pas de MOZA * Pas de lien de causalité * Diagnostic erroné sans faute * Évolution du patient * Échec thérapeutique | - Avis | 20% |
| Non | / | * Deuxième analyse interne (préparation de l'EC) * Expertise externe contradictoire | - Responsabilité |  | - Avis | 10 % |
| - Moza | 7 % |
| Pas de responsabilité, pas de MOZA ( « nini »)   * Seuil de gravité non atteint * Infondé | 30% |

8 Article 17.1 LAM

9 Article 17.2 LAM

10 Sur la base des chiffres disponibles dans le système de suivi digital Damo. Cette ventilation concerne donc le résultat des avis dispensés après avril 2017 (ce qui donne une autre image qu’au point 1.2).

11 On entend ici : « visiblement » pas d’indication du seuil de gravité. En cas de doute, l’avantage est donné au demandeur et le FAM part du principe que le seuil de gravité sera atteint.

**2.2 Communication**

En plus de procéder à l'adaptation susmentionnée, le FAM souhaite améliorer la communication avec le demandeur. La possibilité d'introduire une demande et de consulter le dossier FAM par voie électronique offerte au demandeur constituera certainement une amélioration. Le FAM met tout en œuvre pour y parvenir dans les meilleurs délais (proposition d'adaptation de la loi : cf. point 4.2.a et détail à l'annexe 5.4). L'analyse technique a été réalisée et les contacts relatifs au « dossier unique », avec la Banque-Carrefour et ehealth, ont déjà été pris.

Un message spécifique relatif à l'état d'avancement du dossier sera conçu pour les dossiers en retard.

* L'état du dossier fera l'objet de l'attention nécessaire.
* Par la suite, le demandeur sera informé de chaque étape (interne également) parcourue par le dossier et la suite de la procédure sera décrite. Pour ce faire, le FAM mettra au point les formats de documents spécifiques nécessaires.
* Le demandeur sera régulièrement tenu informé de l’état d’avancement de son dossier.

En outre, la disponibilité téléphonique sera améliorée par un système échelonné : les collaborateurs administratifs sont accessibles pendant les heures de bureau pour des questions générales, donc sans rapport avec un dossier concret (p. ex. comment lancer une procédure, comment se déroule-t-elle). S’ils sont confrontés à des questions spécifiques ou difficiles, ils noteront la question et les coordonnées de l'interlocuteur et confieront la mission à un collaborateur spécialisé qui peut répondre à ces questions. D’une part, le demandeur recevra une *réponse rapide* quand c'est possible. D’autre part, les gestionnaires de dossiers, les médecins et les juristes pourront travailler la majeure partie de leur temps *sans être dérangés*. (Actuellement, les collaborateurs sont disponibles le matin seulement mais les gestionnaires de dossiers, les médecins et les juristes se plaignent souvent d'être dérangés par des appels téléphoniques.) Dans toute communication, on veille toujours strictement à la protection des données à caractère personnel (RGPD).

La base de la communication avec les demandeurs et d’autres parties prenantes est sous forme écrite. Les templates des avis et des courriers du FAM sont revus en collaboration avec le service communication de l’INAMI en mettant l’accent sur la lisibilité et l’empathie.

# 3 Recours à une Task Force temporaire

**3.1 Principes de base**

Le retard ne peut être résorbé dans un délai raisonnable sans un recours temporaire à des ressources supplémentaires. Une Task Force (“TF”) est déployée à cet effet. Il s’agit d’une équipe sous la direction d’un Task Force Manager (“TFM”) ayant des objectifs et des responsabilités spécifiques. La TF est une entité bien définie et distincte, qui effectue certaines activités qui sont également réalisées par les équipes permanentes existantes des collaborateurs du FAM (le FAM permanent ou « FAMP »). La TF est responsable sur le plan opérationnel mais elle s'aligne pleinement sur le FAM en termes de contenu et de processus. Les deux équipes opèrent sous la même responsabilité centrale.

La collaboration entre la TF et le FAMP est bien entendu importante. La TF peut faire appel à tout moment sur le FAMP.. Une répartition équilibrée de la charge de travail entre le FAMP et la TF est contrôlée grâce à une concertation entre le TF manager et le directeur du FAM, surtout en raison de tous les facteurs incertains. Évidemment, le directeur du FAM est également responsable de la résorption de l'arriéré. Le TFM est un directeur opérationnel de la TF qui suit le déroulement du processus, stimule et intervient si nécessaire en concertation avec le directeur du FAM.

Les responsabilités entre les différents acteurs se présentent de la manière suivante.

|  |  |
| --- | --- |
| **TASK FORCE** | **FAM permanent** |
| ***Task Force Manager*** | ***Directeur FAM*** |
| * Il est de sa responsabilité générale (h/f) que tous les dossiers portant le label TF soient traités dans les deux ans qui suivent le démarrage de la TF jusqu’à et y compris l’avis (ou la clôture). Il s’agit donc d’un rôle crucial. Il s’agit d’une fonction à temps plein la première année. Il faudra évaluer la situation pour la deuxième année. * Il est directement sous la responsabilité de l’administrateur général de l’INAMI. À cet effet, il établit un rapport d’avancement mensuel. Celui-ci est partagé avec le Cabinet du ministre et le directeur du FAM. Il veille à ce qu'il y ait un suivi chiffré précis des activités de la TF. * Il entretient une relation de travail optimale avec le directeur du FAM et veille à ce que toute son équipe travaille dans une relation et une interaction optimales avec toute l’équipe du FAMP. Il participe en principe à la réunion de staff hebdomadaire du FAM. * Il garantit l'alignement des activités de la TF sur le fonctionnement du FAM sur le plan du contenu et du processus. * Il agit (au moins sur le plan fonctionnel) en tant que dirigeant direct pour l’ensemble des collaborateurs affectés à la TF (gestionnaires de dossiers et juristes). Il est chargé de motiver et de diriger cette équipe. Si, en raison de son statut, il ne peut pas être un dirigeant hiérarchique formel, les collaborateurs de la   TF sont directement sous la direction hiérarchique du directeur du FAM qui est chargé de veiller à ce que le TFM ait un impact maximal sur ces collaborateurs. | * Met tout en oeuvre pour que le TFM puisse accomplir ses tâches et que la TF puisse mener à bien ses missions. A une relation de travail optimale avec le TFM. Lorsqu’il rencontre des difficultés au niveau de la TF, il cherche une solution en concertation avec le TFM. * Se concerte en continu avec le TFM pour optimiser la contribution du FAMP à la réussite de la mission de la TF. * Motive les collaborateurs du FAMP afin d’offrir un soutien maximal à la TF. Veille à ce que la validation des activités de la TF se fasse dans un délai raisonnable. * Reste entièrement responsable du fonctionnement du FAM, en particulier pour l’implémentation des adaptations qui ne sont pas liées à la TF qui font partie de la présente note. * Assure une hausse de l'efficacité du FAM. |
| ***Coordinateurs FAM*** |
| * Met tout en oeuvre pour que le TFM puisse accomplir ses tâches et que la TF puisse mener à bien ses missions. * Valide les résultats de la TF dans un délai raisonnable. (Ils peuvent déléguer ces validations dans leurs équipes). * Motivent leurs collaborateurs à offrir un soutien maximal à la TF. |

|  |  |
| --- | --- |
| * Dans ses rapports avec les médecins externes, il recherche une interaction optimale en concertation avec les collaborateurs du FAMP. | * Restent entièrement responsables du fonctionnement de leur domaine, en particulier pour l’implémentation des adaptations qui ne sont pas liées à la TF qui font partie de la présente note. |
| ***Collabolateurs de la Task Force*** | ***Collaborateurs du FAMP*** |
| * Les gestionnaires de dossiers et les juristes travaillent sous la direction fonctionnelle du TFM. Pour les médecins externes, cf. point 3.5.b. ci-dessous. * Tous les collaborateurs de la TF s’alignent sur le fonctionnement du FAMP sur le plan du contenu et du processus. Pour ce faire, ils peuvent toujours faire appel aux collaborateurs du FAMP. * Tous les collaborateurs de la TF sont tenus de faire valider leurs étapes ou résultats finaux par les coordinateurs du FAMP. | * Mettent tout en oeuvre pour que la TF puisse mener à bien ses missions. Entretiennent une relation de travail optimale avec les collaborateurs de la TF et sont toujours disposés à les soutenir si nécessaire. * Assurent la formation des collaborateurs de la TF. * Restent entièrement responsables de leur travail normal au sein du FAM, en accordant une attention particulière à l’implémentation des adaptations qui ne sont pas liées à la TF qui font partie de la présente note. |

L’objectif est que cette TF – en collaboration avec le FAMP – résorbe l’intégralité du retard dans un délai de deux ans12. Ces deux ans commenceront à courir au *moment où la TF* sera pleinement opérationnelle (mi-2021 selon les prévisions) 13. Il convient de lier cette mesure à un portefeuille bien défini avec un nombre précis de dossiers. Ce nombre sert également de base à l’estimation du nombre d’ETP nécessaire pour ces deux années.

Les points essentiels concernant les responsabilités de la TF/du TFM pour les dossiers de leur portefeuille sont les suivants.

* Le TFM et sa TF sont responsables de l’achèvement complet jusqu’à l’avis inclus (ou la clôture si le dossier n’aboutit pas à un avis).
* Le recours aux collaborateurs du FAMP ne change rien à la responsabilité de la TF dans ces dossiers.
* Le calcul de l’indemnité ne passe jamais par la TF. La responsabilité de la TF se limite à l’avis (ou à la clôture).
* Si, dans une phase de démarrage ou à un autre moment, les collaborateurs du FAMP interviennent dans le traitement de ces dossiers de la TF (par ex. parce qu’ils ont le temps de le faire), ces dossiers restent des dossiers de la TF, avec tout ce que cela implique en termes de responsabilité du TFM/de la TF. Ils ne changent pas d’étiquette.

Pendant la période d'activité de la TF, le FAMP traite tous les nouveaux dossiers entrants ainsi que tous les dossiers en cours plus récents (non attribués à la TF)

14. De plus, le FAMP est responsable du calcul des indemnités pour tous les dossiers (tant TF que FAMP) et du suivi des litiges. Par ailleurs, le FAMP devra certainement consacrer du temps au soutien de la TF. Normalement, le FAMP aura ainsi largement assez de missions. La PFMO contribuera à accélérer le plus possible le fonctionnement de la TF (cf. concertation du directeur du FAMP et TFM).

12 Pour la Task Force la date de référence du traitemen de l’avis ou de la cloture du dossier. Pour les cas (nombre restreint) des cas ou une indemnisation doit être calculée, un délai de trois mois est rajoutée au délai de deux ans. Pour plus de détails voir tableau 3.5.

13 La priorité est de s’assurer que tous les médecins sont opérationnels et qu’il y a suffisamment de gestionnaires de dossiers pour soutenir ces médecins. Hiervoor is prioritair dat alle artsen operationeel zijn en voldoende dossierbeheerders om die artsen te ondersteunen. Le fait que des juristes soient recrutés plus tard dans l’année ne pase pas problème.

14 Pour l’attribution exacte voir point 3.2 ci-dessous

**3.2 Dossiers à traiter par la TF**

**a) Détermination nombre**

Il y a actuellement15 1892 dossiers en souffrance. Nous en déduisons un arriéré de 1592 dossiers. Comment arrivons-nous à ce nombre ?

* Il y a un *flux permanent d’entrées et de sorties de dossiers*. Cela signifie qu’il y a toujours un certain nombre de dossiers en cours de traitement, sans qu’il ne soit pour autant question d’arriéré. L’arriéré correspond donc à la différence entre le nombre de dossiers en souffrance et le stock de dossiers en cours de traitement. Quelle est son ampleur ?
* Pour cela, nous devons *émettre des hypothèses* quant au nombre de dossiers traités par an et au temps moyen de traitement des dossiers.
  + Nous partons du principe que 600 dossiers sont traités par an (en arrondissant la moyenne historique de 2017-2020 de 609 dossiers par an).
  + Nous partons du principe qu’il faut 6 mois pour traiter un dossier. Le temps de traitement moyen actuel ne peut être considéré comme représentatif d’un fonctionnement normal du FAM en raison de l’incidence de l’arriéré. Nous nous en remettons donc à ce qui est stipulé dans la loi.
* En tenant compte de ces hypothèses, il y a un stock de 300 dossiers en cours de traitement (conséquence de 600 dossiers traités par an et des 6 mois passés sur chaque dossier). Nous soustrayons donc *ce nombre des dossiers en souffrance* pour obtenir l’arriéré. (On pourrait dire que les nouveaux dossiers entrent dans cette catégorie.)

La résorption de cet arriéré de 1592 dossiers dans le délai visé de deux ans doit se faire de deux manières.

* En premier lieu, le FAMP *doit simplement poursuivre son travail*. Si l’on prend comme référence la période 2017-201916, cela se traduira en deux ans en une résorption de l’arriéré de *244 dossiers* (sortie moyenne de 606 dossiers contre une entrée moyenne de 484 dossiers, soit une résorption annuelle de l’arriéré de 122 dossiers en moyenne). Avec la nouvelle méthode de travail, ce nombre peut être porté à 146 par an ou 292 tous les 2 ans.
* La *Task Force* doit donc traiter le reste (1592 dossiers de l’arriéré - 292 pour le FAMP) *, soit 1300 dossiers*.

**b) Répartition du portefeuille**

Il est essentiel que la Task Force dispose d’un fonctionnement et d’une responsabilité bien définis. Cela nécessite un portefeuille de dossiers bien défini.

* Les dossiers devraient être attribués sans équivoque sur la base de *critères clairs*.
* Cela peut être rendu reconnaissable grâce à l’ajout de l’*étiquette « T » dans les systèmes*. (Au même titre que les dossiers prioritaires reçoivent un « P ») Ces étiquettes peuvent être et seront introduites très rapidement..
* Cette *étiquette est permanente* et ne peut pas être supprimée des dossiers.

Les principes que nous appliquons dans la composition du portefeuille de la TF sont les suivants :

* Le FAMP se concentre sur les dossiers introduits à partir de 2021 en plus des dossiers des années précédentes qui sont sur le point d’arriver à échéance.
* La répartition des dossiers entre la TF et le FAMP doit tenir compte du fait qu’il doit rester un nombre suffisant de tâches au FAMP.
* Il faut tenir compte de la phase de démarrage de la TF.

15 Comme déjà dit plus haut, chiffres du 12 février 2021

16 Nous laissons l’année corona 2020 de côté.

Pour la composition effective du portefeuille, nous nous basons sur le tableau suivant17

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | TOT ADVIES | | | | | | | NA ADVIES |
| Jaar instroom | Totaal tot advies | Onderzoek ontvankelijkheid nog te doen | Ontvankelijk - bepalen op te vragen stukken nog te doen | Stukken opgevraagd - interne Med. Anal. (MA) nog te doen | Interne MA gebeurd - Lopende expertise - expertise bepaald en eindrapport nog te nog te organiseren ontvangen | | Eindrapport expertise ontvangen - advies FMO nog te doen | Geschillen en schadeberekening |
|  |  | O | A | B | C | D | E | F |
| 2012 | 3 | *0* | *0* | *0* | *0* | *2* | 1 | 5 |
| 2013 | 35 | *0* | *0* | *2* | *3* | *24* | 6 | 29 |
| 2014 | 50 | *0* | *0* | *1* | *2* | *34* | 13 | 47 |
| 2015 | 82 | *1* | *1* | *3* | *6* | *49* | 22 | 57 |
| 2016 | 227 | *0* | *0* | *51* | *12* | *120* | 44 | 52 |
| 2017 | 293 | *0* | *3* | *93* | 4 | 145 | 48 | 27 |
| 2018 | 420 | *0* | *3* | *348* | 3 | 58 | 8 | 4 |
| 2019 | 405 | *0* | *35* | *328* | 2 | 35 | 5 | 0 |
| 2020 | 325 | *17* | *52* | *248* | 1 | 7 | 0 | 1 |
| 2021 - effectief | 52 | *33* | *18* | *1* | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2021 - geschat (obv gemiddelde 2017-2019) | 432 |  |  | |  | |  |  |
| 2022 - geschat (obv gemiddelde 2017-2019) | 484 |  |  | |  | |  |  |
| 2023 - geschat (obv gemiddelde 2017-2019) | 484 |  |  | |  | |  |  |
| Totaal effectief tot 12 feb. 2021 | 1892 | 51 | 112 | 1075 | 33 | 474 | 147 | 222 |
| TASK FORCE *(totaal 1306 dossiers)* | | | | | | | | |
| Instroom 2012-2015 - kolommen O-D | 120 |  |  | | 11 | 109 |  |  |
| Instroom 2016-2020 - kolommen O-B | 1186 | *18* | *94* | *1074* |  | |  |  |
| Permanent FMO *(totaal 2207 dossiers)* | | | | | | | | |
| Instroom 2012-2023 - kolom F | 222 |  |  | |  | |  | 222 |
| Instroom 2012-2015 - kolom E | 41 |  |  | |  | | 41 |  |
| Instroom 2016-2020 - kolommen C-E | 492 |  |  | | 22 | 365 | 105 |  |
| Instroom 2021-2023 - kolommen O-E | 1452 | *33* | *18* | *1* | 0 | 0 | 0 | 0 |

Sur la base de ce tableau, les dossiers suivants seront en principe attribués à la TF :

* tous les dossiers jusqu’à ceux introduits en 2020 pour lesquels l’analyse médicale interne doit encore être effectuée (donc les colonnes O+A+B ensemble, soit 1186) plus
* tous les dossiers introduits jusqu’à 2015 inclus pour lesquels le rapport final de l’expertise n’a pas encore été reçu (donc les colonnes C+D, soit 120).

Il s’agit au total de 1306 dossiers. Il faut encore retirer 7 dossiers prioritaires de cette somme (ils sont toujours attribués au FAMP), ce qui donne un total de 1299 dossiers. (Pour le calcul des ressources à l’annexe 5.2, nous avons gardé le nombre de 1306. Il s’agit du nombre du tableau ci-dessus, et la différence est négligeable).

17 Chiffres 12 février 2021



**3.3 Répartition dans le temps**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Mois** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** | **18** | **19** | **20** | **21** | **22** | **23** | **24** |
| **Dossiers colonnes O (18) + A (94) + B (1074) = 1186** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| préparatiom à l'envoi (collaborateur administratif)  dossiers remis à un médecin - 3 dossiers par semaine x 10 médecins : production par mois dossiers terminé par un médecin TF  **dossiers terminés cumulés par la TF => geeft aanleiding tot (1) (2) (3) (4)** | 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120  120 120 120 120 120 120 120 120 120 120  **120 240 360 480 600 720 840 960 1080 1200** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **(1) en dessous du seuil de gravité et pas d'indication de responsabilité** | **30 30 30 30 30 30 30 30 30 30** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Terminés par mois - traité et envoi de l'avis sans intervention du FAM** | **30** | | | **30** | **30** | **30** | **30** | **30** | **30** | **30** | **30** | **30** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cumul des dossiers terminés | 30 | | | 60 | 90 | 120 | 150 | 180 | 210 | 240 | 270 | 300 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **(2) en dessous du seuil de gravité et indication de responsabilité (Expertise unilatérale)** | **10** | | | **10** | **10** | **10** | **10** | **10** | **10** | **10** | **10** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Expertise unilatérale (EU) - expertise en cours pendant le mois => donnent lieu à (2a) et (2b) |  | | | 10 | 20 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 20 | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (2a) après expertise: en-dessous du seuil de gravité et pas de responsabilité => envoi avis |  | | |  |  |  | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (2b) après expetise en-dessous du seuil de gravité et indication de responsabilité => audition écrite du responsible et avis (juriste) |  | | |  |  |  |  |  | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |  |  |  |  |  |  |
| **(2a) + (2b) terminés par mois - en-dessous du seuil de gravité après EU (Expertise Unilatérale)** |  | | |  |  |  | **5** | **5** | **10** | **10** | **10** | **10** | **10** | **10** | **10** | **10** | **5** | **5** |  |  |  |  |  |  |
| Cumul des dossiers terminés |  | | |  |  |  | 5 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 95 | 100 |  |  |  |  |  |  |
| **(3) au-dessus du seuil de gravité & visiblement non fondée** (sans liens/etât du patient/échec thérapeutique) | **24** | | | **24** | **24** | **24** | **24** | **24** | **24** | **24** | **24** | **24** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Terminés par mois - demande avis non fondé (juriste)** |  | | | **24** | **24** | **24** | **24** | **24** | **24** | **24** | **24** | **24** | **24** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cumul des dossiers terminés |  | | | 24 | 48 | 72 | 96 | 120 | 144 | 168 | 192 | 216 | 240 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **(4) au-dessus du seuil de gravité & fondé** (Expertise contradictoire) | **56** | | | **56** | **56** | **56** | **56** | **56** | **56** | **56** | **56** | **56** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| terminer la mission d'expertise & designer un expert (médecin interne) |  | | | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| organiser EC (par collaborateur administratif) |  | | | 28 | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 | 28 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| EC en cours ( durée 8 mois) |  | | | 28 | 84 | 140 | 196 | 252 | 308 | 364 | 420 | 448 | 392 | 364 | 308 | 252 | 196 | 140 | 84 | 28 | 0 |  |  |  |
| rapport final disponible |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  | 28 | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 | 28 |  |  |
| avis max 2 mois après rapport expertise |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 28 | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 | 28 |
| **Terminés par mois - avis après EC** |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **28** | **56** | **56** | **56** | **56** | **56** | **56** | **56** | **56** | **56** | **28** |
| Cumul des dossiers terminés |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 84 | 140 | 196 | 252 | 308 | 364 | 420 | 476 | 532 | 560 |
| **Total des dossiers terminés par mois (1) + (2) + (3) + (4)** | **30** | | | **54** | **54** | **54** | **59** | **59** | **64** | **64** | **64** | **64** | **34** | **38** | **66** | **66** | **61** | **61** | **56** | **56** | **56** | **56** | **56** | **28** |
| **Dossiers colonne C (120)** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| réception rapport d'expertise |  | | |  | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Terminés par mois - avis max 2 mois après rapport d'expertise** |  | | |  |  |  | **15** | **15** | **15** | **15** | **15** | **15** | **15** | **15** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cumul des dossiers terminés |  | | |  |  |  | 15 | 30 | 45 | 60 | 75 | 90 | 105 | 120 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Total terminés colonne C** |  | | |  |  |  | **15** | **15** | **15** | **15** | **15** | **15** | **15** | **15** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL DOSSIERS TERMINES jusqu'à l'avis - par mois** | **30** | | | **54** | **54** | **54** | **74** | **74** | **79** | **79** | **79** | **79** | **49** | **53** | **66** | **66** | **61** | **61** | **56** | **56** | **56** | **56** | **56** | **28** |
| TOTAL DOSSIERS TERMINES jusqu'à l'avis - cumulé | 30 | | | 84 | 138 | 192 | 266 | 340 | 419 | 498 | 577 | 656 | 705 | 758 | 824 | 890 | 951 | 1012 | 1068 | 1124 | 1180 | 1236 | 1292 | 1320 |

Ce schéma, qui représente la répartition dans le temps, comprend les points d’attention suivants.

* Le travail des médecins est réalisé au cours des deux premiers semestres. (10 médecins sont mentionnés car nous partons du principe que les 5 ETP sont remplis par 10 médecins à mi-temps).
* Le personnel administratif va directement apporter son soutien aux médecins et activer les dossiers pour lesquels des expertises sont en cours.
* Les expertises externes sont clôturées dans un délai raisonnable.18 Le personnel administratif doit en assurer le suivi.
* Les avis finaux doivent être rédigés rapidement par les juristes, c’est-à-dire rendus dans les deux mois suivant la réception des expertises médicales.

Les indemnités éventuelles de même que leur calcul ont lieu plus tard. Cela se produit dans moins de 20 % des cas. Pour la manière dont nous traitons cette question et la façon dont les estimations des indemnités sont liées au fonctionnement de la TF, voir le point 3.5 ci-dessus et l’annexe 5.1.

**3.4 Ressources nécessaires**

Pour le calcul détaillé des ressources nécessaires, voir l’annexe 5.2.

Si l’on compte qu’il y a 200 jours/homme en ETP annuel , la résorption de l’arriéré implique donc un besoin supplémentaire en ETP annuel au-delà du cadre actuel de :

* 1017 jours/homme médecins = 5 ETP annuels
* 2162 jours/homme personnel administratif – clôturé19 = 12 ETP annuels
* 1959 jours/homme juristes = 10 ETP annuels

Les médecins travaillent comme indépendants et doivent être pleinement déployés la première année, ce qui signifie donc qu’il faut recruter 5 médecins ETP le plus rapidement possible. Étant donné que le but est de donner au personnel administratif et aux juristes un contrat de deux ans, cela correspond donc à 6 ETP personnel administratif et 5 ETP juristes. Le recrutement des juristes est moins urgent que celui du personnel administratif.

18 Actuellement, une expertise externe contradictoire dure en moyenne 8 mois. Une expertise externe unilatérale dure en moyenne 3 mois.

19 Nous estimons ici le risque à la hausse.

**3.5 Mobilisation des ressources : élaboration en pratique et impact budgettaire.**

**a) Le Task Force Manager**

Ce dernier sera recruté à court terme (le plus rapidement possible).

* Il ou elle a de préférence un profil senior, a obtenu un master et a un savoir-faire avéré dans la conduite de grands projets et le suivi des flux.
* Il doit pouvoir travailler dans un environnement qui n’est pas toujours très flexible et avoir de bonnes compétences bilingues.
* Il est un dépanneur
* Il sera de préférence recruté dans un environnement garantissant la qualité (via une entreprise de consultance réputée).
* Il s’engage en principe pour deux ans.
* Le coût estimé est de 1500 euros par jour presté, ce qui correspond à 0,6 million d’euros pour deux ans.

**b) Les médecins**

Ces médecins doivent au moins être familiarisés avec l’évaluation des dommages humains. Nous songeons ici aux médecins récemment retraités de l’INAMI, de compagnies d’assurances… Pour le recrutement de ces médecins, on opte pour d’autres pistes, telles que certaines conventions (cf. expert unique sans cahier des charges). Ces médecins ne sont en principe nécessaires que pendant la première année de la TF. Au vu des compétences spécifiques et de la situation de ces médecins, nous travaillerons avec un pool de médecins (sans doute 10 mi-temps, cf. également tableau au point 3.3). L’estimation approximative des coûts du fonctionnement des médecins engagés s’élève à environ 1,3 million d’euros.20

**c) Les experts externes**

Nous espérons que nous continuerons à disposer d’un nombre suffisant d’experts. En effet, par rapport au nombre plus élevé de dossiers traités, on aura beaucoup moins recours à des experts externes. Le nombre d’expertises contradictoires diminuera de façon considérable.

* Des expertises contradictoires n’auront lieu que dans 50 % des dossiers environ (seuil de gravité atteint et non manifestement infondé). Sur la base du tableau, une expertise unilatérale est nécessaire dans 8 % des dossiers (seuil de gravité atteint et indications de responsabilité).
* Dans le passé, sur la base des données de 2019, environ 85 % des expertises étaient contradictoires, et une expertise était réalisée dans presque chaque dossier.
* Pour les dossiers sans indication de seuil de gravité et sans indication de responsabilité (environ 25 % des dossiers), aucune expertise n’est nécessaire en dehors de l’évaluation médicale initiale. Pour les autres dossiers, il est fait appel à des médecins internes, et une expertise unilatérale sera éventuellement organisée.

Le marché public « experts externes » est en cours de renouvellement et sera à nouveau attribué en mai-juin 2021. Le FAM a fait la publicité nécessaire à cet égard lors de la publication du cahier des charges. Il a été publié le 5 février, et les inscriptions sont encore ouvertes jusque début mars.

20 Questionnaires : 100 EUR par questionnaire complété reçu : 1 186 x 100 = 118 600 EUR. Analyse seuil de gravité et indication responsabilité : en moyenne 3 heures par dossier pour 1 186 dossiers : entre 300 et 600 EUR par dossier

= 1 186\*450 = 533 700 EUR. La deuxième analyse en l’occurrence requiert davantage d’expertise, raison pour laquelle 3 à 4 heures entre 600 et 800 EUR : 1 186\*0.75\*700 = 622 650 EUR.

**d) Le personnel administratif**

Les 12 ETP annuels personnel administratif peuvent être recrutés rapidement sur la base d’une convention de premier emploi, éventuellement en consultant la réserve de recrutement de Selor. Le coût annuel d’un niveau B ETP est de 54 500 euros. Ces profils B effectueront à peu près le même travail que les gestionnaires de dossiers à l’heure actuelle. Cela représente un coût total estimé à environ 0,7 million d’euros (réparti sur deux ans donc).

**e) Les juristes**

Les 10 juristes ETP/an peuvent être recrutés de la même manière que le personnel administratif. Ils représentent un coût annuel de 66 072 euros. Cela équivaut donc à un coût total estimé à environ 0,7 million d’euros (réparti sur deux ans).

**f) Indemnisations**

L'accélération de la résorption de l'arriéré se traduira, bien entendu, par une augmentation des indemnités versées. Sur la base des constatations antérieures relatives au rapport entre les dossiers menés à bien et les indemnités versées, et d'un montant moyen de 150 000 euros, cela correspond à un montant supplémentaire total de 30,3 millions d'euros. Les recouvrements éventuels sont extrêmement difficiles à quantifier et ne seront pas réalisés au cours de cette période, compte tenu des délais liés à la procédure devant la juridiction.

La répartition dans le temps associée au schéma du traitement des dossiers (cf. annexe 5.1 pour le raisonnement sous-jacent) est la suivante.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Maand** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** | **18** | **19** | **20** | **21** | **22** | **23** | **24** | **25** | **26** | **27** | **TOT.** |
| **vergoedbare schade aantal dossiers**  eerste voorstel  **Uit te betalen bedrag in 0,15 mln euro per dossier** | 4 | | | | | | | 4 | 4 | 4  4  **0,6** | 4  4  **0,6** | 4  4  **0,6** | 4  4  **0,6** | 13  4  **0,6** | 17  4  **0,6** | 17  4  **0,6** | 17  13  **1,95** | 17  17  **2,55** | 17  17  **2,55** | 17  17  **2,55** | 17  17  **2,55** | 17  17  **2,55** | 17  17  **2,55** | 8  17  **2,55** | 17  **2,55** | 17  **2,55** | 8  **1,2** | 202  **30,3** |

**g) Divers**

* Avant l’ouverture d’une procédure de récupération, le juriste du FAMP communiquera la stratégie du FAM et les pièces pertinentes. Le rôle du juriste du FAMP se limitera à communiquer la position du FAM dans le dossier concerné, à lire les conclusions et à analyser le résumé des avocats afin d’évaluer l’opportunité de faire appel. Une concertation mensuelle peut être organisée avec les avocats externes pour discuter de litiges problématiques éventuels.
* L’impact de la crise du coronavirus sur les demandes adressées au FAM est imprécis mais probablement restreint.. En 2020, le FAM a constaté une légère diminution du nombre de demandes. Comme les soins dispensés ont été moins nombreux en 2020 en raison de la pandémie, il est possible que les demandes soient moins nombreuses dans les années à venir. Les dossiers relatifs à des reports de soins sont encore très rares à ce jour, mais des demandes peuvent encore être introduites pendant longtemps. La pandémie a eu un impact sur le déroulement des expertises : certaines personnes vulnérables ont refusé de participer, les vidéoconférences ne sont pas toujours possibles dans le cadre d’une expertise contradictoire.

**3.6 Risques et suivi**

Les principaux risques concernant l’implémentation du fonctionnement de cette TF sont les suivants :

* Il est plus difficile que prévu de trouver des personnes qualifiées. La formation des collaborateurs recrutés dure sans doute plus longtemps que prévu.
* Les ressources nécessaires semblent sous-estimées.
* De nombreux dossiers sont difficiles à traiter et demandent donc beaucoup plus d'efforts que prévu (par exemple en raison d’une impasse entre les parties, d'experts réticents).
* L’afflux de dossiers peut augmenter fortement. L’impact du Corona est très incertain. (Les premiers signes indiquent effectivement une diminution du nombre de demandes).

Il est donc impératif qu'il y ait un suivi chiffré précis de l'avancement de tous les dossiers.

* Cela concerne tant les activités de la TF que du FAMP. Il s’agit donc à la fois de la résorption de l’arriéré et de l’avancement des dossiers en cours. L'impact de la nouvelle façon de travailler sur le FAMP est également suivi rigoureusement.
* Cela existe déjà dans une certaine mesure, mais doit être davantage mis au point. Il s’agit d’un outil de base dans la gestion globale du FAM.

# 4 Modifications de la loi possibles

**4.1 Généralités**

Les points 2 et 3 qui précèdent peuvent être réalisés sans aucune modification de la loi. Dans la pratique, la LAM est considérée comme légitime et opérationnelle pour atteindre l'objectif social visé. Il n'est pas nécessaire de procéder à une révision fondamentale. Cela compliquerait d’ailleurs énormément le fonctionnement du FAM. Il faudrait alors travailler pendant plusieurs années avec deux systèmes en parallèle.

Il y a cependant quelques points qui pourraient être améliorés d’un point de vue technique afin de rendre l'OMM plus opérationnelle et plus à jour, notamment en termes de clarté et de meilleure communication avec le demandeur.

**4.2 Propositions éventuelles**

**a) Demande électronique et communication électronique**

Le FAM veut permettre l'introduction d'une demande électronique via un formulaire en ligne et faire en sorte que toutes les communications en provenance et à destination du FAM se fassent par voie électronique. Dans sa version actuelle, la loi prévoit uniquement une demande par lettre recommandée à la poste. Il convient donc d’apporter certaines adaptations techniques au texte de loi. Pour plus de détails, cf. annexe 5.4.

**b) Article 13 - lien avec les affaires pénales**

# Proposition d’ajout du texte souligné

§ 1er. L'envoi de la demande visée à l'article 12, suspend de plein droit l'examen et le jugement des actions civiles relatives à cet accident médical intentées devant les juridictions de l'ordre judiciaire, jusqu'au lendemain du jour où :

1° le demandeur accepte une offre définitive d'indemnisation soit du Fonds, soit du prestataire de soins, soit de l'assureur de ce dernier ;

2° le demandeur refuse une offre d'indemnisation, provisionnelle ou définitive, soit du Fonds, soit du prestataire de soins, soit de l'assureur de ce dernier ; 3° le Fonds notifie au demandeur un avis par lequel il estime que les conditions prévues par les articles 4 et 5 ne sont pas remplies ;

4° le demandeur notifie au Fonds sa volonté de mettre un terme à la procédure devant le Fonds.

§ 2. La prescription des actions civiles relatives à cet accident médical est suspendue aux mêmes conditions.

§ 3. L'introduction d'une action judiciaire relative à cet accident médical suspend la prescription de l'action auprès du Fonds ou contre celui-ci.

§ 4. Si une procédure pénale a été ouverte pour les mêmes faits que cet accident médical, l’examen de la demande visée à l’article 12 est suspendu par le Fonds jusqu’au lendemain du jour où le Fonds est informé du fait que la procédure pénale a pris fin par une décision de classement sans suite, une décision de non-lieu, un jugement ou arrêt correctionnel coulé en force de chose jugée.

# Motivation

La situation dans laquelle une demande d’avis est introduite auprès du Fonds alors que l’action pénale est en mouvement au niveau de la phase d’information,

d’instruction ou de jugement, n’est pas précisément réglée par l’article 13. L'exposé des motifs de la loi nous éclaire sur cette question

en précisant que la règle fixée à l'article 13, § 1er, « s’applique également aux actions civiles introduites dans le cadre

d'une procédure pénale ». L'article 4, alinéa 2, du titre préliminaire du Code de procédure pénale stipule en effet ce qui suit : « Le juge

saisi de l'action publique réserve d'office les intérêts civils, même en l'absence de constitution de partie civile, si la cause

n'est pas en état d'être jugée quant à ces intérêts. ». Lorsqu'une demande est en instance auprès du Fonds, il faut partir du principe que l'affaire

n'est pas en état d'être jugée quant aux intérêts civils. » 23 [[1]](#endnote-1)

Compte tenu de l'exposé des motifs, seul l'examen des intérêts civils dans le cadre d'une procédure pénale doit être suspendu,

dans l'hypothèse où une demande a été introduite auprès du Fonds. Par conséquent, il pourrait se présenter la situation dans laquelle le Fonds poursuive le traitement

de la demande d’avis introduite auprès de lui, retienne l’existence d’une responsabilité civile dans le chef d’un prestataire de soins et indemnise le ou les demandeur(s),

alors même qu’une procédure pénale est en cours et que le juge pénal pourrait estimer, à l’issue de celle-ci, qu’aucune infraction n’est établie. 24

Dans cette hypothèse, le Fonds pourrait être amené à supporter la charge financière de sa décision, sans possibilité de récupération auprès des juridictions civiles

en vertu du principe de l’autorité de chose jugée du pénal sur le civil.

Cette adaptation supprimera ainsi notamment le risque de voir apparaître des décisions contradictoires.

Force est de constater que lorsqu'une affaire pénale est en cours, le prestataire de soins ne collabore souvent pas à la procédure simultanément en cours devant le FAM.

Les possibilités dont dispose le FAM (notamment l'art. 15 LAM) pour réclamer des justificatifs et des informations ne sont en rien comparables à celles du Parquet.

Si la procédure devant le FAM est poursuivie dans ce cas, elle pourrait être préjudiciable au demandeur. Le Fonds ne peut en effet conclure à une éventuelle responsabilité que sur la base des pièces qui lui sont soumises. Toutefois, lorsque le prestataire de soins ne collabore pas à la procédure devant le FAM, le risque existe que le FAM, tenu par les délais légaux, doive délivrer un avis sans disposer de toutes les informations. Ceci peut s'avérer préjudiciable au

demandeur/patient.

**c) Art 23 - resserrement du délai de recours devant un tribunal civil suite à un avis du FAM**

# Voorstel toevoeging onderlijnde tekst23

« Si, dans son avis, le Fonds conclut qu’il n’y a pas lieu à indemnisation en vertu de l'article 4, 1°, ou 2° ou 3°, le demandeur qui conteste l’avis du FAM  
 peut, à peine de déchéance, intenter dans l’année qui suit la notification de l’avis, conformément au Code judiciaire, une action contre le Fonds  
 afin d'obtenir du FAM les indemnités auxquelles il prétend avoir droit en vertu de la présente loi. Cette action ne porte pas préjudice aux actions de droit commun  
 du demandeur contre le prestataire responsable ou son assureur ».

21 Exposé des motifs, *Doc.parl*. Chambre, 2009-2010, 2240/001, p. 53

22 G. Schamps, « Le Fonds des accidents médicaux et l’indemnisation des dommages résultant de soins de santé », *R.G.A.R*., 2014/1, p. 15035, 12 ; Th. Vansweevelt, *La responsabilité des professionnels de la santé*, Waterloo, Wolters Kluwer, 2015, p. 259 ; Th. Vansweevelt, “De aansprakelijkheid van de arts en het ziekenhuis voor eigen gedrag”, Th. Vansweevelt en F. Dewallens (eds.), *Handboek Gezondheidsrecht, I*, Antwerpen, *Intersentia*, 2014, pp. 1641-1642; I. Boone, “De verhouding tussen het aansprakelijkheidsrecht en de vergoeding door het Fonds voor Medische Ongevallen”,

I. Boone en S. Lierman (eds.), *Vergoeding van slachtoffers van medische ongevallen*, Antwerpen, Intersentia, 2011, pp. 61-84.

23 Par analogie avec l'article 27 de la LAM, qui fait référence à des délais fixes pour introduire un recours (après une proposition d'indemnisation).

Ou (proposition alternative Virginie Gauché, version adaptée) :

« Si, dans son avis, le Fonds conclut qu’il n’y a pas lieu à indemnisation en vertu de l'article 4, 1°, ou 2° ou 3°, le demandeur qui conteste l’avis du FAM peut, à peine de déchéance, intenter dans l’année qui suit la notification de l’avis, conformément au Code judiciaire, une action contre le Fonds afin d'obtenir du FAM les indemnités auxquelles il prétend avoir droit en vertu de la présente loi. Cette action ne porte pas préjudice aux actions de droit commun du demandeur contre le prestataire responsable ou son assureur »

# Motivation

L’art. 2, 4°, de la loi relative à la publicité de l’administration24 stipule que l'administration, dans le cas présent le Fonds, doit indiquer les voies éventuelles de recours ainsi que les instances compétentes pour prendre connaissance du recours. Actuellement il n’y a aucune précision dans la loi relative aux accidents médicaux concernant le délai pour introduire un recours contre le Fonds après avis. Afin de mettre un terme à cette incertitude en matière de droit, une modification de l’article 23 de la loi relative aux accidents médicaux s’impose.

Cette proposition offre plusieurs avantages :

- Un délai unique et identique pour tous les demandeurs insatisfaits des avis du Fonds qui ne donnent pas lieu à une indemnisation

- Un point de départ du délai de recours certain, à savoir la date de la notification de l’avis

- Une communication claire et précise des délais de recours par l’administration dans le cadre de la notification de ses avis

conformément à l’article 2, alinéa 4, de la loi du 11 avril 1994 relative à la publicité de l’administration

24 « *En vue de fournir au public une information claire et objective sur les actions des autorités administratives fédérales (...) tout document par lequel une décision ou un acte administratif à portée individuelle émanant d'une autorité administrative fédérale est notifié à un administré mentionne les éventuelles possibilités de recours, les instances auprès desquelles le recours doit être introduit et les formes et*

*délais en vigueur ; à défaut, le délai de prescription pour l’introduction d'un recours ne commence pas à courir ».*

# 5 ANNEXES

**5.1 Task force – raisonnement sous-jacent de l’impact des indemnisations**

Après avoir rendu leur avis, les juristes du FAM devront encore consacrer un temps substantiel pour accomplir deux étapes dans certains dossiers : le calcul du dommage et le suivi de la procédure de récupération devant le tribunal (lecture des conclusions des avocats, etc.). Des indemnisations doivent être associées à l’objectif formulé d’atteindre une production de 1 300 dossiers en plus du tempo normal. Cela implique non seulement un investissement en temps pour le calcul, mais aussi une incidence budgétaire en raison du paiement même.

À la lumière des données du passé, il n’est possible que dans 17 % des dossiers de payer une indemnisation par le FAM (responsabilité supérieure au seuil de gravité de 10 % et MOZA 7 %). Dans les dossiers avec responsabilité, la compagnie d'assurance accepte la responsabilité dans 1/3 des cas (donc 1/3 de 10 %) et procède à une indemnisation. Par conséquent, le FAM doit indemniser dans 14 % des dossiers (7 % Moza et 7 % responsabilité) 25. Dans la moitié de ces dossiers, une procédure de récupération devant le tribunal est éventuellement nécessaire, en raison de la responsabilité.

Eu égard à la complexité des calculs des dommages, ceux-ci doivent être effectués par des juristes du FAMP. Une estimation sur la base des statistiques du FAM suggère que pour la Task force, il faudra effectuer environ 200 calculs de dommages26 pour les dossiers encore en cours (en plus de la production normale). Cela peut être intégré dans l’ensemble de tâches des juristes actuels du FAM. Si nécessaire, le FAM peut faire appel aux avocats externes avec lesquels il collabore. (La préférence reste néanmoins au calcul en interne, afin de conserver les connaissances en interne et de veiller à l’uniformité.)

L’indemnisation totale de ces 180 dossiers, avec une indemnité moyenne calculée de 150 000 EUR revient à un montant d’indemnisations d’environ 30,3 millions d’EUR en plus du montant normal. Naturellement, les indemnisations ne sont payées qu’après les avis. Le temps de parcours pour un MOZA est de 6,5 mois et pour un dossier avec responsabilité de 11 mois. De ce fait, le premier impact ne sera visible qu’à la fin de l’année 2021. Pour 2021, le budget des missions prévoit un montant de 12,8 millions d’EUR. À titre d'information : en 2020, près de 9 millions d’EUR ont été consacrés aux indemnisations.

25 Ces pourcentages sont basés sur des chriffres-DAMO. Cette répartition est le résultat des avis émis après avril 2017. Ces donnés s’écartent légèrement des données reprises dans le poitn 1.2 qui comportent tous les dossiers depuis le début.

26 Nous avons dit plus haut que nous devons résorber le retard de 1 300 dossiers en plus de la production normale. 14 % de ces 1 300 dossiers correspond à 182 dossiers. Le calcul un peu plus précis dans le schéma (où la situation est également prise en compte dans le processus) donne 202. Tout cela reste des estimations.

**5.2 Task force – Calcul des ressources requises**

Pour déterminer les besoins nécessaires en personnel, nous devons faire une distinction en fonction de l'étape du processus à laquelle les dossiers se trouvent. Pour chacune de ces étapes, nous analysons les besoins en temps de traitement interne au FAM, par fonction. Nous suivons en l’occurrence la répartition par colonne du tableau du point 5.1.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Description*** | ***Mesure à prendre*** | ***Temps de traitement par du personnel du FAM*** |
| *Étape 1*  *(= préparer le passage à la colonne C)* | * Contrôler les pièces, les compléter, envoyer le questionnaire * Effectuer la première et, éventuellement, la deuxième analyse interne | * *Administration* : 4 heures par dossier * *Médecin* : 6 heures par dossier27 |
| *Étape 2*  *(= préparer le passage à la colonne E)* | * Suivi strict de l'expertise, terminé (réparti dans le temps : suivi des médecins, intervention en cas de retards) | * *Administration* : 1 jour par dossier |
| *Étape 3*  *(= préparer la clôture)* | * Analyse du rapport préliminaire et du rapport d'expertise par un juriste, concertation avec des médecins e. a. | * *Juriste : 1,5 jour* par dossier (en moyenne28) * *Administration* : lettre pas d’intervention par dossier 0,50 jour (30 % des cas) donne pour cette étape en moyenne par dossier *0,15 jour* |

Les dossiers pour lesquels la deuxième analyse interne n'a pas encore été effectuée doivent passer par toutes les étapes, les deux autres par une étape de moins. Ainsi, nous déterminons, sur la base de la durée de traitement, le nombre d’ETP total nécessaire pour combler le retard. C'est évidemment une approche très approximative mais elle donne quand même des points de repère.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Description*** | ***Nombre de départ*** | ***ETP nécessaires Étape 1*** | ***ETP nécessaires Étape 2*** | ***ETP nécessaires Étape 3*** |
| Pas encore de 2e analyse interne (colonnes A + B) | 1 186 | Médecin 7 116 heures/1 017 jours.  Admin. 4 744 heures29/678 jours30 | Admin. 1 186 jours31 | Juriste 1 779 jours32  Admin. 178 jours |
| Expertise externe en cours (colonnes C + D) | 120 | 0 | Admin. 120 jours | Juriste 180 jours Admin. aucun |
| Avis encore à rédiger (colonne E) | 0 | 0 | 0 | 0 |
| *Total* |  | *Médecin 1 017 jours*  *Admin. 678 jours* | *Admin. 1 306 jours* | *Juriste 1 959 jours*  *Admin. 178 jours* |

27 Première analyse interne : analyse de 3 heures (100 % des cas). Deuxième analyse interne : également analyse de 3 heures (75 % des cas). Moyenne pondérée : 5,25 heures. Arrondi à 6 heures.

28 Cf. tableau en 1.1. Dans 30 % des demandes, on reçoit une simple lettre (pas d’intervention d’un juriste). Dans 20 % des demandes, il y a un bref avis (calculé à 1 jour) et dans 50 % des demandes il y a un avis à part entière (calculé à 3 jours). En moyenne, cela fait 1,7 jour par demande, que nous arrondissons à 1,5 jour. (Les juristes du Fonds rédigent en moyenne environ 40 avis par an, ce qui revient donc à 5 jours par avis. Ils combinent cela avec d’autres tâches, comme le calcul du dommage et le suivi des litiges). Nous supposons que les juristes PEP qui seront engagés pour la TF pourront rédiger 60 avis complets par an, vu qu’ils ne devront faire que cela. Cela revient à en moyenne un avis complet en trois jours.

29 Cela équivaut donc à 1 186 dossiers x le temps de traitement de 4 heures par dossier. Les autres calculs sont analogues.

30 Pour un jour, nous prenons 7 heures en compte.

31 Il s’agit donc des 1 186 dossiers x 1 jour

32 Il s’agit donc des 1 186 dossiers x 1,5 jour

**5.3 Task force – Actions concrètes pour le lancement au premier semestre de 2021**

**a) Nouvelle procédure implémentation lancement 1er mars 2021**

La mise en route et l’implémentation de la nouvelle méthode de travail sont réalisées par l’équipe existante. Cela servira également de base pour les procédures pour la Task force.

En attendant, les expertises en cours sont poursuivies.

* À l’exception d’un suivi minutieux, il n’y a pas d’intervention du FAM.
* Une fois qu’il y a un rapport d’expertise, le dossier est finalisé cf. tableau au point 1.1.
* Les gestionnaires de dossiers continuent de traiter les dossiers en phase 1 (recevabilité sur la base de l’art. 12), en prêtant attention à partir du jour 1 aux éléments suivants : dossier médical/renseignements incapacité de travail/questionnaire.
* Des dossiers peuvent toujours devenir prioritaires.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Calendrier** | **Quoi** | **Qui** |  | **Finalisation** |
| Février | Informations tous les collaborateurs FAM | MH | Diffusion note |  |
| Lancement groupe de travail | MH+SP+HL+AR | Élaboration étapes nouvelles procédures | Février |
| DAMO | IT + SS + RD | Adaptation DAMO | Avril |
| Préparation documents | SP MH | Template lettre pas d'intervention du FAM Questionnaire   * Rédaction du questionnaire NL/FR * Modèle facture * Lettre d’accompagnement | Février |
| Analyse dossiers | AR | Contrôle : infos disponibles dans les dossiers   * Dossiers nouvelle approche dès le début : dossier médical/info OA < 65a + questionnaire 1 * Dossiers nouvelle approche après phase 1 | Fin mars |
| AR et SP | introduction nouvelle approche pour dossiers dans expertise en cours  - Clôture avec lettre  Clôture avec avis éventuellement après CMJ | Mars |
| Communication | MS et HL  MS et AR | Sur le site INAMI questionnaire et instructions  Adaptation formulaire de demande (dossier médical, info OA) | Février |
| Mars |  | AR + HL | Lancement nouvelle procédure avec envoi des premiers questionnaires et des demandes dossier médical et info OA pour les nouveaux dossiers |  |
| Juin |  | MH+SP+AR+HL | Évaluation de la nouvelle façon de travailler |  |

**b) Constitution de la Task force**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Calendrier** | **Qui** | **Quoi** |
| Février | RH | Approbation ouverture des emplois gestionnaires de dossier PEP 3 NL/3 FR  Description de fonction gestionnaire de dossiers au RH via convention de premier emploi |
| RH | Publication/offre d’emploi sur le site web INAMI et autres canaux 3 semaines Planning procédure de sélection – composition du jury |
| HL = MH | Mission et modèle de collaboration médecin externe (analyse gravité et indication responsabilité) |
|  | Contacts pour recrutement de médecins via circuit alternatif   * Contacts * E-mails * Organismes assureurs Pensionnés INAMI – Courriel à RH (RGPD) |
| IT +SS | Solution technique : info à disposition des médecins externes (Tresorit) lien médecin/dossier |
|  | Replay demandes de renseignements et contact actif avec candidats médecins |
| Mars |  | Informations/directives aux médecins |
| HR+ AR et MH | Fin de publication offre d’emploi gestionnaires de dossiers  Planning de la procédure de sélection – planification des interviews : 4 demi-jours par régime linguistique. Publication offre d’emploi |
| HR + AR + MH | Interviews gestionnaires de dossiers |
| Avril |  | 1re entrée en service gestionnaires de dossiers et début formation |
|  | Début analyse du retard des dossiers |
| Mai |  | 2e entrée en service gestionnaires de dossiers et début formation |
|  | Premier envoi dossiers aux médecins analyse 1 |
|  | Réception premiers dossiers de médecins analyse 1 |
|  |  | Ouverture des emplois juristes premier emploi 3 NL/3 FR |
| Août |  | Publication/offre d’emploi sur le site web INAMI et autres canaux 3 semaines Planning procédure de sélection – composition du jury |
| Septembre |  | Interview juristes PEP |
| Novembre |  | Entrée en service juristes et formation |

**5.4 Proposition de modifications de la loi au sujet de la demande électronique et des informations électroniques – élaboration détaillée**

|  |  |
| --- | --- |
| **Chapitre - modifications à la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé** | **Hoofdstuk – wijzigingen van de wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg** |
| **2020/023am** | **2020/023am** |
|  |  |
| **Art. X.** L’article 2 de la loi du 31 mars 2010 relative à l’indemnisation des dommages résultant de soins de santé est complété par la disposition sous 12°, rédigé comme suit : | **Art. X.** Artikel 2 van de wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg wordt aangevuld met de bepaling onder 12°, luidende: |
| “12° " envoi recommandé ” : l’envoi conformément à l’article 27 de la loi du 26  janvier 2018 relative aux services postaux." | “12° “ aangetekende zending ” : de zending overeenkomstig artikel 27 van de wet van 26 januari 2018 betreffende de postdiensten.” |
| **Art. X+1.** À l’article 12 de la même loi, les modifications suivantes sont apportées : | **Art. X+1.** In artikel 12 van dezelfde wet worden de volgende wijzigingen aangebracht: |
| 1° Au paragraphe premier, les mots "par lettre recommandée à la poste" sont remplacés par les mots "soit par envoi recommandé, soit par formulaire électronique en ligne, mis à disposition par le Fonds et complété suivant les directives y énoncées". | 1° In de eerste paragraaf worden de woorden “bij een ter post aangetekende brief” vervangen door de woorden “hetzij bij aangetekende zending, hetzij door middel van een elektronisch online formulier, ter beschikking gesteld door het Fonds, en ingevuld volgens de richtlijnen die erin voorkomen”; |
| 2° Au paragraphe 2, les mots "lettre recommandée" sont remplacés par le mot "demande". | 2° In de tweede paragraaf worden de woorden “aangetekende brief” vervangen door het woord “aanvraag”. |
| **Art. X+2.** À l’article 15 de la même loi, les modifications suivantes sont apportées : | **Art. X+2.** In artikel 15 van dezelfde wet, worden de volgende wijzigingen aangebracht: |
| 1° À l’alinéa 6, les mots "par courrier recommandé à la poste" sont remplacés par les mots "par envoi recommandé"; | 1° In het zesde lid worden de woorden “een ter post aangetekende brief” vervangen door de woorden “aangetekende zending”; |
| 2° Au dernier alinéa, les mots "sous pli recommandé à la poste" sont remplacés par les mots "par envoi recommandé". | 2° In het laatste lid worden de woorden “een ter post aangetekend schrijven” vervangen door de woorden “aangetekende zending”. |
| **Art. X+3.** À l’article 17, § 4, alinéa 2, de la même loi, les mots "par lettre recommandée à la poste" sont remplacés par les mots "par envoi recommandé". | **Art. X+3.** In artikel 17, § 4, tweede lid, van dezelfde wet, worden de woorden “een ter post aangetekende brief” vervangen door de woorden “aangetekende zending”. |
| **Art. X+4.** À l’article 22, alinéa premier, de la même loi, les mots "sous pli  recommandé à la poste" sont remplacés par les mots "par envoi recommandé". | **Art. X+4.** In artikel 22, eerste lid, van dezelfde wet, worden de woorden “een ter post aangetekende brief” vervangen door de woorden “aangetekende zending”. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Art. X+5** À l’article 25, § 1er, de la même loi, les modifications suivantes sont apportées : | **Art. X+5.** In artikel 25, §1, van dezelfde wet worden de volgende wijzigingen aangebracht: |
| 1° Au premier alinéa, les mots "sous pli recommandé à la poste" sont remplacés par les mots "par envoi recommandé" ; | 1° In het eerste lid, worden de woorden ”een ter post aangetekende brief” vervangen door de woorden “aangetekende zending”; |
| 2° À l’alinéa 2, les mots "sous pli recommandé à la poste" sont remplacés par les mots "par envoi recommandé" ; | 2° In het tweede lid, worden de woorden “een ter post aangetekende brief” vervangen door de woorden “aangetekende zending”; |
| 3° À l’alinéa 3, les mots "sous pli recommandé à la poste" sont remplacés par les mots "par envoi recommandé" ; | 3° In het derde lid, worden de woorden “een ter post aangetekende brief” vervangen door de woorden “aangetekende zending”; |
| 4° À l’alinéa 4, les mots "sous pli recommandé à la poste" sont remplacés par les mots "par envoi recommandé". | 4° In het vierde lid, worden de woorden “een ter post aangetekende brief” vervangen door de woorden “aangetekende zending”. |
| **Art. X+6.** À l’article 26 de la même loi, les modifications suivantes sont apportées : | **Art. X+6.** In artikel 26 van dezelfde wet worden de volgende wijzigingen aangebracht: |
| 1° Au paragraphe 1er, alinéa 2, les mots "par lettre recommandée à la poste" sont remplacés par les mots "par envoi recommandé" ; | 1° In paragraaf 1, tweede lid, worden de woorden “een ter post aangetekende brief”, vervangen door de woorden “aangetekende zending”; |
| 2° Au paragraphe 2, alinéa 3, les mots "par lettre recommandée à la poste" sont remplacés par les mots "par envoi recommandé". | 2° In paragraaf 2, derde lid, worden de woorden “een ter post aangetekende brief” vervangen door de woorden “aangetekende zending”. |
| **Article X+7.** À l’article 29, alinéa 2, de la même loi, les mots "par lettre  recommandée" sont remplacés par les mots "par envoi recommandé". | **Artikel X+7.** In artikel 29, tweede lid, van dezelfde wet worden de woorden “een ter post aangetekend schrijven” vervangen door de woorden “aangetekende zending”. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Chapitre – modifications à la loi du 31 mars 2010 relative à l’indemnisation des**  **dommages résultant de soins de santé** | **Hoofdstuk – wijzigingen van de wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg** |
| **2020/023am** | **2020/023am** |
| **Section X+ Le Fonds des accidents médicaux** | **Afdeling X + Fonds voor de medische ongevallen** |
| Étant donné que le gouvernement poursuit ses efforts de modernisation et de numérisation, il est désormais également prévu, dans le cadre du Fonds des accidents médicaux, de fournir un formulaire de demande numérique et d'envoyer des lettres recommandées sous forme numérique de manière accessible et sûre.  La modification de la loi prévoit également de remplacer les termes « lettre recommandée à la poste », « courrier recommandé à la poste » ou « pli recommandé à la poste » par la formulation « envoi recommandé », comme prévu à l'article 27 de la loi du 26 janvier 2018 relative aux services postaux, afin de ne pas donner l'impression que seul le courrier recommandé sur papier est possible ou autorisé. | Gelet op het feit dat de overheid verder blijft inzetten op modernisering en digitalisering is het nu ook de bedoeling om, binnen het Fonds voor de medische ongevallen, te voorzien in een digitaal aanvraagformulier en het digitaal verzenden van aangetekende brieven op een toegankelijke en veilige manier.  De wetswijziging voorziet om die redenen in het vervangen van de termen “ter post aangetekende brief” of “ter post aangetekend schrijven” door de formulering “aangetekende zending”, zoals bepaald in artikel 27 van de wet van 26 januari 2018 betreffende postdiensten, teneinde niet de indruk te wekken dat enkel aangetekende zendingen op papier mogelijk of toegestaan zijn. |
| **Art. X.** Cette disposition a pour objectif de clarifier ce que l'on entend par « envoi recommandé ». | **Art. X.** Deze bepaling heeft tot doel om te verduidelijken wat er wordt verstaan onder  “aangetekende zending”. |
| **Art. X+1.** Cette disposition vise à étendre les modalités d'introduction d'une demande par le patient, ses représentants ou ses ayants droit, telles que prévues à l'article 12 de la loi du 31 mars 2010 relative à l’indemnisation des dommages résultant de soins de santé (ci-après appelée la loi), et à rendre possible l'introduction d'une telle demande au moyen d'un formulaire électronique en ligne. En vertu de l'article actuel, la procédure auprès du Fonds débute au moment de l’introduction d’une demande par lettre recommandée à la poste. La modification permet de soumettre également une demande au Fonds par voie électronique afin de pouvoir entamer une procédure de manière simple et efficace. | **Art. X+1.** Deze bepaling heeft tot doel om de wijze tot het indienen van een aanvraag door de patiënt, door zijn vertegenwoordiger of door zijn rechthebbenden, zoals bepaald in artikel 12 van de wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg (hierna de wet), uit te breiden en eveneens mogelijk te maken via een elektronisch online formulier. Volgens het huidige artikel neemt de procedure bij het Fonds een aanvang bij het indienen van een aanvraag bij een ter post aangetekende brief. Deze wijziging maakt het mogelijk om ook op elektronische wijze een aanvraag bij het Fonds in te dienen, teneinde een procedure op een eenvoudige en doeltreffende wijze te kunnen starten. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Art. X+2.** Cette modification terminologique a pour but de préciser que le courrier recommandé sur papier n'est pas le seul courrier autorisé ou possible. En vertu de l'actuel article 15 de la loi, la correspondance, telle que prévue au sixième alinéa, doit être envoyée « par courrier recommandé à la poste » et au dernier paragraphe  « par pli recommandé à la poste ». Afin d'éviter toute confusion à cet égard, la formulation « par envoi recommandé » est préférable. | **Art. X+2.** Deze wijziging inzake de terminologie heeft tot doel om te verduidelijken dat niet enkel aangetekende zendingen op papier toegestaan of mogelijk zijn. Volgens het huidig artikel 15 van de wet dient de briefwisseling, zoals bepaald in het zesde lid te gebeuren via “een ter post aangetekende brief” en in het laatste lid, via “een ter post aangetekend schrijven”. Teneinde verwarring hieromtrent te vermijden wordt de voorkeur gegeven aan de formulering “aangetekende zending”. |
| **Art. X+3.** Cette modification terminologique a pour but de préciser que la correspondance recommandée sur papier n’est pas la seule autorisée ou possible afin, en cas de demande de récusation de l'expert, comme le prévoit l'art. 17, § 4 de la loi, de communiquer cette demande aux autres parties et à l'expert dont la récusation est demandée. Afin d'éviter toute confusion à cet égard, il est préférable d'utiliser la formulation « par envoi recommandé » au lieu de la formulation « par lettre recommandée à la poste ». | **Art. X+3.** Deze wijziging inzake de terminologie heeft tot doel om te verduidelijken dat niet enkel aangetekende zendingen op papier toegestaan of mogelijk zijn om in geval van een aanvraag tot wraking van de expert, zoals bepaald in art. 17, § 4 van de wet, deze aanvraag mee te delen aan de andere partijen en aan de expert wiens wraking wordt gevraagd. Teneinde verwarring hieromtrent te vermijden wordt de voorkeur gegeven aan de formulering “aangetekende zending” in plaats van “een ter post aangetekende brief”. |
| **Art. X+4.** Cette modification terminologique a pour but de préciser qu'en cas de notification de l'avis du Fonds aux parties concernées, comme le prévoit l'article 22 de la loi, il n'est pas seulement possible ou permis d'envoyer un courrier recommandé sur papier. Afin d'éviter toute confusion à cet égard, il est préférable d'utiliser la formulation « par envoi recommandé » au lieu de la formulation « sous pli recommandé à la poste ». | **Art. X+4.** Deze wijziging inzake de terminologie heeft tot doel om te verduidelijken dat niet enkel aangetekende zendingen op papier toegestaan of mogelijk zijn, in geval van het ter kennis brengen van het advies van het Fonds aan de betrokken partijen, zoals bepaald in art. 22 van de wet. Teneinde verwarring hieromtrent te vermijden wordt de voorkeur gegeven aan de formulering “aangetekende zending” in plaats van “een ter post aangetekende brief”. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Art. X+5.** Le but de cette modification terminologique est de préciser que le courrier recommandé sur papier n’est pas le seul autorisé ou possible, en cas d'envoi d'une offre d’indemnisation au demandeur, comme stipulé à l'article 25, § 1er, alinéas premier, 2, 3 et 4, de la loi qui prévoit de transmettre une offre d’indemnisation. Afin d'éviter toute confusion à cet égard, il est préférable d'utiliser la formulation  « par envoi recommandé » au lieu de la formulation « sous pli recommandé à la poste ». | **Art. X+5.** Deze wijziging inzake de terminologie heeft tot doel te verduidelijken dat niet enkel aangetekende zendingen op papier toegestaan of mogelijk zijn, in geval van het versturen van een voorstel tot vergoeding naar de aanvrager, zoals bepaald in art. 25, § 1, eerste, tweede, derde en vierde lid, van de wet, dit vergoedingsvoorstel over te maken. Teneinde verwarring hieromtrent te vermijden wordt de voorkeur gegeven aan de formulering “aangetekende zending” in plaats van “een ter post aangetekende brief”. |
| **Art. X+6.** Cette modification terminologique a pour but de préciser que le courrier recommandé sur papier n’est pas le seul est autorisé ou possible, dans le cas de l'envoi d'un rappel au demandeur à défaut de réaction de sa part à l’offre d'indemnisation, comme prévu à l'article 26, § 1er, de la loi, et dans le cas de l'envoi d'une réponse avec, le cas échéant, une offre d'indemnisation adaptée, comme prévu à l'article 26 § 2, alinéa 3, de la loi. Afin d'éviter toute confusion à cet égard, il est préférable d'utiliser la formulation « par envoi recommandé » au lieu de « par lettre recommandée à la poste ». | **Art. X+6.** Deze wijziging inzake de terminologie heeft tot doel te verduidelijken dat niet enkel aangetekende zendingen op papier toegestaan of mogelijk zijn, in geval van het versturen van een herinnering aan de aanvrager na het uitblijven van een reactie van de aanvrager op het voorstel tot vergoeding, zoals voorzien in art 26, § 1 van de wet en in geval van het versturen van een antwoord met desgevallend een aangepast vergoedingsvoorstel zoals voorzien in art. 26, § 2, derde lid van de wet. Teneinde verwarring hieromtrent te vermijden wordt de voorkeur gegeven aan de formulering “aangetekende zending” in plaats van “een ter post aangetekende brief”. |
| **Art. X+7.** Cette modification terminologique a pour but de préciser le courrier recommandé sur papier n’est pas le seul autorisé ou possible dans le cas où l'assureur du prestataire de soins de santé formule une offre d'indemnisation au demandeur avec copie au Fonds, comme le prévoit l'article 29, alinéa 2, de la loi. Afin d'éviter toute confusion à cet égard, il est préférable d'utiliser la formulation  « par envoi recommandé » au lieu de la formulation « par lettre recommandée ». | **Art. X+7.** Deze wijziging inzake de terminologie heeft tot doel te verduidelijken dat niet enkel aangetekende zendingen op papier toegestaan of mogelijk zijn, in geval de verzekeraar van de zorgverlener een voorstel tot schadevergoeding doet aan de aanvrager met een kopie naar het Fonds, zoals voorzien in artikel 29, tweede lid van de wet. Teneinde verwarring hieromtrent te vermijden wordt de voorkeur gegeven aan de formulering “aangetekende zending” in plaats van “een ter post aangetekend schrijven”. |

1. [↑](#endnote-ref-1)