

Rapport d'activités du Fonds des accidents médicaux 2016



Sommaire

Préface	3
---------------	---

Mot de la direction	5
---------------------------	---

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

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

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

III. Mission de prévention, d'enregistrement et de reporting.....	9
---	---

Partie 2 - Organe de gestion.....	11
-----------------------------------	----

Comité de gestion dans le cadre de l'intégration du FAM au sein de l' INAMI.....	12
--	----

Partie 3 - Structure administrative et équipe.....	15
--	----

I. Organigramme du Fonds des accidents médicaux.	16
---	----

II. Outils.....	18
-----------------	----

Partie 4 - Statistiques d'activités « missions » de la période analysée et commentaires.....	19
--	----

I. Statistiques call center	20
-----------------------------------	----

II. Statistiques d'activités – Missions.....	24
--	----

1. Dossiers ouverts, fermés et rouverts et répartition linguistique.....	24
--	----

2. Répartition des dossiers par phase	28
---	----

3. Répartition géographique des dossiers	31
--	----

4. Répartition des dossiers par lieu (type) de la prestation de santé en lien avec l'accident médical déclaré.....	33
--	----

5. Répartition des dossiers par introducteur de la demande.....	34
---	----

6. Répartition du nombre de dossiers déposés et ouverts par mois.....	35
---	----

7. Répartition du nombre de dossiers clôturés par mois en phase 1, 2 et 3.....	37
--	----

8. Nombre de dossiers recevables et irrecevables et répartition linguistique	38
--	----

9. Avis.....	40
--------------	----

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

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

Partie 5 - Informations financières « missions » 55

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

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

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

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

La mission d'expertise	70
------------------------------	----

Préface

Cher lecteur, chère lectrice,

Depuis sa création, le Fonds s'efforce d'accomplir ses missions sociales essentielles le plus efficacement possible. Cette cinquième édition du rapport d'activités du Fonds présente une fois encore le bilan des activités réalisées en attirant par ailleurs l'attention non seulement sur l'évolution de ces activités mais aussi sur les difficultés auxquelles le Fonds est confronté.

La rubrique relative aux statistiques des activités vous est présentée comme elle le fut dans le rapport d'activités précédent. Une comparaison y est faite avec l'année 2015 et, pour certains aspects, avec la situation au 1er septembre 2012, date à laquelle le Fonds a entamé ses activités. Cela permet une analyse de l'évolution des données, plus particulièrement en ce qui concerne le nombre de dossiers introduits et clôturés, le type de prestations de soins concernés, le lieu des accidents, la répartition linguistique et géographique des dossiers...

Malgré les efforts soutenus du Fonds, il faut mentionner à ce niveau un fort ralentissement dont les causes sont explicitées dans le présent rapport.

La concrétisation du Masterplan de 2014 et l'extension du cadre du personnel y afférente a fait l'objet d'un suivi minutieux, en étroite collaboration avec la direction générale du Fonds et les services généraux de l'INAMI. Le Comité insiste sans discontinuer pour que les emplois vacants soient pourvus le plus rapidement possible afin d'accélérer le bon fonctionnement du Fonds et le bon traitement des dossiers.

C'est essentiellement la phase 2 du traitement des dossiers qui dure trop longtemps. Cette phase concerne l'examen médical et juridique du dossier, en fonction duquel le Fonds peut émettre un avis. D'une part, le Fonds mise sur une utilisation maximale du cadre du personnel (médecins et juristes). D'autre part, il fait appel à des bureaux d'experts juridiques externes. Fin 2016, le cadre était en majeure partie pourvu mais quelques collaborateurs ont également quitté le Fonds ou ont été absents pour une longue durée. Le Fonds a également entrepris des démarches en vue de compléter le réseau d'experts, plus particulièrement dans les secteurs où le besoin est plus prononcé et là où nous n'avons pas encore trouvé d'experts disposés à travailler pour le Fonds. La recherche d'experts de qualité est l'un des soucis permanents du FAM. Fin 2016, nous avons lancé un nouveau marché public tant pour des experts médicaux que pour des experts juridiques.

Par ailleurs, les différents projets technologiques lancés en 2013 ont été poursuivis afin d'améliorer et d'accélérer l'exécution des activités du Fonds. À la mi-décembre, le projet DAMO (Dossier Accidents médicaux/Medische Ongevallen) est partiellement entré en service. Au cours d'une première phase-test, 8 "key-users" du Fonds ont utilisé le système. Au terme de cette phase, plusieurs adaptations se sont avérées nécessaires pour résoudre certaines erreurs de migration de données du système et pour permettre un bon suivi des statistiques. Nous avons également lancé un autre projet afin de permettre l'échange électronique de données médicales.

Le Comité de gestion travaille en collaboration avec la direction sur un nouveau plan d'action en vue de résorber le retard encouru. Ce plan, qui entrera en vigueur en 2017, concernera simultanément différents chantiers tels que la simplification de la procédure consultative et d'indemnisation, la simplification administrative et la numérisation.

Le Comité de gestion est parfaitement conscient des attentes vis-à-vis du Fonds et du grand défi que ce dernier doit relever. Ensemble avec le directeur et toute l'équipe du Fonds qui fait preuve d'un dévouement particulier, le Comité n'aura de cesse de s'investir dans l'accomplissement de la mission sociale du Fonds des accidents médicaux. En effet, l'enjeu est immense, dans l'intérêt de tout un chacun.

Geneviève Schamps
Présidente du Comité de gestion

Steven Lierman
Vice-Président du Comité de gestion

Mot de la direction

L'année 2016 est la quatrième année complète de fonctionnement du Fonds des accidents médicaux (FAM), un service public intégré à l'INAMI depuis 2013 comme troisième secteur de l'assurance soins de santé et indemnités.

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

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

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

Début 2017, le FAM comptait 602 demandes enregistrées en 2016, soit environ 50 nouvelles demandes par mois. À la date du 31.12.2016, un total de 3.785 demandes ont été enregistrées depuis le lancement du Fonds.

Mais vous pouvez aussi constater qu'environ 30 % des demandes ont été clôturées et donc qu'environ 70 % d'entre elles étaient encore en traitement au 31.12.2016, principalement en phase 2 (analyse médicale et juridique interne et externe (expertise)), phase qui précède l'avis du FAM.

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

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

On a procédé à différents recrutements en 2016, mais cela n'a pas suffi à remplir tous les postes prévus. Un certain nombre de collaborateurs, dont aussi de nouveaux collaborateurs, ont quitté le FAM. Dans le courant de 2016, un effort de tous les instants a été fourni pour remplir tous les postes prévus.

Et pourtant, le FAM a réussi en 2016 à rendre un grand nombre d'avis. Par comparaison avec les indemnisations précédentes, le nombre d'indemnisations proposées et payées a également augmenté.

Le renforcement de l'équipe doit toutefois être poursuivi, les nouveaux collaborateurs doivent également être formés et familiarisés à la matière.

Le réseau des experts médicaux doit encore être étendu. L'objectif est d'assouplir les processus, afin d'aboutir à un fonctionnement plus rapide sans perdre en qualité.

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

Mia Honinckx

Conseillère générale, directrice du FAM

Partie 1

Missions du Fonds des accidents médicaux



I. Introduction

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

Les missions du FAM sont décrites à l'article 8 de la loi sur les accidents médicaux du 31 mars 2010. (Loi relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé – M.B. du 02.04.2010).

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

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

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

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

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

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

La mission de prévention du FAM consiste à centraliser toutes les données relatives aux demandes afin de pouvoir émettre, à la demande du ministre compétent ou d'initiative, des avis sur toute question concernant la prévention ou la réparation des dommages résultant de soins de santé.

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

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

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

Partie 2

Organe de gestion



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le **Comité de gestion** du FAM :

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

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

Dans le courant de 2016, des groupes de travail supplémentaires ont été créés au sein du Comité de gestion : un Groupe de travail arriéré et un Groupe de travail vision. Ces groupes de travail se sont réunis aux dates suivantes :

Réunions des groupes de travail supplémentaires en 2016	
Arriéré	Vision
04.08.2016	10.06.2016
30.06.2016	
08.09.2016	04.10.2016
07.10.2016	27.10.2016
06.12.2016	
Source : Fonds des Accidents Médicaux	

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

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

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

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

Tableau des réunions du C.G. et GT en 2016	
Comité de gestion	Groupe de travail procédures juridiques
23-01-2016	23-01-2016
19-02-2016	19-02-2016
22-04-2016	22-04-2016
13-06-2016	13-06-2016
28-10-2016	28-10-2016
19-12-2016	19-12-2016
Source : Fonds des Accidents Médicaux	

Partie 3

Structure administrative et équipe



I. Organigramme du Fonds des accidents médicaux

Au 31 décembre 2016, la situation du personnel du Fonds des accidents médicaux était la suivante :

Tableau 1 : Cadre du personnel						
Q	Fonction	Rôle linguistique	Date d'entrée en fonction	% emploi	Sexe	Remarque
1	Directeur		2015	100%	♀	
1	Secretariat	FR	2016	100%	♀	
1	Secretariat	NL	2012	80%	♀	
1	Assistant scanning	NL	2013	100%	♀	Malade depuis juillet 2016
1	Assistant scanning	FR	2015	100%	♀	
1	Juriste-coördinateur	FR	2010	100%	♂	
1	Juriste-coördinateur	NL	2010	100%	♀	
1	Juriste	FR	2012	100%	♀	Malade depuis mai 2016
1	Juriste	FR	2014	100%	♀	
1	Juriste	FR	2014	100%	♀	
1	Juriste	FR	2014	100%	♂	
1	Juriste	FR	2014	80%	♀	
1	Juriste	NL	2013	100%	♀	
1	Juriste	NL	2014	100%	♀	
1	Juriste	NL	2014	100%	♀	
1	Juriste	NL	apr-16	100%	♀	
1	Juriste	NI	apr-16	100%	♂	
1	Juriste	NI	mei-16	100%	♀	
1	Juriste	NI	mei-16	100%	♂	
1	Juriste	FR	dec-16	80%	♀	
1	Médecin Junior	NL	2013	100%	♀	
1	Médecin Junior	NL	2014	100%	♀	Prestations réduites
1	Médecin Junior	NL	2015	100%	♂	
1	Médecin Junior	NL	2015	100%	♀	
1	Médecin Junior	NL	2015	100%	♀	
1	Médecin Junior	FR	2013	100%	♀	
1	Médecin Junior	FR	2013	100%	♀	
1	Médecin Junior	FR	2014	100%	♂	
1	Médecin Junior	FR	2014	80%	♀	

Tableau 1 : Cadre du personnel (suite)						
Q	Fonction	Rôle linguistique	Date d'entrée en fonction	% emploi	Sexe	Remarque
1	Gestionnaire de dossiers	FR	2011	100%	♂	
1	Gestionnaire de dossiers	FR	2013	80%	♀	Prestations réduites
1	Gestionnaire de dossiers	FR	2013	100%	♀	
1	Gestionnaire de dossiers	FR	2016	100%	♀	
1	Gestionnaire de dossiers	FR	2014	100%	♀	
1	Gestionnaire de dossiers	NL	2016	100%	♀	
1	Gestionnaire de dossiers	NL	2013	100%	♂	Malade depuis novembre 2016
1	Gestionnaire de dossiers	NL	2013	100%	♀	
1	Gestionnaire de dossiers	NL	2014	100%	♂	
0,5	Economist	FR	2012		♂	

Source : Fonds des accidents médicaux

Le médecin-inspecteur-senior a donné sa démission fin 2015, il n'a pas été remplacé et a quitté le FAM début 2016. Cet emploi n'était pas non plus prévu dans le Masterplan 2014.

Dans le courant de 2016, 2 juristes francophones et 4 néerlandophones ont été engagés, ainsi que 3 gestionnaires de dossiers francophones et 2 néerlandophones, 1 collaborateur de secrétariat francophone de niveau B et un nouveau coordinateur ICT.

En 2016, un collaborateur de secrétariat de niveau B, un juriste francophone, 3 gestionnaires de dossiers et le coordinateur ICT ont quitté le FAM.

Quatre de ces personnes ont quitté le FAM moins de trois mois après leur engagement.

Fin 2016, le FAM comptait 38,5 collaborateurs et des procédures de recrutement étaient en cours pour trois gestionnaires de dossiers, 1 juriste francophone et 2 médecins francophones. Ces procédures sont évidemment poursuivies et surveillées attentivement en 2017.

Tout comme en 2015, le FAM a également fait appel à des experts médicaux et juridiques en 2016. Au niveau médical, le FAM a fait appel à des experts pour diligenter des expertises unilatérales et contradictoires en exécution de l'article 17, §§ 1er et 2, de la loi du 31 mars 2010. Ces expertises sont nécessaires pour que le FAM puisse rendre des avis circonstanciés sur les causes et les circonstances des accidents médicaux dont il est informé.

Le FAM a également essayé en 2016 de continuer à compléter son réseau d'experts, d'une part, parce que les experts qui ont été engagés dans le cadre des marchés publics conclus en 2013 et 2015 n'étaient pas assez nombreux pour traiter l'afflux des demandes introduites et, d'autre part, parce que leur expertise n'était pas toujours suffisante. De cette manière, on a trouvé des experts prêts à travailler avec le FAM dans le cadre de contrats de prestation de services particuliers, en attendant de pouvoir prendre part à des nouvelles procédures de marchés publics.

Outre les experts médicaux, le FAM a également sollicité en 2016 des experts juridiques, d'une part, pour obtenir une aide à la rédaction d'avis et au calcul des indemnités, mais d'autre part aussi pour une assistance dans les procédures en cours devant les tribunaux.

Un nouveau marché public a également été lancé en 2016, tant pour des médecins que pour des juristes et des avocats. Les inscriptions pour ce marché public ont été clôturées le 6 janvier 2017.

II. Outils

En 2016, le développement d'une série d'importants projets technologiques débutés en 2013 a été poursuivi :

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

Le lancement du projet DAMO a été précédé d'une période de travail intensif sur la description des processus de travail et la définition des besoins fonctionnels pour le FAM que la technologie doit satisfaire. Dans le courant de 2016, différentes phases de test ont été réalisées. Fin 2016, DAMO a été partiellement étrenné - avec beaucoup de difficultés - par quelques Key-users. Fin 2016, nous n'avions pas encore prévu de date précise pour le déploiement généralisé, des tests supplémentaires et une amélioration de la performance étaient encore nécessaires.

Partie 4

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



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

I. Statistiques call center

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

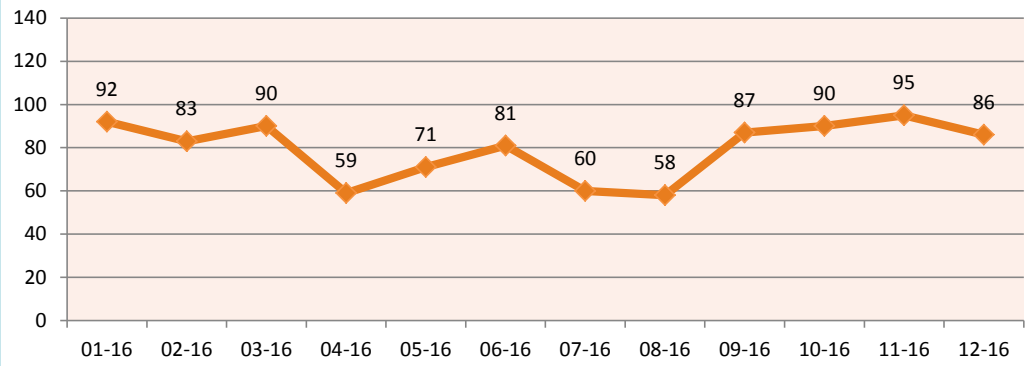
Tableau 2 - Statistiques Call center												
2016	Mois											
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Nombre moyen d'appels par jour	5	4	4	3	4	5	4	3	4	5	5	4
Nombre appels par mois	92	83	90	59	71	81	60	58	87	90	95	86
Cumul 2016	92	175	265	324	395	476	536	594	681	771	866	952
SLA (%)	85%	90%	94%	73%	85%	91%	86%	90%	89%	97%	74%	86%
Abandon (%)	1%	0%	2%	1%	1%	2%	3%	5%	6%	4%	10%	0%
FAQ (%)	94%	94%	98%	93%	96%	97%	95%	96%	93%	97%	90%	98%
Appels FR (%)	65%	56%	67%	55%	55%	60%	50%	66%	63%	67%	63%	57%
Appels NL (%)	35%	44%	33%	45%	45%	40%	50%	34%	37%	33%	37%	43%

Source : Fonds des accidents médicaux

Les principales informations fournies dans ce tableau concernent le nombre d'appels et la répartition linguistique des appels. En ce qui concerne le nombre d'appels reçus, nous avons comptabilisé en 2016 un total de 952 appels, avec une moyenne mensuelle de 79 appels, contre 75 appels en 2015 et 91 en 2014. La répartition linguistique des appels est relativement similaire au cours des années précédentes, avec chaque fois une diminution du nombre d'appels pendant les mois de juillet et août. On peut donc conclure qu'on fait toujours appel au call center, moins qu'en 2012, 2013 et 2014, mais que la diminution du nombre d'appels constatée en 2015 n'a pas été confirmée en 2016.

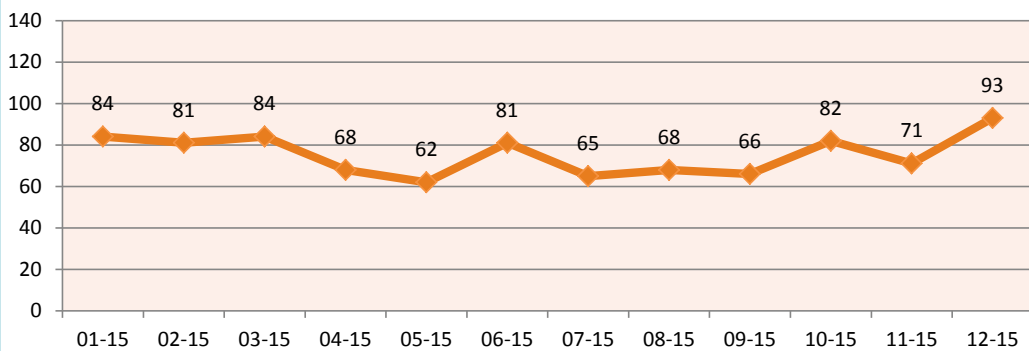
Par comparaison avec 2015, nous constatons une légère augmentation du nombre d'appels, qui passe de 75 en 2015 à 79 en 2016.

Graphique 1 - Nombre d'appels par mois en 2016



Source : Fonds des accidents médicaux

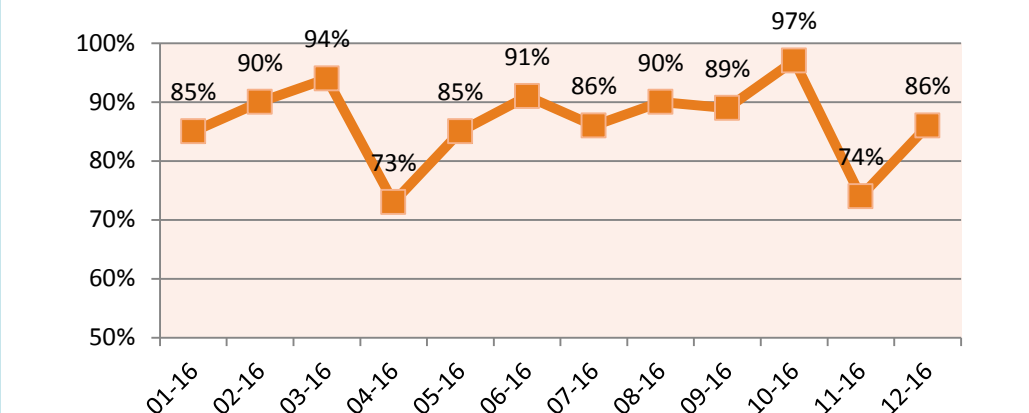
Graphique 2 - Nombre d'appels par mois en 2015



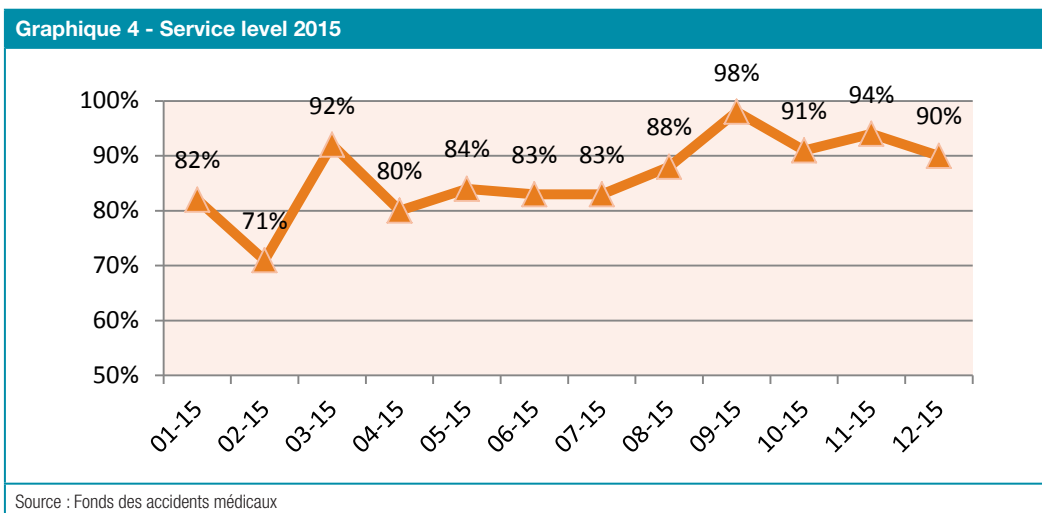
Source : Fonds des accidents médicaux

Par comparaison avec 2015, le niveau de service level a légèrement augmenté . 87 % des appelants ont été mis en communication avec un opérateur dans les 30 secondes. Les très bons chiffres de 2012 et 2013 n'ont pas été atteints. Le taux d'abandon était de 3 % en 2016, ce qui est beaucoup plus qu'en 2015.

Graphique 3 - Service level 2016



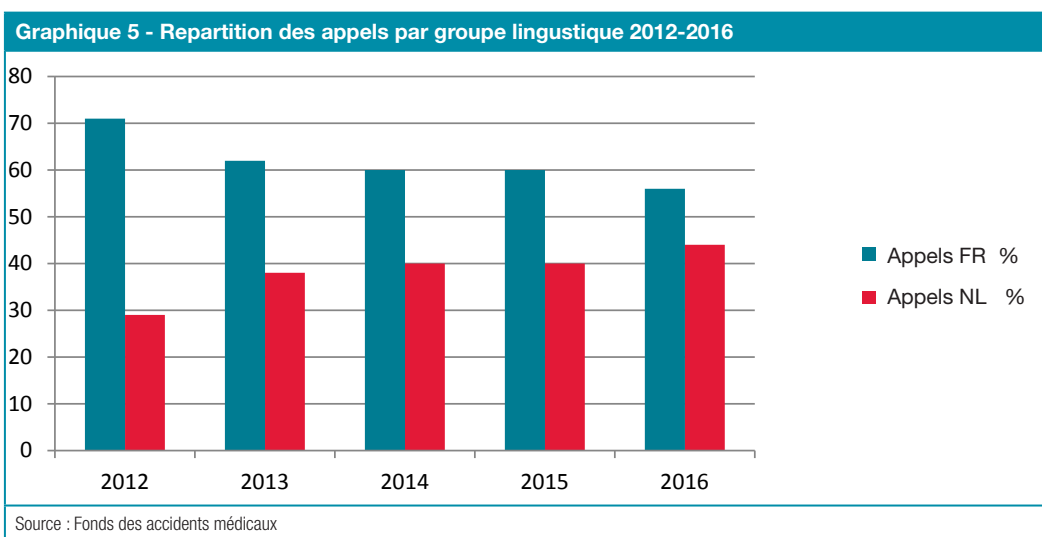
Source : Fonds des accidents médicaux



La deuxième constatation très intéressante qui peut être faite sur la base de ce tableau concerne la répartition linguistique des appels.

En 2016, un bon 60 % des contacts avec le call center étaient en français. En 2015 la part des appels francophones était de 56 %, elle était de 60 % en 2014, de 1/3 en 2013 et de 3/4 en 2012. Il reste donc une majorité d'appels francophones. L'évolution vers une répartition proportionnelle d'appels néerlandophones et francophones ne s'est manifestement pas poursuivie et semble de nouveau évoluer vers un nombre plus important d'appels francophones.

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



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

Frequently Asked Questions

Date de l'intervention par rapport à l'introduction d'un dossier ?

Demande d'envoi du formulaire par la poste ?

Recevabilité du dossier ?

Comment transmettre le dossier ?

Puis-je introduire un dossier pour x ?

J'ai reçu un courrier du FAM, que dois-je faire ?

Coexistence de procédures (Fonds + justice) ?

Pouvez-vous m'informer sur le suivi de mon dossier ?

Source : Fonds des accidents médicaux

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

II. Statistiques d'activités – Missions

À présent les statistiques d'activités du Fonds sont abordées en précisant tout d'abord que ces statistiques se rapportent à la période janvier 2016 – décembre 2016¹. Dans une première partie, les chiffres de 2016 seront commentés. Dans une seconde partie, ils seront comparés avec les chiffres des années précédentes, depuis la création du Fonds.

Les différentes informations présentées ci-dessous concernent principalement des statistiques générales relatives aux dossiers introduits au cours de la période précitée. Parmi ces statistiques, on retrouvera la répartition linguistique et géographique, le lieu de l'accident ou encore le nombre de dossiers introduits et déjà clôturés. Outre ces statistiques générales, on retrouvera également des informations relatives aux deux grandes phases du traitement des dossiers, notamment la recevabilité de ceux-ci. Enfin, le délai entre l'ouverture d'un dossier et son état d'avancement au 31.12.2016 sera analysé afin de le comparer au délai indicatif prévu dans la loi et d'appréhender la « gestion du stock » de dossiers déposés.

1. Le présent rapport a été rédigé sur la base des chiffres disponibles à la date du 27.12.2016, donc après la migration des 10% vers DAMO, les dossiers migrés sont figés à la date du 12.12.2016..

1. Dossiers ouverts, fermés et rouverts et répartition linguistique

La répartition linguistique des dossiers ainsi que leurs statuts, d'une part pour l'année 2016 et d'autre part depuis le lancement du Fonds, est examinée.

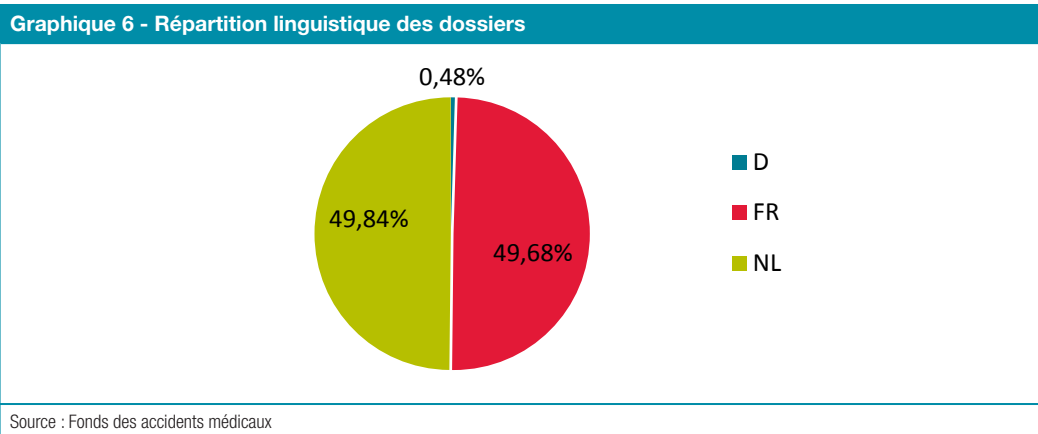
Pour l'année 2016, la situation se présente comme suit :

Tableau 3 - Répartition des dossiers en 2016				
Nombre de dossiers 2015	Langue			Total
	D	F	N	
Fermé	0	7	17	24
Ouvert	2	285	285	572
Rouvert	0	0	0	0
Total	2	292	302	596

Source : Fonds des accidents médicaux

Tableau 4 - Répartition des dossiers depuis le 01/09/2012				
Nombre de dossiers	Langue			Total
	D	F	N	
Fermé		1	455	595
Ouvert		17	1.408	1250
Rouvert		0	9	33
Total		18	1.872	1.878

Source : Fonds des accidents médicaux



Source : Fonds des accidents médicaux

Le tableau ci-dessus nous indique que 596 dossiers ont été introduits auprès du Fonds en 2016.

En 2016, le nombre de dossiers néerlandophones est à peu près aussi important que le nombre de demandes francophones. 49,84 % des demandes ont été introduites en néerlandais, 49,68 % en français, les demandes en allemand correspondaient à environ 0,48 % de l'ensemble des demandes.

À titre de comparaison, 51,2 % des dossiers ont été complétés en néerlandais en 2015, et donc 48,6 % en français. Les dossiers en allemand étaient très rares.

Pour l'ensemble des dossiers introduits depuis la création FAM, la répartition dans les différents rôles linguistiques est identique à celle des dernières années.

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

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

À l'inverse, un dossier clôturé est un dossier qui n'est plus en cours de traitement et ce, pour diverses raisons : il a donné lieu à une indemnisation acceptée par toutes les parties, il a été jugé irrecevable administrativement...

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

L'analyse des demandes de 2016 à la lumière de ces notions permet de conclure que la plupart des dossiers qui ont été introduits sont à l'heure actuelle encore ouverts ou rouverts. 4 % des dossiers introduits en 2016 ont déjà été clôturés en 2016.

Pour l'ensemble des dossiers introduits depuis la création du Fonds, la situation est la suivante : 28 % des dossiers ont été clôturés, 71 % sont encore ouverts et 1 % des dossiers ont été rouverts. La plupart des dossiers se trouvent donc encore dans une phase active.

Nous remarquons une légère différence dans ces rapports par rôle linguistique: fin 2016, 24 % des dossiers francophones étaient clôturés, contre près de 32 % des dossiers néerlandophones. Près de 0,5 % des dossiers francophones et 1,5 % des dossiers néerlandophones ont été rouverts et 75 % des dossiers francophones sont donc encore dans une phase active contre 66,5 % des dossiers néerlandophones.

Tableau 5 - Nombre de dossiers reçus par mois													
Année	Mois												
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	Total
2010					3		1		2	1	2	3	12
2011	8	2	4	1	5	1	2	1	10	4	1	2	41
2012	8	5	15	6	10	16	9	22	116	97	96	71	471
2013	146	100	112	97	66	85	58	62	105	107	105	70	1113
2014	115	80	74	76	70	89	84	58	61	82	71	67	927
2015	66	59	56	63	57	67	49	46	53	37	43	10	606
2016	61	59	54	61	44	47	51	49	51	48	39	32	596
TOTAL	400	299	309	300	305	305	251	237	401	376	361	278	3768

Source : Fonds des accidents médicaux

Fin 2016, un total de 3.768 dossiers ont été introduits auprès du FAM, dont 596 en 2016, 632 en 2015, 926 en 2014, 1102 en 2013, 465 en 2012, 36 en 2011 et 11 en 2010. Le nombre de demandes auprès du Fonds est comparable en 2015 et 2016 et se stabilise autour des 50 demandes par mois ou 600 demandes par année. La tendance à la baisse qui s'était initiée en 2014 ne se poursuit donc manifestement pas.

Tableau 6 - Statut des dossiers par année					
Année	Statut				
	Fermé	Rouvert	Ouvert	Total général	%
2010	12	0	0	12	100,0%
2011	34	1	6	41	82,9%
2012	254	5	212	471	53,9%
2013	261	18	834	1113	23,5%
2014	57	2	868	927	6,1%
2015	15	0	591	606	2,5%
2016	24	0	572	596	4%
TOTAL	1051	42	2675	3768	28%

Source : Fonds des accidents médicaux

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

Environ 4 % des dossiers introduits en 2016 ont pu être clôturés en 2016, alors que sur le stock global et la période totale de traitement, un taux de clôture d'environ 28 % a été atteint, mais avec une évolution décroissante selon les années de dépôt.

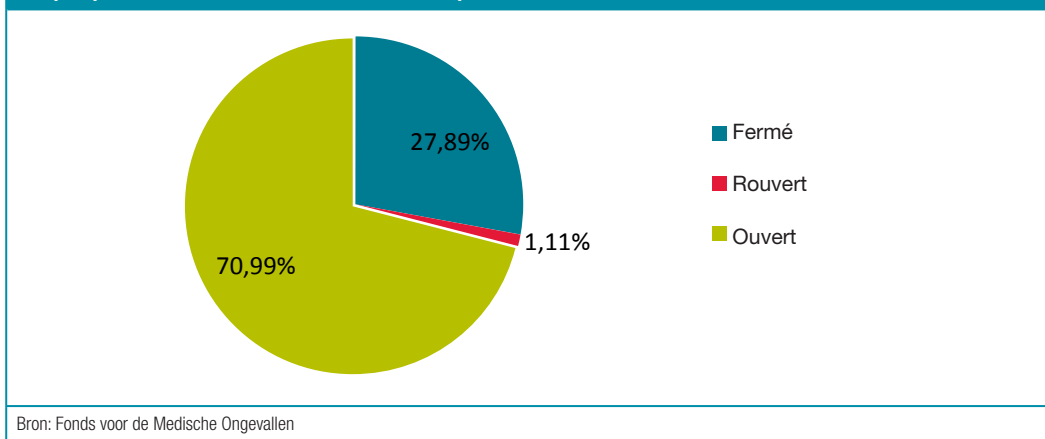
Tenant compte des dossiers irrecevables qui devraient logiquement être considérés comme clôturés et des dossiers clôturés pour d'autres raisons (abandon de la procédure par le plaignant ou par manque d'informations reçues de sa part), le taux de clôture devrait être réellement revu à la hausse après check in des encodages dans le système de gestion.

Par rapport à la même période de l'année précédente, nous constatons une augmentation des pourcentage de dossiers clôturés : 100 % pour les dossiers introduits en 2010, 86 % en 2011, 72 % en 2012, 46 % en 2013, 11 % en 2014, 6 % en 2015 et 4 % en 2016. Ceci est conforme au traitement dit "first in/first out" des dossiers.

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

Ce tableau permet de constater qu'à l'inverse du taux de clôture, sur les 3768 dossiers déposés auprès du FAM depuis la création du Fonds jusque fin 2016, 2675 dossiers, soit un peu plus de 79 % des dossiers déposés, sont toujours ouverts et donc non clôturés (que ce soit par un avis quant à la responsabilité ou l'indemnisation ou pour d'autres raisons – irrecevabilité, abandon de la procédure, etc.).

Graphique 7 -Statut de tous les dossiers depuis la création du Fonds



2. Répartition des dossiers par phase

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

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

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

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

Tableau 7 - Répartition par phase des dossiers ouverts							
Année	Phases						
	Phase 1 Initiale	Phase 2 Recherche	Phase 3 Proposition	Total général	% Phase 1	% Phase 2	% Phase 3
2010				0	-	-	-
2011		5	2	7	0,00	71,40	28,60
2012	3	183	31	217	1,40	84,30	14,30
2013	9	815	28	852	1,10	95,70	3,30
2014	20	847	3	870	2,30	97,40	0,30
2015	175	416		591	29,60	70,40	0,00
2016	182	390	0	572	31,80	68,2	0,00
TOTAL	209	2.384	82	2.675	7.80	89,10	3,10

Source : Fonds des accidents médicaux

Le tableau ci-dessus laisse apparaître qu'en moyenne 89 % de l'ensemble des dossiers introduits jusque fin 2016 et non clôturés se trouvent actuellement dans la deuxième phase de traitement. Il s'agit d'une répartition logique étant donné que la deuxième phase est celle qui dure le plus longtemps. Des dossiers plus anciens de 2010, 2011 et 2012 se trouvent plus souvent en troisième phase. Le déroulement d'un dossier en phase 3 est très variable. Il peut être limité dans le temps lorsque l'accident est indemnisé en capital mais il peut aussi traîner très longtemps si on opte pour une indemnisation par rente (à vie) ou si l'avis (fin de phase 2) est suivi d'une procédure au tribunal.

En ce qui concerne les problèmes de retard de traitement déjà cités, il est important de constater que la plupart des dossiers introduits jusque fin 2016 se trouvent à présent en deuxième phase de traitement (89,1 %). L'équipe du Fonds met donc tout en œuvre pour résorber ce retard. En ce qui concerne l'année 2016, il faut préciser que les 182 dossiers (32 %) se trouvant encore en phase 1 sont principalement des dossiers du quatrième trimestre 2016. L'équipe réussit donc à traiter la phase 1 sans trop de retard, sauf dossier complexe ou incomplet, et à faire passer au plus vite les dossiers vers la phase 2. Elle essaie également de finaliser la phase 2 dans l'ordre d'arrivée des dossiers (gestion par ancienneté). Le principe dit «first in/first out» est strictement appliqué.

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

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

Tableau 8 - Délai moyen de traitement des dossiers ouverts		
Année	Délai	Nombre de dossiers
2010	-	0
2011	1.598	5
2012	1.529	118
2013	1.247	567
2014	905	823
2015	549	590
2016	182	572

Source : Fonds des accidents médicaux

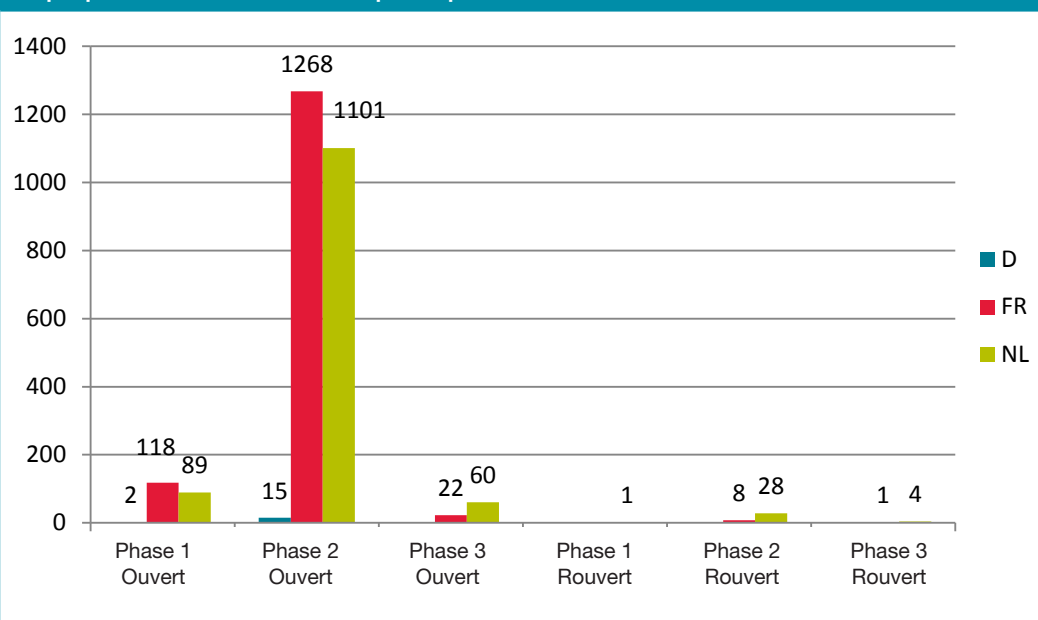
Il ne s'agit pas ici d'un véritable délai de traitement puisque seuls les dossiers encore ouverts au 31.12.2016 sont analysés. De plus, le délai comprend également des phases non actives d'attente de passage à une autre sous-phase, principalement dans la phase 2. Ces périodes d'attente s'expliquent par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

Les causes de ce retard sont multiples et cumulatives :

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

Le graphique ci-dessous donnent un aperçu de l'avancement, dans les trois phases, des dossiers introduits, d'une part, en 2016 et, d'autre part, depuis le lancement du FAM en septembre 2012. Une distinction est faite entre les dossiers francophones, néerlandophones et germanophones.

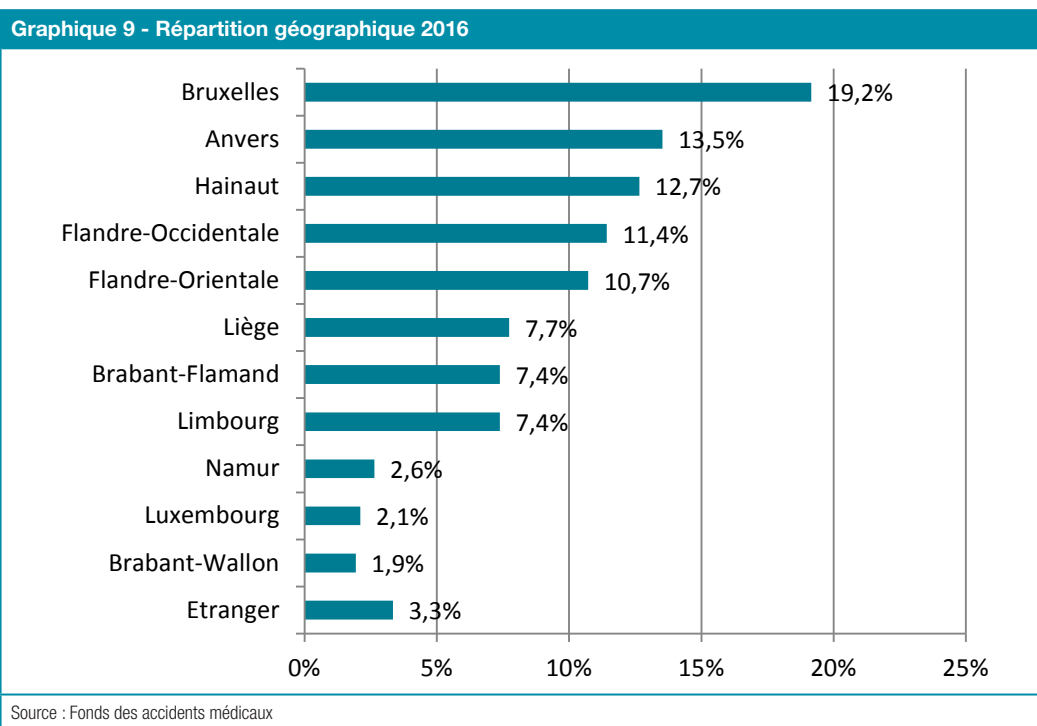
Graphique 8 - État d'avancement depuis septembre 2012



Source : Fonds des accidents médicaux

3. Répartition géographique des dossiers

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

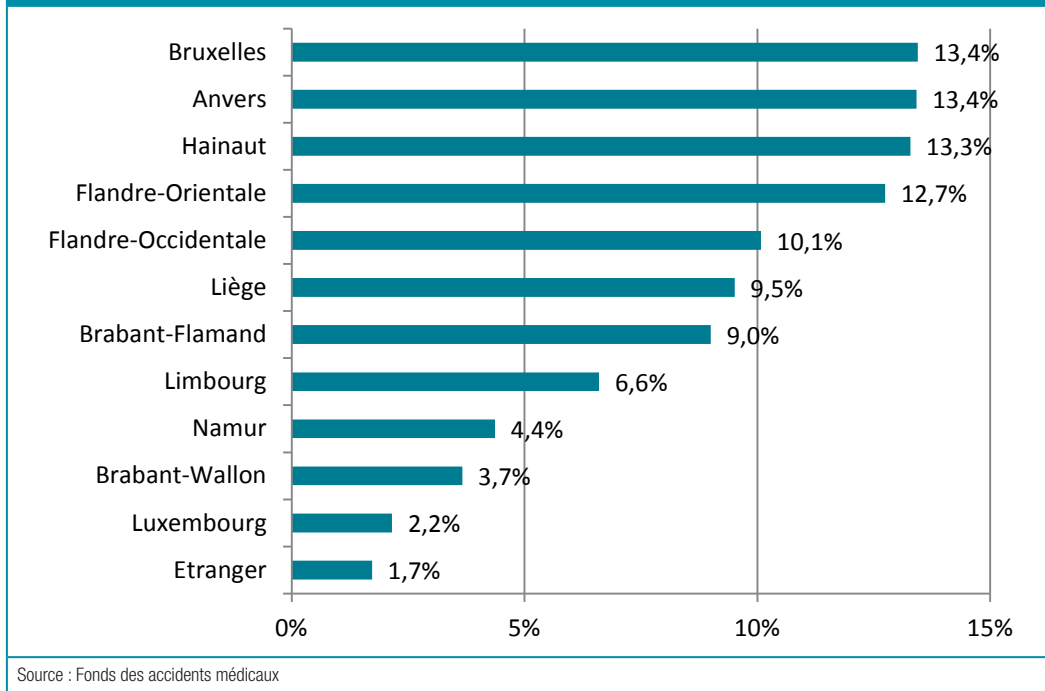


Le graphique ci-dessus permet de constater que 19,2 % des demandes de 2016 proviennent de la Région de Bruxelles-Capitale, suivies par les demandes issues de la province d'Anvers avec 13,5 %, de la province de Hainaut avec 12,7 % et de la province de Flandre orientale avec 11,7 %. 3,3 % des dossiers ont été introduits depuis l'étranger.

Sur le plan régional, 27 % des dossiers sont introduits par des demandeurs domiciliés en Région wallonne, 19,2 % en Région de Bruxelles-Capitale et 50,4 % en Région flamande.

L'examen de ces statistiques depuis la création du Fonds (voir graphique ci-dessous) permet de constater une différence par rapport à 2016. Parmi toutes les demandes introduites depuis la création du FAM, nous observons une partie égale provenant de la Région de Bruxelles-Capitale et des provinces d'Anvers et de Hainaut. Pour 2016, nous constatons une forte augmentation de la partie des demandes provenant de la Région de Bruxelles-Capitale.

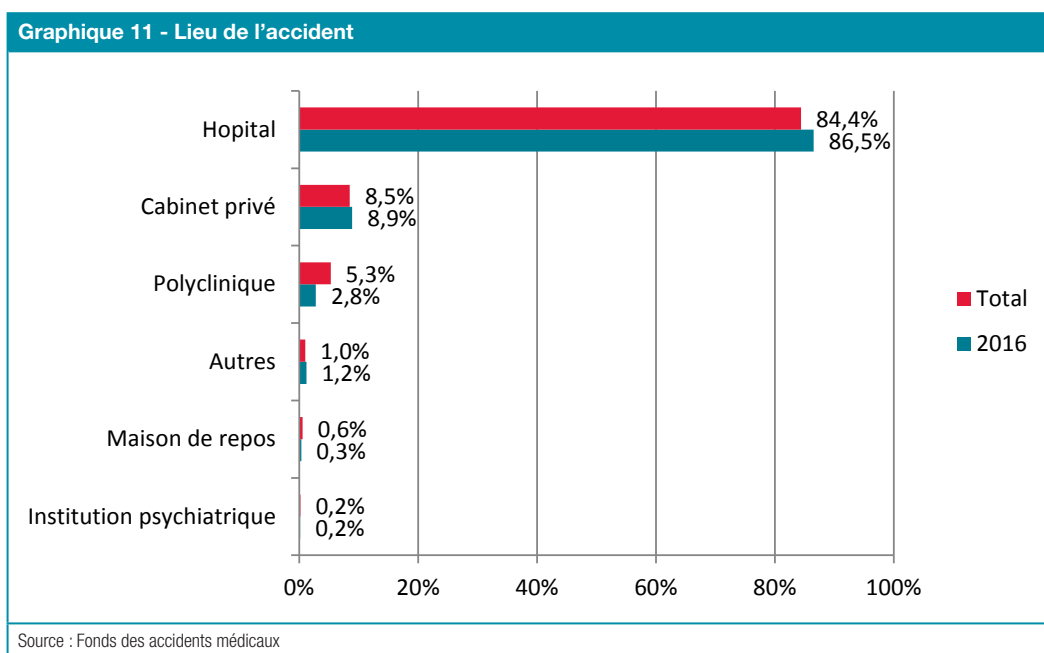
Graphique 10 - Répartition géographique - Total



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

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

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

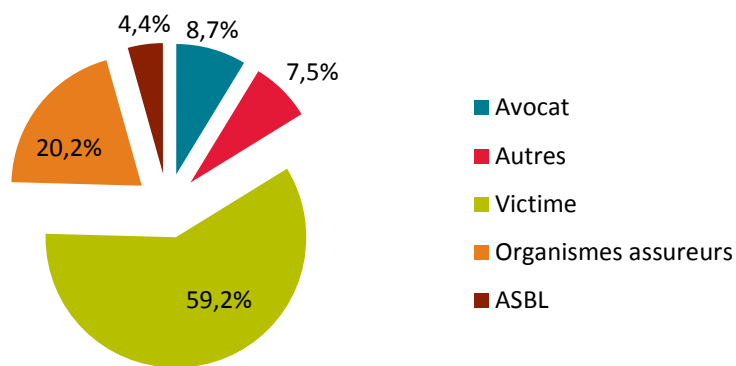


Le lieu le plus fréquent pour une prestation de soins de santé est l'hôpital. En effet, plus de huit accidents sur dix (plus de 8 sur 10 en 2015) surviennent dans un tel établissement, que ce soit durant une hospitalisation ou en prestation ambulatoire au sein de l'hôpital. Loin derrière les hôpitaux apparaissent les cabinets privés, avec plus de 8,5 % des accidents. Les accidents en d'autres lieux demeurent minoritaires.

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

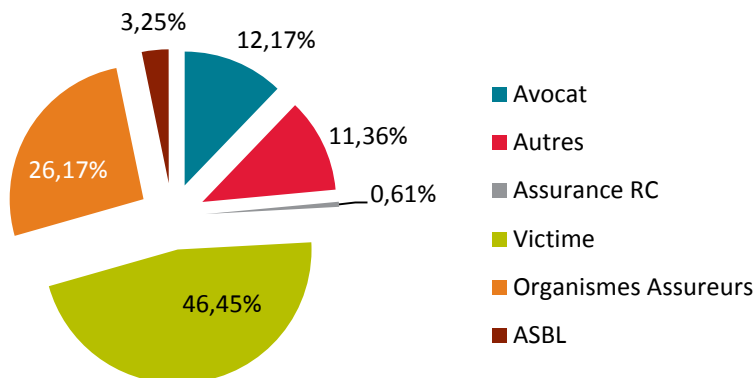
La répartition des dossiers suivant le demandeur peut sembler insignifiante car on suppose que la victime introduit elle-même directement la demande. Même si la majeure partie des dossiers (59,2 %) sont effectivement introduits par celle-ci, ce n'est pas le cas de tous les dossiers. Comme l'indique en effet le graphique ci-dessous, il peut arriver que la victime se fasse assister par une tierce personne pour introduire la demande. Pour 2016, dans 20,2 % des dossiers il a été opté pour l'assistance d'un organisme assureur et 8,5 % des demandeurs ont été assistés par un avocat. Seulement 4,4 % ont fait appel aux services d'une asbl. En 2016 moins de dossiers ont été introduit avec des compagnies d'assurance comme mandataire et plus de dossiers ont été introduits par des asbl.

Graphique 12 - Demandeur 2016



Source : Fonds des accidents médicaux

Graphique 13 - Demandeur 2015



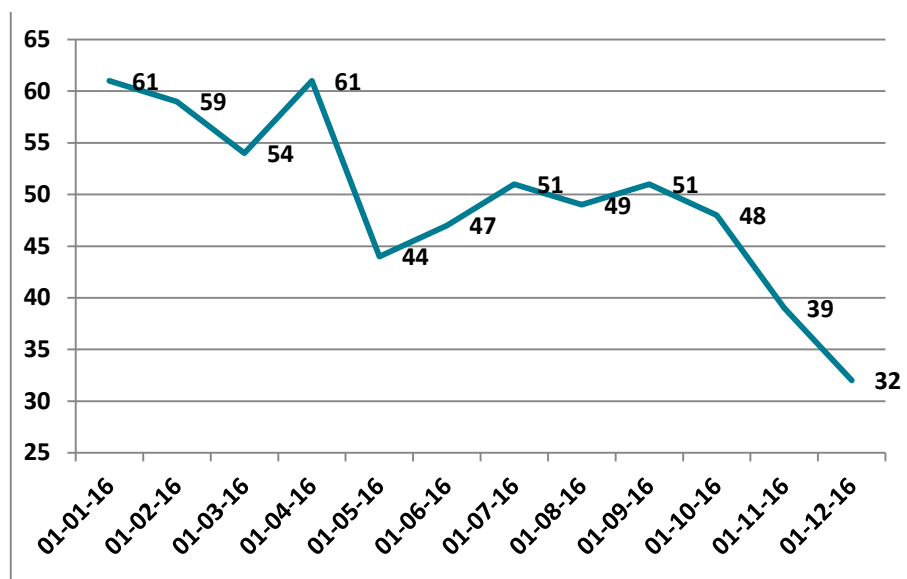
Source : Fonds des accidents médicaux

Ces intervenants ne sont bien évidemment pas les seuls à introduire une demande pour une victime. Il arrive, dans certains cas, que les ayants droits, les représentants légaux ou divers mandataires introduisent une demande auprès du Fonds. Ces autres introducteurs figurent sous la rubrique « Autres » dans le graphique ci-dessus. Cette rubrique n'est pas à négliger car elle représente plus de 7,5% en 2016 et 11% en 2015 du total des dossiers introduits.

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

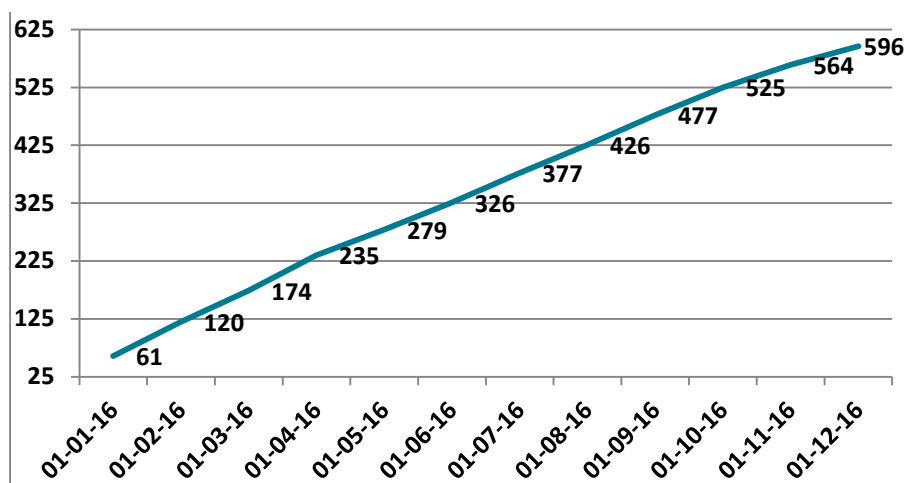
Les données relative au nombre de dossiers introduits par mois permettent notamment de déterminer s'il y a une croissance constante du nombre de dossiers, s'il y a des périodes plus creuses ou à forte activité, ou encore si des effets de démarrage ou un rythme de croisière apparaissent.

Graphique 14 - Nombre de dossiers ouverts par mois 2016



Source : Fonds des accidents médicaux

Graphique 15 - Nombre des dossiers cumulé ouvert par mois



Source : Fonds des accidents médicaux

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

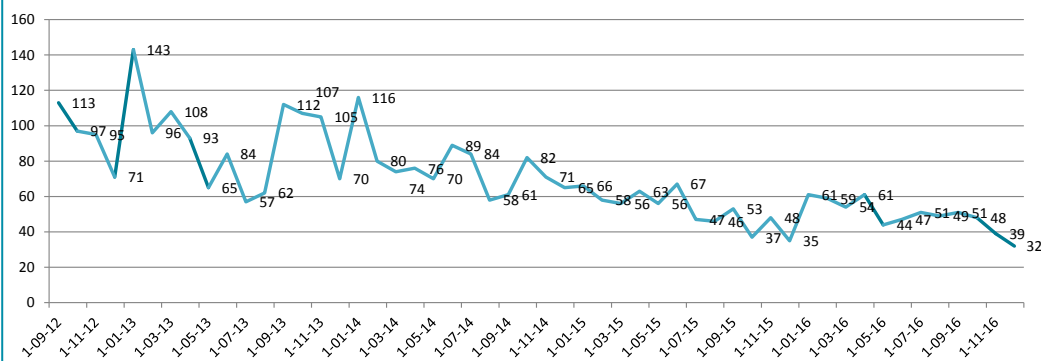
Tout d'abord, au regard du graphique du nombre de dossiers cumulés, on remarque une croissance très constante tout au long de l'année 2016. En effet, on se trouve face à une ligne pratiquement droite qui montre que l'afflux des dossiers est relativement stable et continu, avec une moyenne d'environ 50,5 dossiers par mois.

L'analyse des chiffres par mois permet toutefois de constater qu'il y a eu une introduction de dossiers plus importante au cours du premier trimestre de l'année 2016.

Enfin, si on compare ces chiffres aux années précédentes, on constate que le nombre de dossiers moyens entrants est en nette diminution en 2015. En effet, alors qu'en 2012 et 2013, il y avait plus de 90 nouveaux dossiers introduits chaque mois auprès du Fonds, ce chiffre est retombé à 76 en 2014 et à 50 en 2016. Le nombre de nouvelles demandes de décembre 2016 semble déviant et devra certainement faire l'objet d'une correction après le traitement de l'ensemble de la correspondance de la période de Noël. On a choisi de travailler sur la base des chiffres 27.12.2016, comme indiqué plus haut.

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

Graphique 16 - Nombre de dossiers ouverts par mois - depuis le lancement du Fonds



Source : Fonds des accidents médicaux

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

En date du 27.12.2016, sur la base des données figurant dans le système de gestion des dossiers, il y a, en ce qui concerne tous les dossiers introduits depuis la création du FAM :

Clôturés en phase 1 : ces dossiers ne sont donc pas traités en phase 2. Il s'agit essentiellement de dossiers qui se sont avérés administrativement irrecevables ou qui ont été arrêtés prématurément par le demandeur : 250.

Clôturés en phase 2 : il s'agit de dossiers pour lesquels un avis a été formulé et pour lesquels un traitement n'est plus nécessaire. Calculés sur la base du nombre total d'avis moins le nombre de Moza et d'avis où une responsabilité a été retenue avec seuil de gravité atteint : 775.

Clôturés en phase 3 : indemnisation payée : 44.

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

Il semble donc également utile de mentionner le nombre d'avis que le FAM a formulé en fin de phase 2 au cours des dernières années.

	F	N	Total
2013	3	-	3
2014	30	70	100
2015	112	237	349
2016	131	280	411
Source : Juristes FAM			

Par rapport aux années précédentes, le Fonds a réussi à formuler davantage d'avis. Le nombre d'indemnisations également a augmenté de 1 en 2014 à 11 en 2015 et à 44 en 2016, pratiquement toutes en capital sauf 1 en rente mensuelle.

8. Nombre de dossiers recevables et irrecevables et répartition linguistique

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

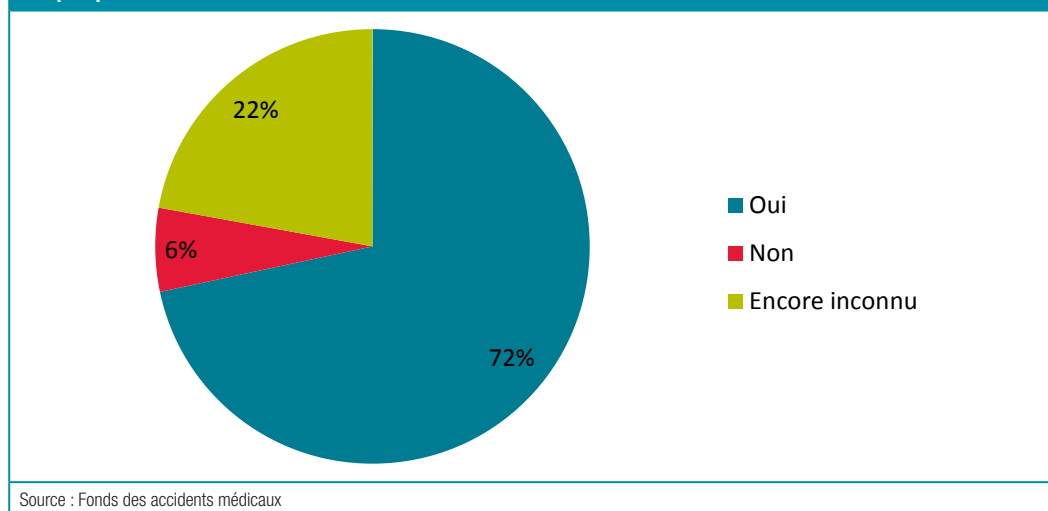
Tableau 10 - Répartition linguistique et recevabilité des dossiers 2016

Nombre de dossiers	Langue			Total
	D	F	N	
Recevabilité				
Oui	2	187	238	427
Non	-	13	24	37
Encore inconnu	-	92	40	132
Total	2	292	302	596

Source : Fonds des accidents médicaux

La différence de 132 dossiers qui existe entre le nombre de dossiers introduits en 2016 (596) et le total des dossiers recevables et irrecevables (427) correspond aux dossiers pour lesquels on ne savait pas encore, à la date du 31 décembre 2016, s'ils étaient administrativement recevables ou non (analyse en phase 1 sur les critères de recevabilité pas encore faite). C'est notamment le cas pour l'ensemble des dossiers introduits au cours du dernier trimestre de 2016, et pour un nombre restreint de dossiers pour lesquels la situation n'est pas claire.

Graphique 17 - Recevabilité - Total 2016

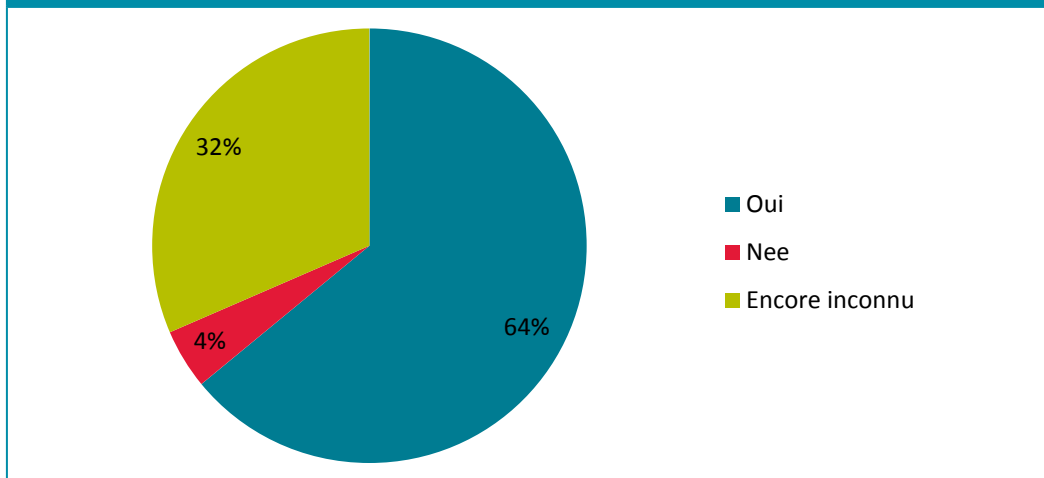


Source : Fonds des accidents médicaux

Le graphique ci-dessus laisse apparaître qu'en 2016, 6 % des dossiers introduits étaient administrativement irrecevables, ce qui représente près de 8 % des dossiers examinés.

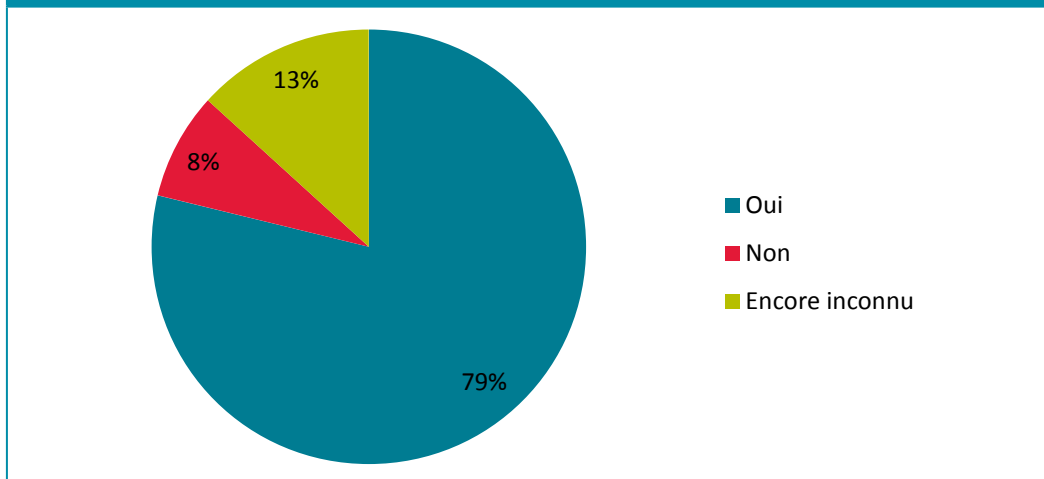
L'analyse de ces données par rôle linguistique fait apparaître les chiffres suivants :

Graphique 18 - Recevabilité FR



Source : Fonds des accidents médicaux

Graphique 19 - Recevabilité NL



Source : Fonds des accidents médicaux

Après analyse des dossiers francophones, on constate que le nombre de cas irrecevables est proportionnellement supérieur à celui des dossiers néerlandophones dans la phase administrative : 4 versus 8 % des dossiers introduits.

9. Avis

Dans ce chapitre, nous utilisons les données enregistrées par les juristes du FAM. Ces données peuvent différer des données figurant dans le système de gestion des dossiers.

Pour l'année 2016, les avis suivants ont été émis :

Total avis 2016			
	NL	FR	Total
Total	280	131	411
Spécifique			
- MOZA Accident médical sans responsabilité	9	1	10
- MOZA avec seuil de gravité	8	1	9
- Responsabilité	48	19	67
- Responsabilité avec seuil de gravité	28	7	35

10. Indemnisations

Au 31 décembre 2016, 44 dossiers ont fait l'objet d'une indemnisation. Parmi ces dossiers, seul un a fait l'objet d'une rente mensuelle, les autres ont été payés en capital.

L'indemnisation la plus basse est de 5645,69 EUR, tandis que la plus haute est de 556 333 EUR.

11. Contentieux

Contentieux	
Recours contre un avis du FAM	
NL	16
FR	9
Récupération par le FAM	
NL	10
FR	11
Recours contre un avis du FAM	
NL	4
Source : Fonds des accidents médicaux	

Partie 4 bis

Statistiques médicales



I. Considérations générales

Comme déjà mentionné auparavant dans ce rapport, les données disponibles dans Genidoc ont été utilisées. Il n'était pas possible de tenir compte de l'évolution de 10 % des dossiers déjà migrés dans DAMO

1. L'encodage

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

2. Limitations des chiffres actuels

Ce rapport est basé sur des données après avis final du FAM et sur l'encodage dans genidoc le 27.12.2016. Cet encodage n'a pas toujours été parfait dans le passé. Il semble impossible de vérifier les imperfections du passé et de les rectifier. Néanmoins, ce qui a été possible de faire a été fait.

II. Statistiques

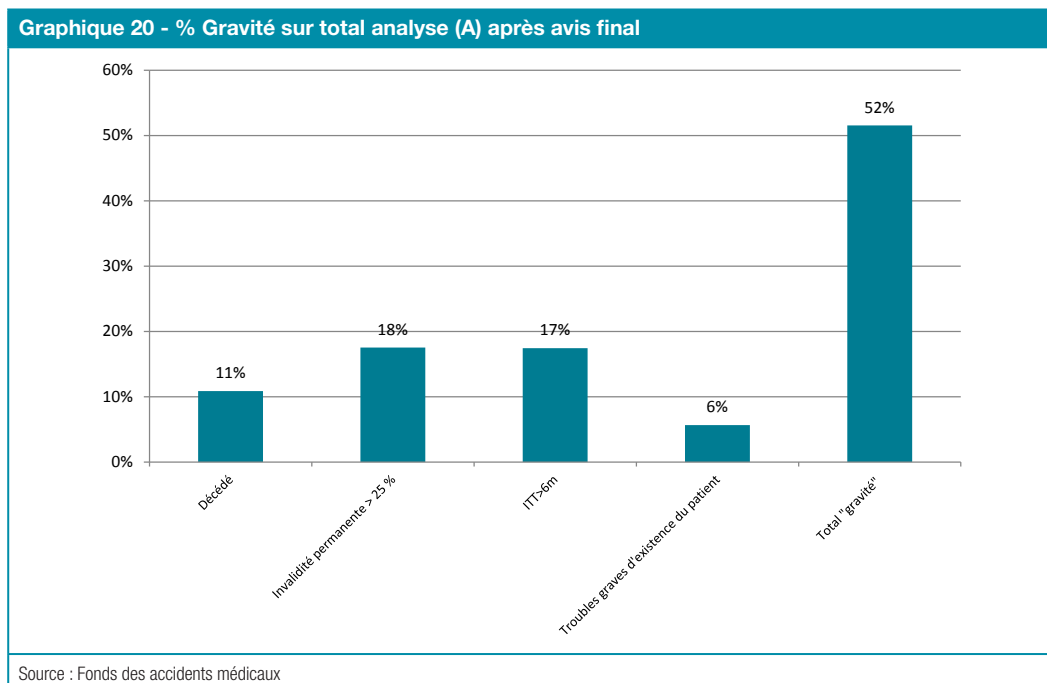
Les chiffres relatifs aux dossiers

a. Seuil de gravité : analyse des dossiers où le FAM a émis un avis

Tableau 11 : seuil de gravité			
	Avis Final du FAM	% Total Analyse	% Total Gravité
Total analyse	883	100%	
Décès	96	11%	21%
Invalidité permanente > 25%	155	18%	34%
ITT>6m	154	17%	34%
Troubles particulièrement graves, y compris d'ordre économique, dans les conditions d'existence du patient	50	6%	11%
Total "gravité"	455	52%	100%

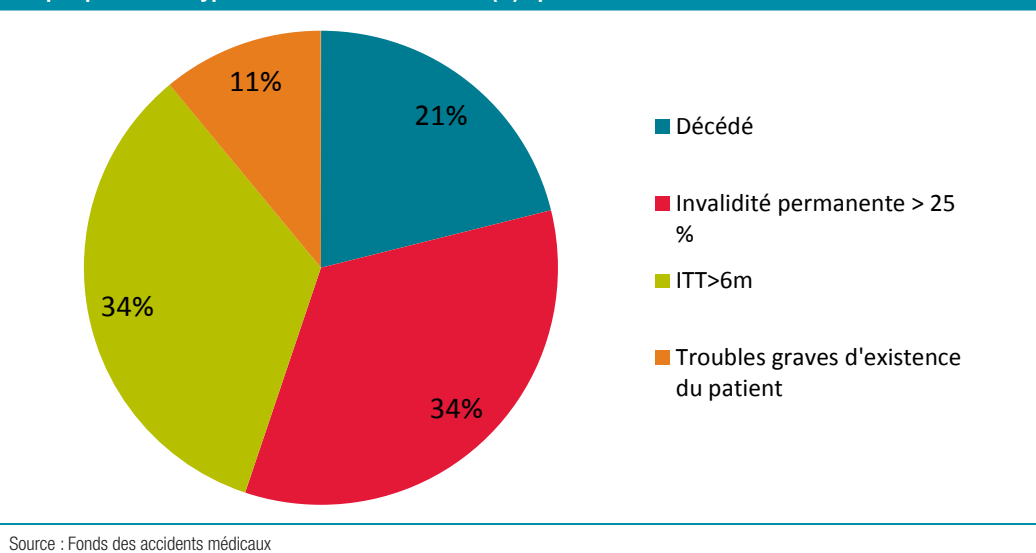
Source : Fonds des accidents médicaux

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



Pour tous les avis, il s'avère que 48 % des cas n'atteignent pas le seuil de gravité, 52 % l'ont donc atteint, dans 11 % des dossiers le patient est décédé, dans 18 % des cas le patient a conservé une invalidité permanente d'au moins 25 % après l'accident, dans 17 % des dossiers le patient a vécu plus de 6 mois dans une période de 12 mois d'incapacité de travail ou à une incapacité de travail permanente, dans 6 % des cas une grave perturbation des conditions de vie a été retenue.

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



Après avis final, il s'avère que, quelle que soit la décision (responsabilité, accident médical sans responsabilité ou aucune des deux), dans 52 % des avis le seuil de gravité, tel que prévu, dans la loi, a été atteint. Dans les dossiers où le seuil de gravité a été atteint, il y a invalidité permanente > 25 % dans 1/3 des cas, une incapacité de travail (6 mois d'incapacité temporaire sur 12 mois ou incapacité de travail permanente) dans 1/3 des avis, dans 1/5 des avis l'intéressé est décédé, une grave perturbation (également économique) de ses conditions de vie a été retenue dans plus de 10 % des cas où le seuil de gravité a été atteint.

b. Lieu de l'accident médical

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

Le tableau ci-dessous reprend en détail le lieu de l'accident dans les hôpitaux

Tableau 12 - Lieu de l'accident global : au moment de l'avis final

	Nombre	%
Hôpital (également hôpital militaire)	836	88,56
En-dehors d'un hôpital	106	11,23
Labo clinique	1	0,11
Établissement médecine préventive	1	0,11
TOTAL	944	100

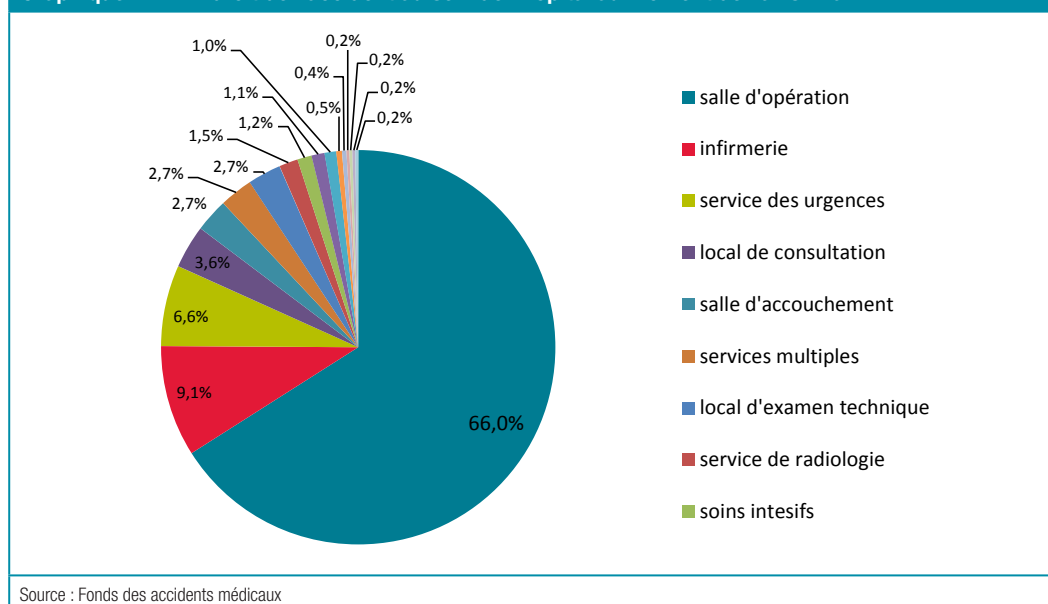
Source : Fonds des accidents médicaux

Tableau 13 - Lieu de l'accident au sein de l'hôpital au moment de l'avis final

	Nombre de cas	%
salle d'opération	557	66,0%
infirmierie	77	9,1%
service des urgences	56	6,6%
local de consultation	30	3,6%
salle d'accouchement	23	2,7%
services multiples	23	2,7%
local d'examen technique	23	2,7%
service de radiologie	13	1,5%
soins intensifs	10	1,2%
cathlab	9	1,1%
salle préopératoire	8	1,0%
oncologie	4	0,5%
salle de réveil	3	0,4%
neonatalogie/soins intensifs neonatalogie	2	0,2%
service de radiotherapie	2	0,2%
service de revalidation	2	0,2%
service de dialyse	2	0,2%
TOTAL	844	100%

La très grande majorité des accidents médicaux semble se produire à l'hôpital (88 %) et très souvent en salle d'opération (66 %). Outre les salles d'opération, les services infirmiers et les services d'urgence semblent fréquemment connaître un grand nombre d'accidents. Ces données confirment grosso modo les constatations du passé.

Graphique 22 - *Endroit de l'accident au sein de l'hôpital au moment de l'avis final



c. Prestataires de soins

Tableau 14 - Prestataires de soins concernés au moment de l'avis final		
	Nombre de cas	%
Médecins		
orthopédie	273	28,9%
chirurgie générale	102	10,8%
gynécologie-obstétrique	65	6,9%
neurochirurgie	61	6,5%
anesthésie	50	5,3%
gastro-entérologie	29	3,1%
médecine d'urgence / médecine aiguë	29	3,1%
ophtalmologie	26	2,8%
urologie	24	2,5%
chirurgie vasculaire	22	2,3%
médecine générale	22	2,3%
cardiologie	18	1,9%
oto-rhino-laryngologie	18	1,9%
chirurgie plastique	15	1,6%
radiologie	15	1,6%
oncologie	13	1,4%
généraliste interne	11	1,2%
chirurgie cardiaque	10	1,1%
chirurgie maxillofaciale et stomatologie	9	1,0%
neurologie	8	0,8%
psychiatrie	8	0,8%
chirurgie thoracique	7	0,7%
physiothérapie et rééducation	7	0,7%
pneumologie	4	0,4%
hématologie	4	0,4%
soins intensifs	3	0,3%
dermatologie	3	0,3%
com (consultation oncologique multidisciplinaire)	3	0,3%
hôpital	3	0,3%
reumatologie	2	0,2%
néphrologie	2	0,2%
pédiatrie	2	0,2%
gériatrie	2	0,2%
radiothérapie	2	0,2%
médecine admin.	1	0,1%
autres prestataires de soins		
osthéoopathe	1	0,1%
transport des patients	1	0,1%
podologue	1	0,1%
technicien imagerie médicale	2	0,2%
audiologue / audicien	1	0,1%
bandagiste / orthésiste / prothésiste	1	0,1%

Tableau 14 - Prestataires de soins concernés au moment de l'avis final - Suite		
	Nombre de cas	%
disciplines de l'art dentaire		
dentiste en général / inconnu	31	3,3%
parodontologie	1	0,1%
praticien de l'art infirmier		
praticien de l'art infirmier	27	2,9%
kinésithérapeute		
kinésithérapeute	5	0,5%
TOTAL	944	100%

Un grand nombre des prestataires de soins impliqués dans un accidents médical appartiennent à des disciplines aiguës, arrivent en tête les chirurgiens et orthopédistes. Bien sûr ces chiffres doivent être comparés au nombre total des prestations de ces différentes disciplines. Il faut donc être prudent dans l'interprétation de ces chiffres

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

Tableau 15 - Prestataires de soins + seuil de gravité atteint : après avis			
	Nombre de cas	%	Cumul %
orthopédie	131	28,79%	28,79%
chirurgie générale	51	11,21%	40,00%
neurochirurgie	40	8,79%	48,79%
gynécologie-obstétrique	39	8,57%	57,36%
anesthésie	22	4,84%	62,20%
gastro-entérologie	19	4,18%	66,37%
ophtalmologie	15	3,30%	69,67%
chirurgie vasculaire	12	2,64%	72,31%
urologie	11	2,42%	74,73%
médecine d'urgence / médecine aiguë	11	2,42%	77,14%
médecine générale	11	2,42%	79,56%
cardiologie	10	2,20%	81,76%
praticien de l'art infirmier	10	2,20%	83,96%
généraliste interne	9	1,98%	85,93%
oncologie	8	1,76%	87,69%
neurologie	7	1,54%	89,23%
psychiatrie	6	1,32%	90,55%
radiologie	5	1,10%	91,65%
chirurgie thoracique	5	1,10%	92,75%
hématologie	4	0,88%	93,63%
oto-rhino-laryngologie	4	0,88%	94,51%
chirurgie cardiaque	4	0,88%	95,38%
chirurgie plastique	3	0,66%	96,04%
pneumologie	3	0,66%	96,70%
dentiste en général / inconnu	3	0,66%	97,36%
chirurgie maxillofaciale et stomatologie	2	0,44%	97,80%
gériatrie	2	0,44%	98,24%
soins intensifs	2	0,44%	98,68%
fysio et révalidation	1	0,22%	98,90%
osthéopathie ?	1	0,22%	99,12%
podologue	1	0,22%	99,34%
néphrologie	1	0,22%	99,56%
transport patient	1	0,22%	99,78%
rhumatologie	1	0,22%	100,00%
Total	455	100,00%	

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

Les mêmes disciplines figurent en haut de la liste et font partie des disciplines aiguës. Bien sûr ces chiffres doivent être comparés au nombre total des prestations de ces prestataires.

MM

e. Lésions directes

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

Tableau 16 - Lésions directes / globalement : au moment de l'avis final

	Nombre de cas	%	Cumul %
lésions locomotrices (membre supérieur ou inférieur)	231	23,8%	23,8%
tractus gastro-intestinal + organes et paroi de l'abdomen	116	12,0%	35,8%
lésions neurologiques périphériques	113	11,7%	47,5%
lésions spinales	92	9,5%	57,0%
lésions générales	78	8,0%	65,0%
lésions cérébrales	58	6,0%	71,0%
système urinaire	49	5,1%	76,1%
lésions vasculaires	42	4,3%	80,4%
lésions cutanées et lésions à la suite de chirurgie esthétique	31	3,2%	83,6%
lésions dentaires et maxillo-faciales	31	3,2%	86,8%
lésion oculaire	29	3,0%	89,8%
pulmonaire + paroi du thorax et médiastin	20	2,1%	91,8%
lésion orl	19	2,0%	93,8%
lésions cardiaques	18	1,9%	95,7%
lésions obstétriques	15	1,5%	97,2%
lésions psychiques	10	1,0%	98,2%
lésions gynécologiques	6	0,6%	98,9%
lésions spécifiques à l'anesthésie	4	0,4%	99,3%
lésions oncologiques	4	0,4%	99,7%
lésions endocrinologiques	3	0,3%	100,0%
TOTAL	969	100%	

Source : Fonds des Accidents Médicaux

f. Séquelles

Tableau 17 - Séquelles : avis final			
	Nombre de cas	%	Cumul %
séquelles locomotrices	254	25,8%	25,8%
séquelles générales*	173	17,5%	43,3%
séquelles neurologiques périphériques	110	11,2%	54,5%
séquelles spinales	84	8,5%	63,0%
séquelles gastro-intestinales	81	8,2%	71,2%
séquelles cérébrales	58	5,9%	77,1%
séquelles uro-néphrologiques	33	3,3%	80,4%
séquelles ophtalmologiques	31	3,1%	83,6%
séquelles dentaires et maxillo-faciales	26	2,6%	86,2%
séquelles orl	21	2,1%	88,3%
séquelles sous forme de cicatrice - infections superficielles	19	1,9%	90,3%
séquelles cardiaques	18	1,8%	92,1%
séquelles touchant les voies respiratoires	15	1,5%	93,6%
séquelles de chirurgie esthétique	14	1,4%	95,0%
séquelles psychiques	14	1,4%	96,5%
séquelles obstétriques (fœtus et mère)	9	0,9%	97,4%
multiples**	7	0,7%	98,1%
séquelles vasculaires périphériques	7	0,7%	98,8%
séquelles andrologiques	5	0,5%	99,3%
séquelles oncologiques	2	0,2%	99,5%
séquelles endocrines	2	0,2%	99,7%
séquelles gynécologiques	2	0,2%	99,9%
séquelles de la rate	1	0,1%	100,0%
TOTAAL	986	100%	
*: Séquelles générales : - non précisé - pas - dommage moral permanent - résultat insatisfaisant - traitement retardé / alourdi - malaise non précisé - arrêt cardiaque - choc - séquelle d'une fascite nécrosante - cachexie - infection chronique/récurrente générale - pathologie systémique - autre **: Multiples : plusieurs séquelles simultanées			
Source : Fonds des Accidents Médicaux			

Tout à fait conformément à la constatation faite dans les points précédents où il est démontré que la majorité des accidents médicaux sont la conséquence de prestations de santé effectuées par des orthopédistes en milieu hospitalier, les séquelles sont le plus souvent localisées au niveau des membres inférieurs et supérieurs et les victimes ont des séquelles locomotrices.

III. Autres activités des médecins

1. Les médecins internes

Début 2016, le médecin-coordonateur a quitté le Fonds. Tout au long de l'année 2016, 4 médecins francophones et 5 médecins néerlandophones y ont travaillé. Un médecin travaille à temps partiel, les autres travaillent à temps plein.

Au cours de l'année 2016, un recrutement de 2 médecins francophones supplémentaires a été lancé. Cette procédure n'était pas encore terminée fin 2016.

2. Le réseau d'experts externes

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

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

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

En 2016, le FAM a collaboré avec les experts externes qui ont été recrutés par voie de marchés publics en 2013 et 2015. Outre les experts des marchés publics, le FAM a, le cas échéant, fait appel à des experts via un contrat de services.

Pour étendre le réseau des experts externes, un nouveau marché public a été lancé en 2016 avec possibilité d'inscription jusqu'au 6 janvier 2017.

3. Présentations

En 2016 également, les collaborateurs du FAM ont organisé des sessions d'information sur le fonctionnement du Fonds au sein d'organisations scientifiques de médecins et autres, lors de symposiums, de réunions de GLEM de médecins, etc., à l'exception des initiatives commerciales.

- 06.10.2016 : Grimbergen : dentistes-experts
- 22.10.2016 : UIA lésions nerveuses à la suite d'un traitement médical
- 02.12.2016 : Sint-Niklaas L'obstétrique en mouvement
- 19.09.2016 : "Upper limit trauma : why did my treatment fail" Gand

En décembre 2016, le FAM a organisé une formation pour les experts médicaux, pour chaque rôle linguistique, une fois l'après-midi et une fois en soirée. Ces sessions d'information ont porté sur la mission de l'expert, la déclaration ("disclosure"), le consentement éclairé, l'agenda de l'expertise et le rapport. En outre, les participants ont reçu des informations utiles concernant un nouveau marché public avec clôture des inscriptions le 6 janvier 2017. Les experts juridiques et les avocats également ont été conviés à ces sessions d'informations.

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

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

Tout comme dans le passé, nous avons constaté lors de ces rencontres avec les dispensateurs de soins qu'il subsistait d'importantes fausses idées sur la loi relative aux indemnisations de victimes d'accidents médicaux et sur le FAM. Citons comme exemple frappant le fait qu'ils pensent que la loi du 31 mars 2010 est une loi "no-fault" et que le FAM verse des indemnités dans tous les cas de lésions graves.

Partie 5
Informations financières
« missions »



Après avoir abordé les statistiques relatives aux activités « missions » du Fonds, il convient de jeter un œil sur le budget et le coût potentiel de ces différentes missions pour le Fonds. C'est pourquoi cette 5ème partie est consacrée aux informations financières et aux budgets 2016 et 2017 du Fonds. Ces budgets seront présentés en deux parties, une partie relative aux missions du Fonds et une partie relative aux dépenses de fonctionnement du Fonds (budget de gestion).

Depuis la mise en place effective du Fonds le 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 ces derniers mois, nous sommes en mesure de fournir des statistiques significatives en ce qui concerne ces indemnités.

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

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

1. Budget 2016 et 2017 – Missions

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

Tableau 18 - Budget missions 2016	
Rubrique	Budget 2016
8157 – Contentieux relatif aux missions de l'institution	110.000
8158 – Honoraires autres que pour le contentieux	805.000
80500 – Prise en charge des frais incombant aux bénéficiaires :	10.220.555
<ul style="list-style-type: none"> • Indemnités : 2.370.000 EUR • Sinistres catastrophiques : 4.806.512 EUR • Infections nosocomiales : 1.500.436 EUR • Expertises contradictoires : 1.543.607 EUR 	
TOTAL	11.135.555
Source : Fonds des Accidents Médicaux	

Le tableau ci-dessous présente les moyens 2017 mis à disposition du Fonds pour exécuter ses missions.

Tableau 19 - Budget missions 2015	
Rubrique	Budget 2017
8157 – Contentieux relatif aux missions de l'institution	110.000
8158 – Honoraires autres que pour le contentieux	805.000
80500 – Prise en charge des frais incombant aux bénéficiaires :	17.333.063
<ul style="list-style-type: none"> ○ Indemnisations : 9.251.008 EUR ○ Sinistres catastrophiques : 5.193.757 EUR ○ Infections nosocomiales : 1.545.450 EUR ○ Expertises contradictoires : 1.342.848 EUR 	
TOTAL	18.248.063
Source : Fonds des Accidents Médicaux	

Commentaires

Le contentieux relatif aux missions de l'institution représente le montant estimé pour payer des avocats dans le cadre de procédures juridiques contre un assureur privé ou de procédures contre les assurés, en contestation d'un avis ou autre cause.

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

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

Dans la suite de ce rapport, nous confronterons ces budgets avec les dépenses de missions réalisées en 2016 et plus particulièrement les dépenses liées aux expertises, qu'elles soient unilatérales ou contradictoires, et aux indemnisations.

2. Budget 2016 et 2017 – 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 2016 et 2017.

Tableau 20 - Budget de gestion 2016		
Budget 2015	TOTAL (EUR)	%
Personnel	3.270.000	67,72%
Fonctionnement ordinaire	688.079	14,25%
Investissements mobiliers	17.000	0,35%
Fonctionnement informatique	752.541	15,59%
Investissements informatiques	101.000	2,09%
TOTAL budget de gestion	4.828.620	100%
Source : Fonds des Accidents Médicaux		

Tableau 21 - Budget de gestion 2017		
Budget 2016	TOTAL (EUR)	%
Personnel	3.365.433	68,02%
Fonctionnement ordinaire	670.208	13,55%
Investissements mobiliers	7.000	0,14%
Fonctionnement informatique	772.791	15,62%
Investissements informatiques	101.000	2,04%
Impôts et contentieux	31.000	0,63%
TOTAL budget de gestion	4.947.432	100%
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.

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

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

III. Statistiques financières concernant les missions

Il est temps maintenant de passer aux statistiques « missions » du Fonds. En effet, de nombreuses expertises ont été réalisées par le Fonds et ont permis de récolter certaines données financières relatives aux missions du Fonds. Nous nous attacherons donc, dans cette partie, à donner des statistiques et informations concernant le coût de ces expertises.

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

Le tableau ci-dessous reprend les données relatives aux expertises et demandes d'avis ainsi que le montant et le nombre d'indemnisations payées depuis le démarrage du Fonds (statistiques arrêtées au 31/12/2016). Nous allons d'abord analyser les données relatives aux expertises et les mettre sous forme de graphiques afin d'avoir une vision plus claire de la nature des expertises, de leur répartition et de leur coût. Ensuite, nous analyserons les données relatives au coût des différentes indemnisations déjà versées.

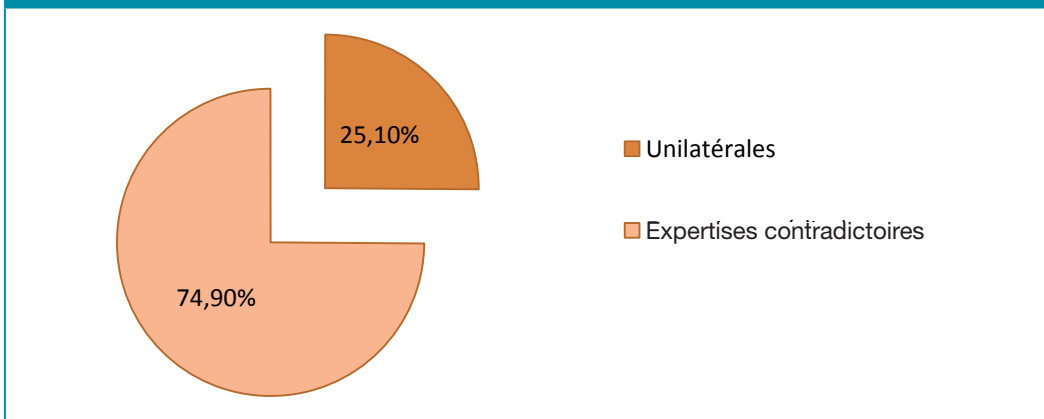
Tableau 22 - Coût des expertises du FAM

Type	Nombre d'expertises facturées / indemnisations versées	Coût total	Coût moyen
EXPERTISES	1.442	2.623.761,04	1.819,53
Unilatérales	362	325.900,04	900,28
Expertises contradictoires	1.080	2.297.861,00	2.127,65
FRAIS D'AVOCATS	370	781.863,51	2.113,14
Demandes d'avis	296	651.941,64	2.202,51
Contentieux	74	129.921,87	1.755,70
Indemnisations	66	5.365.428,66	81.294,37
TOTAL	1.878	8.771.053,21	-

Source : Fonds des Accidents Médicaux

Nous constatons tout d'abord que les expertises contradictoires sont toujours plus nombreuses que les expertises unilatérales. En effet, comme nous le montre le graphique ci-dessous, les proportions d'expertises contradictoires et unilatérales sur l'ensemble des expertises sont respectivement de 74,90% et 25,10%. C'est un constat intéressant lorsque l'on sait qu'un an auparavant, la proportion était d'environ 70% pour les expertises contradictoires et 30% pour les unilatérales. Il y a donc eu une progression plus forte des expertises contradictoires par rapport aux unilatérales au cours des derniers mois. On peut même aller plus loin en précisant que deux ans auparavant la proportion était proche du 60-40 en ce qui concerne le type d'expertise.

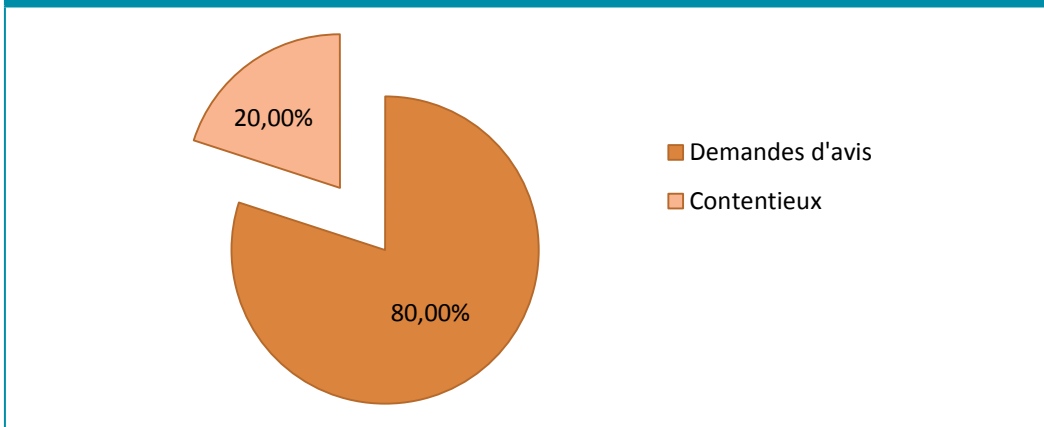
Graphique 23 - Répartition expertises unilatérales et contradictoire facturées



Source : Fonds des accidents médicaux

Si on s'attarde sur les frais d'avocats, et plus particulièrement sur le nombre de demandes faites aux différents avocats, on constate que la plupart des demandes concerne la relecture des avis préparés par le Fonds avec près de 80% des demandes. Le nombre d'appels à des avocats pour représenter le Fonds dans le cadre de procédures juridiques représente 20% des demandes mais ce chiffre est en constante augmentation ces derniers mois. En effet, il y a un an les contentieux ne représentaient que 10% des demandes faites aux avocats.

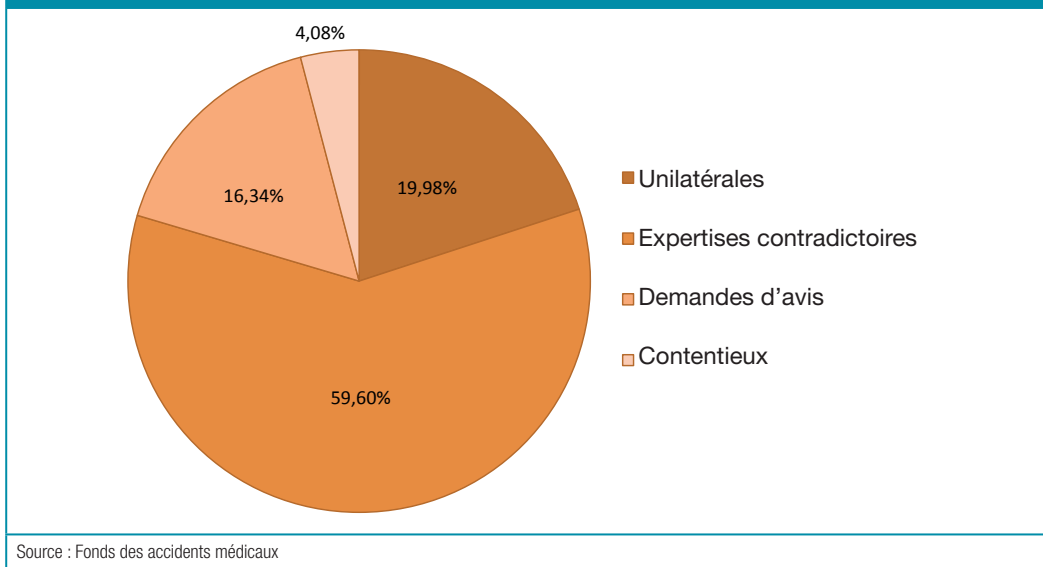
Graphique 24 - Répartition des appels à des avocats



Source : Fonds des accidents médicaux

Si on regroupe les deux graphiques précédents, on peut clairement voir que près de 80% des factures qui sont payées actuellement par le Fonds concernent des expertises demandées dans le cadre du traitement d'un dossier. Les factures relatives à des frais d'avocats ne représentant que 16% des factures honorées. Ce constat est assez logique étant donné que les avis des avocats spécialisés ne sont demandés qu'en fin de traitement des dossiers, après que les expertises contradictoires et unilatérales aient permis de dégager les dossiers pour lesquels une indemnisation est envisageable.

Graphique 25 - Répartition par type de factures



En ce qui concerne le coût de ces expertises et demandes, on voit que ce sont les demandes d'avis qui sont les plus onéreuses avec un coût moyen de 2.202,51 EUR, devant les expertises contradictoires avec un coût moyen de 2.127,65 EUR, le contentieux avec 1.755,70 EUR et à peine 900,28 EUR pour les expertises unilatérales. Ceci représente une évolution importante par rapport aux années précédentes où les expertises contradictoires avaient traditionnellement un coût plus élevé que les demandes d'avis. Cette évolution corrobore parfaitement le constat fait l'année dernière d'une diminution globale du coût des expertises (unilatérales expertises contradictoires) et d'une augmentation des coûts liés aux factures d'avocats (avis et contentieux).

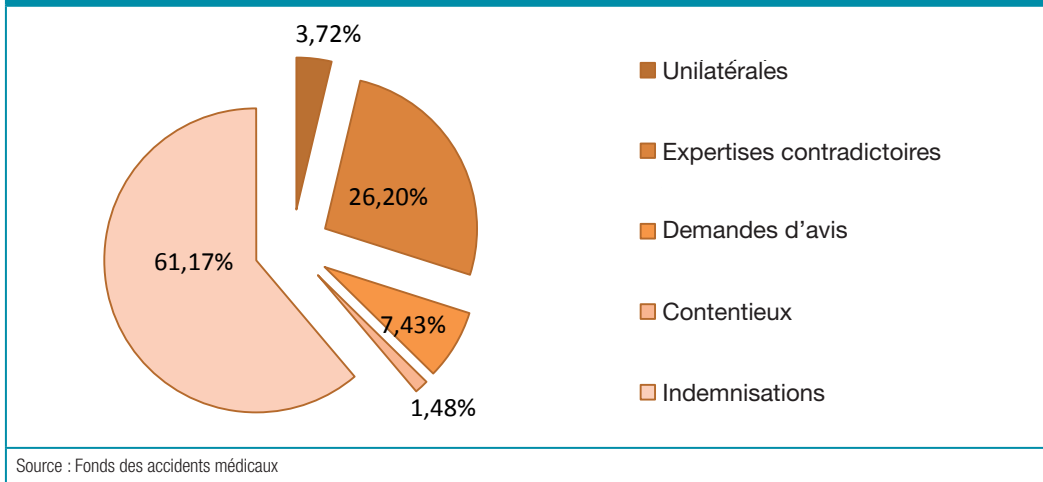
Abordons maintenant les chiffres relatifs aux indemnisations. Au 31/12/2016, 66 indemnisations ont été versées par le Fonds ce qui représente 52 indemnisations de plus que fin 2015. Le tableau ci-dessous nous donne une vue, mois par mois, sur le nombre et le montant des indemnisations payées par le Fonds.

Tableau 23 - Indemnisations payées par le FAM	
déc-14	122.575,01
TOTAL 2014	122.575,01
janv-15	0,00
févr-15	66.532,36
mars-15	2.937,15
avr-15	2.708,54
mai-15	144.506,00
juin-15	0,00
juil-15	0,00
août-15	5.400,00
sept-15	106.180,59
oct-15	421.350,99
nov-15	195.531,94
déc-15	285.648,48
TOTAL 2015	1.230.796,05
janv-16	44.088,71
févr-16	5.535,00
mars-16	222.718,64
avr-16	503.927,09
mai-16	330.871,92
juin-16	1.084.691,41
juil-16	25.032,00
août-16	922.945,83
sept-16	129.246,81
oct-16	172.829,83
nov-16	324.317,09
déc-16	245.853,27
TOTAL 2016	4.012.057,60
Source : Fonds des accidents médicaux	

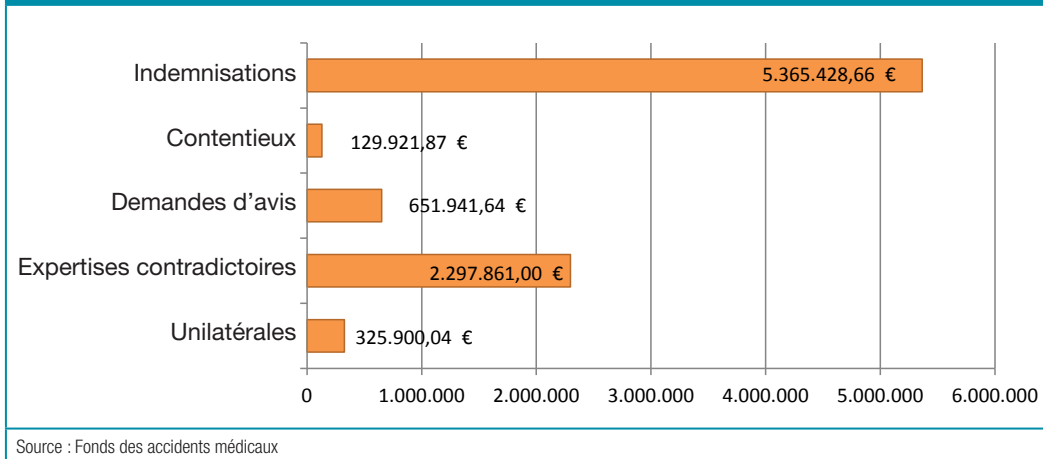
Le tableau ci-dessus nous donne plusieurs informations intéressantes. Tout d'abord, on peut remarquer l'augmentation très importante des montants versés par le Fonds en 2016 puisqu'on passe d'un montant de 1.230.796,05 EUR en 2015 à 4.012.057,60 EUR en 2016. Ensuite, on remarque une grande disparité dans les montants payés par mois. En effet, selon les cas à indemniser chaque mois et leur gravité, les montants peuvent aller de quelques milliers d'euros à plusieurs centaines de milliers d'euros ! Il est donc très difficile de faire des prévisions mensuelles sur les dépenses engendrées par les indemnisations. Enfin, si la tendance de ce tableau se poursuit, on peut probablement s'attendre en 2017 à une augmentation du montant total de ces indemnisations.

Une autre constatation évidente que l'on peut faire 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 indemnisations représente plus de 60% du montant total des frais encourus par le Fonds depuis son démarrage en septembre 2012. Plus précisément, on constate que 66 indemnisations représentent un montant deux fois plus élevé que celui des 1.442 expertises déjà payées (5.365.428,66 EUR contre 2.623.761,04 EUR).

Graphique 26 - Ventilation par type de coût



Graphique 27 - Montant total par type de coût



Partie 6

Recommandations pour prévenir les dommages résultant de soins de santé



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

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

Les efforts consentis pour affiner les statistiques ont été poursuivis en 2016. Le résultat de ce travail est intégré dans le nouveau logiciel et sera encore davantage ajusté et affiné.

Ces efforts combinés à l'augmentation constante du nombre de dossiers ont donné lieu, fin 2016, à la constitution d'une base de données sur la base de laquelle des recommandations peuvent être formulées.

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

Partie 7

Avis du Fonds



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

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

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

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

1. La mission d'expertise

a. Introduction du principe de déclaration

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Une expertise contradictoire est organisée :

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

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

Toutes les parties sont alors associées de manière contradictoire¹ à l'expertise en cours. Ce n'est qu'après que l'expert pourra émettre un avis médical.

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

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

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

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

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

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

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

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

PHASE APRÈS L'EXPERTISE CONTRADICTOIRE

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

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

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

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

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

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

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

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

Date de publication : Octobre 2017

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

Réalisation : Fonds des accidents médicaux

Graphique design : Cellule communication de l'INAMI

Photo : Verypics

Dépôt légal : D/2017/0401/21