



Fonds des accidents médicaux

Rapport d'activités 2020

Préface	4
Mot de la direction	5
Partie 1 Missions du Fonds des accidents médicaux et organisation	7
I. Missions	8
1. Missions d’avis, d’indemnisation et de médiation	8
2. Mission de prévention d’enregistrement et de reporting	9
II. Comité de gestion	10
1. Composition	10
2. Compétences	11
Partie 2 Organigramme et structure du Fonds	12
I. Organigramme	13
II. Experts externes	14
III. ICT – développements	15
Partie 3 Activités relatives aux missions	17
I. Suivi administratif et observations statistiques	18
1. Nombre total de dossiers entrants, ouverts et clôturés par rôle linguistique pour l’année 2019 et depuis la création du Fonds	18
2. Le nombre total de dossiers déposés par mois et par rôle linguistique	21
3. Statut de tous les dossiers déposés depuis la création du Fonds	22
4. Répartition par phase des dossiers, de leur ouverture à l’indemnisation	24
5. Évolution des dossiers irrecevables	25
6. Évolution du nombre de dossiers entrants et sortants	27
7. Répartition des dossiers selon le type de demandeur	29
8. Avis par type	30
9. Indemnisations après avis et par type	32
II. Activités médicales et statistiques	34
1. L’encodage	34
2. Statistiques	34
III. Activités juridiques, suivi et statistiques	46
1. Généralités	46
2. Catégories	47

Partie 4 Gestion financière et encadrement	50
I. Budgets et réalisations – Missions	51
II. Budgets et réalisations - Gestion	53
III. Comparaison budget et réalisations 2020	55
IV. Statistiques financières concernant les missions.	57
Partie 5 Autres activités	62

Préface

Chère lectrice, Cher lecteur,

Dans ce 9^e rapport d'activités, le Fonds des accidents médicaux (Fonds) fait à nouveau le point et attire l'attention sur l'avancement de ses activités. Ce rapport reflète la situation à la fin de l'année 2020 et en souligne l'évolution depuis le lancement du Fonds.

Au cours des 10 dernières années, l'institution s'est développée à bien des égards : politique du personnel ajustée, ajout du support des processus numériques, manuels et processus adaptés. Le Fonds a construit une expertise au fil du temps.

Malgré sa croissance et les efforts qu'il a déployés au cours de l'année écoulée, le Fonds est confronté à un arriéré considérable, comme l'indique également le rapport d'audit de la Cour des comptes. L'amélioration est sensible, mais il convient de réduire davantage le temps moyen de traitement des dossiers.

Dans la période à venir, le Fonds connaîtra des changements importants, avec un mode de fonctionnement adapté et un engagement fort pour réduire l'arriéré, sans perdre de vue la qualité des avis.

Le Comité de gestion, en collaboration avec le directeur et toute l'équipe du Fonds, cherche à résoudre, dans le cadre légal et des missions du Fonds qui y sont fixées, les difficultés auxquelles celui-ci est confronté.

Une tendance positive et une amélioration sont observées mais nombreuses actions doivent être encore mises en œuvre pour atteindre les objectifs fixés. La priorité absolue est de réduire le temps de traitement des dossiers. Le Comité de gestion continuera à veiller à ce que le meilleur service puisse être fourni et que les missions soient exécutées au mieux conformément à la loi.

Geneviève Schamps

Présidente du Comité de gestion

Steven Lierman

Vice-Président du Comité de gestion

Mot de la direction

Dans ce rapport annuel, nous décrivons la structure du Fonds, les développements opérés et les efforts consentis en termes de missions. Dans ce rapport d'activités, nous vous informons de manière transparente sur la situation du Fonds jusque fin 2020.

L'année 2020 fut particulière, le coronavirus a nécessité un passage rapide et total du processus papier au processus numérique. Le Service gestion de documents a travaillé d'arrache-pied pour numériser tous les dossiers ; cette tâche achevée dès fin 2020 a permis à ses collaborateurs d'assurer leur mission en travaillant à 100% à domicile comme l'exigeait la situation. Les autres collaborateurs étaient déjà en mesure d'effectuer leurs missions de cette façon dès le début des mesures sanitaires. Cette crise a également nécessité une nouvelle approche des évaluations médicales, où les téléconférences et les réunions à distance ont été utilisées au maximum, sous réserve bien entendu de l'accord de toutes les parties.

La 1^{re} partie du rapport porte sur les missions du Fonds. Ces missions sont définies par la loi et, comme vous le constaterez, n'ont pas changé depuis le lancement du Fonds. La composition du Comité de gestion et ses compétences sont également inchangées par rapport aux années précédentes.

Le Fonds a pour mission principale d'indemniser les victimes de dommages résultant de soins de santé, principalement les victimes d'un accident médical dont le degré de gravité a été atteint (tel que défini dans la loi du 31.03.2010), soit dans la mesure où le Fonds retient la responsabilité d'un prestataire de soins et où ce prestataire ou son assureur refuse d'intervenir soit dans la mesure où le Fonds conclut à un accident médical sans responsabilité indemnisable au sens de la loi. Le Fonds intervient également s'il est question d'une proposition manifestement insuffisante et lorsqu'il s'agit d'un prestataire de soins qui est estimé responsable mais dont la responsabilité civile n'est pas ou pas suffisamment couverte.

Sur la base des recommandations de la Cour des comptes, au second semestre 2020, le Fonds, en collaboration avec le Comité de gestion, a examiné et évalué les points problématiques et les missions en vue de définir une vision d'avenir et une stratégie utile pour accélérer l'optimisation des méthodes et processus de travail.

Dans la 2^e partie de ce rapport, vous trouverez des informations sur la structure organisationnelle du Fonds et ses développements. Tout est mis en œuvre pour répondre le plus rapidement et le plus précisément possible au départ d'un collaborateur, afin de compléter le cadre du personnel de manière optimale.

La 3^e partie du rapport traite des activités du Fonds et des données statistiques associées. Vous pourrez faire un certain nombre d'observations importantes. En 2020, on constate à nouveau une évolution positive du traitement des dossiers. L'arriéré diminue en continu.

Le rapport de la Cour des comptes montre que les nombreux efforts ont porté leurs fruits, mais que l'arriéré est considérable et que nous devons encore accélérer le rythme. Sur la base des

recommandations de la Cour des comptes, nous cherchons des solutions aux points problématiques qui sont en partie à l'origine des retards. Nous avons déjà pris de nombreuses initiatives pour réduire drastiquement les délais moyens de traitement des dossiers. Sur la base d'un aperçu, d'un audit préalable et d'un plan d'actions, nous œuvrons déjà en 2020 à utiliser l'expertise acquise de façon optimale, à mieux communiquer avec les intéressés, rendre des avis sans cesse meilleurs, à poursuivre la numérisation/l'automatisation, à gérer activement les temps de traitement des dossiers et les processus. Le Fonds a proposé un plan d'actions au Comité de gestion et au ministre.

La dernière partie du rapport d'activités est consacrée aux informations financières et aux budgets du Fonds. Vous remarquerez que le nombre d'indemnités versées est relativement limité (en partie du fait des conditions légales et des seuils légaux d'indemnisation) par rapport aux frais de fonctionnement. Le Fonds n'a pas pour unique but d'indemniser. À chaque demande, nous rendons un avis motivé sur la cause du dommage, ce qui représente une valeur ajoutée pour toutes les parties impliquées.

Le Fonds a pu clôturer l'année 2020 avec un résultat positif et nous voulons poursuivre cette tendance à l'avenir. Sur base du plan d'actions, nous voulons également être en mesure de faire un effort supplémentaire à court terme pour réduire l'arriéré plus rapidement. Nous voulons également nous concentrer sur l'innovation et l'automatisation ; nous avons proposé une modification de la législation visant à permettre d'introduire des demandes numériques.

Nous espérons que vous apprécierez la lecture de ce rapport.

Mia Honinckx

Conseiller général, directeur

Partie 1

Missions du Fonds des accidents médicaux et organisation

I. Missions

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

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

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

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

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

Le Fonds accomplit les missions suivantes :

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

2. Mission de prévention d'enregistrement et de reporting

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

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

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

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

II. Comité de gestion

1. Composition

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

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

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

Selon l'article 137 quater §3 de la même loi, il appartient au Roi de fixer le mode de désignation des membres. Cette disposition a donné lieu à l'établissement de l'arrêté royal du 25 avril 2014 modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en vue d'insérer un titre IVbis relatif au Fonds des accidents médicaux (M.B. du 16 juin 2014, p. 58859). Le mode de désignation des membres est réglé par ce titre VI bis.

2. Compétences

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

Le **Comité de gestion** du Fonds :

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

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

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

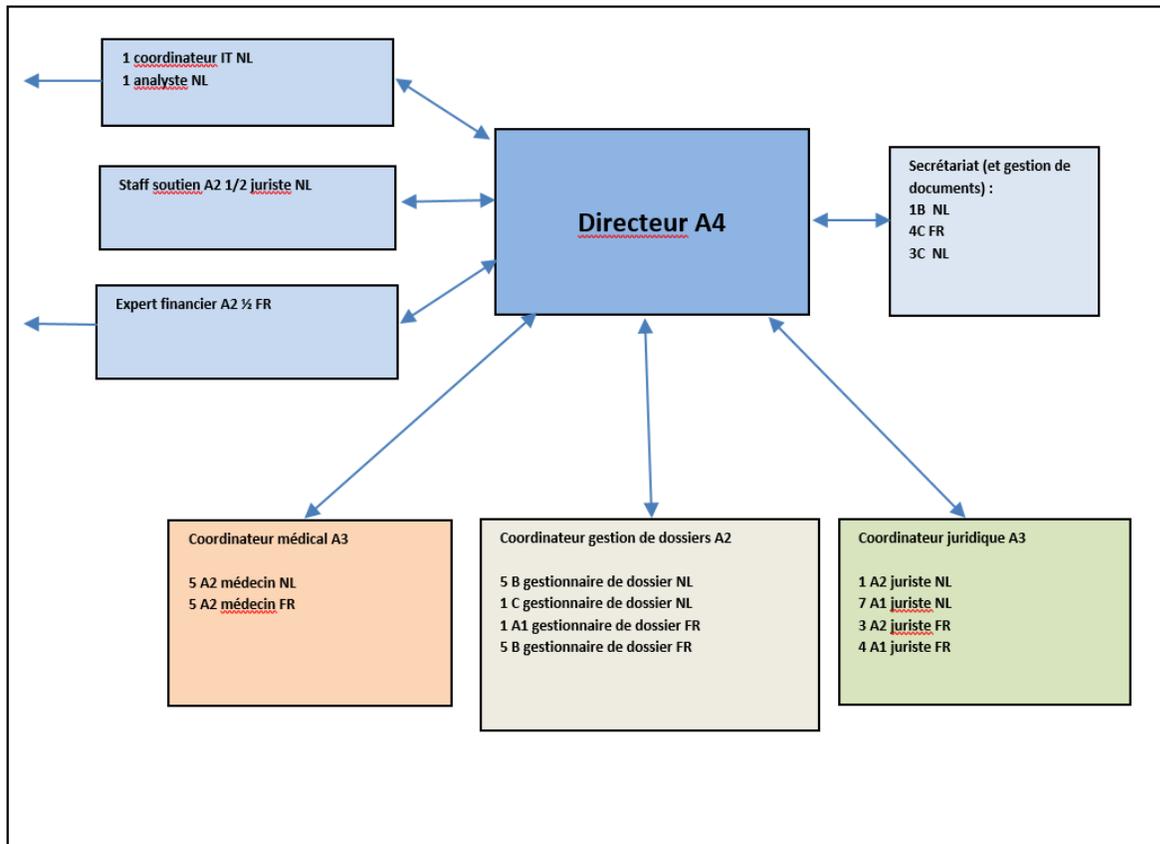
Réunions du Comité de gestion et du groupe de travail en 2020	
Comité de gestion	Groupe de travail procédures juridiques
17-01-2020	17-01-2020
21-02-2020	29-05-2020
29-05-2020	18-09-2020
26-06-2020	30-09-2020
18-09-2020	30-10-2020
16-10-2020	
06-11-2020	
20-11-2020	
18-12-2020	

Partie 2

Organigramme et structure du Fonds

I. Organigramme

L'organigramme ci-dessous montre le nombre de membres du personnel à la fin de 2020. Nous comptons 52 collaborateurs actifs pour cette période. Trois postes sont vacants : 1 médecin A2 FR, 1 collaborateur de secrétariat B FR et 1 expert financier B FR. 2020 a vu principalement le renforcement de l'équipe juridique et du secrétariat gestion des documents.



II. Experts externes

Le Fonds travaille avec des experts médicaux externes en vue d'obtenir des informations précises à propos de questions médicales spécifiques, pour lesquelles il n'a pas d'expertise. Le Fonds fait également appel à des avocats pour des litiges et des avis.

Constituer un réseau d'experts externes est une tâche continue. Ces experts sont toujours nommés conformément aux principes et dispositions de la législation relative aux marchés publics.

En 2017, nous avons conclu un deuxième contrat de 4 ans tant avec des prestataires de soins (médecins experts externes) qu'avec des avocats à la suite d'une « procédure négociée avec publication préalable ». Fin 2020, nous avons préparé le lancement de nouveaux marchés pour les experts médicaux début 2021. Cette procédure est actuellement en cours.

Si pour un domaine ou une sous-spécialité en particulier, aucun expert figurant sur la liste des marchés publics n'est disponible - ce qui fut régulièrement le cas en 2020 – nous sommes contraints de recourir à des marchés (de services) uniques.

La collaboration avec les experts externes est désormais entièrement numérique. Nous avons prévu un système électronique sûr et efficace pour échanger les documents ainsi que l'imagerie médicale (voir ci-après ICT et développements).

III. ICT - Développements

En 2020, nous avons pris de nouvelles mesures pour numériser les processus opérationnels. Nous avons ajouté **de nouvelles fonctionnalités** aux outils technologiques mis en service les années précédentes et nous avons fait un usage plus intensif d'un certain nombre de **nouveaux systèmes complémentaires** :

- Concernant la gestion des dossiers, des améliorations ont à nouveau été apportées à DAMO (Dossier Accidents Médicaux-Medische Ongevallen), la solution utilisée pour la gestion des dossiers mise en service en 2017. De plus, nous avons adapté la fonctionnalité de ce système à l'évolution des procédures opérationnelles du Fonds, et nous avons amélioré la convivialité. Les performances et la disponibilité globales de DAMO ont été très stables et extrêmement satisfaisantes en 2020. Parmi nos principales réalisations spécifiques cette année, nous pouvons citer l'intégration de DAMO dans le système centralisé des contacts (système INAMI transversal) et l'automatisation du processus de paiement des honoraires des experts médicaux via la connexion aux systèmes centraux de paiement. Nous avons également été particulièrement attentifs aux nouvelles fonctionnalités liées à la phase 3 d'une procédure de demande (post-avis).

En 2020, nous avons aussi entamé les développements techniques de manière à fournir un formulaire de demande numérique dans l'année à venir. Nous avons aussi entamé les travaux visant à automatiser le processus de paiement de l'indemnité au patient/demandeur.

- En raison de la pandémie de coronavirus, nous avons dû suspendre en partie les contacts avec les hôpitaux dans le cadre de la gestion des documents. Lorsque nous les reprendrons, l'objectif restera de trouver une solution pour obtenir de manière structurée les documents demandés pour analyse. Indépendamment du constat ci-dessus, nous avons d'ores et déjà mis en place un nouveau processus pour créer et utiliser des inventaires électroniques de documents médicaux dans le but de faciliter le déroulement des expertises. Nous avons introduit la technologie de Sharepoint pour aider à y parvenir.
- La NIHDI Secure Box (Tresorit), que nous avons mise en service dans le cadre du Règlement général sur la protection des données (RGPD), est désormais le système privilégié pour échanger de manière sûre et efficace des documents avec les intéressés dans le cadre de l'expertise médicale. Vu ses atouts, l'INAMI a aussi déployé ce système dans d'autres de ses services.
- Nous disposons de notre propre serveur PacsOnWeb pour échanger plus facilement des images médicales. Ce système qui centralise toute l'imagerie médicale dont nous avons besoin est en production. Entre-temps, il nous permet actuellement de partager des images avec les personnes intervenant dans une expertise.

- Nous avons convenu d'une procédure avec le Service juridique central de l'INAMI pour le suivi des dossiers pour lesquels un litige a été porté devant le tribunal. Elle contribuera à une utilisation optimale d'EUNOM-E (la plate-forme commune de l'INAMI pour les litiges). Nous avons migré l'ensemble des dossiers de litige vers ce système et en faisons aujourd'hui pleinement usage.
- À la demande de la cellule de Modernisation (désormais dénommée « cellule Stratégie et Organisation ») de l'INAMI, une solution BPMN (Business Process Model and Notation) intitulée HOPEX, a été introduite pour la gestion et la documentation de tous les processus INAMI. Les processus du FAM y ont été systématiquement cartographiés.
- Nous avons intensivement poursuivi nos travaux d'archivage en vue d'un déménagement « paperless » début 2021 (« Health on the Move »¹). Comme mentionné plus haut, fin 2020, nous avons numérisé toutes les archives papier du Fonds.
- Enfin, dans le cadre de l'initiative « Digital Workforce » et dans le contexte d'un télétravail intensif, l'application Teams a été déployée auprès de tous les utilisateurs afin de renforcer la collaboration à distance.

¹ Projet de mener une politique plus cohérente et efficace en matière de politique des soins de santé.

Partie 3

Activités relatives aux missions

Nous constatons dans les chiffres que la pandémie de COVID-19 a eu peu ou pas d'impact sur les activités au sein du Fonds. Le télétravail étant déjà bien organisé et appliqué avant la pandémie, la transition vers le télétravail maximal s'est bien déroulée. Grâce à la digitalisation déjà réalisée, le Fonds a pu s'adapter moyennant quelques efforts supplémentaires.

I. Suivi administratif et observations statistiques

Dans ce chapitre, nous présentons les données statistiques relatives aux activités. Elles ont été obtenues sur la base du logiciel DAMO que nous avons lancé intégralement en avril 2017 pour le traitement des dossiers. Après la migration de toutes les données, des corrections ont encore été régulièrement effectuées dans DAMO. Des écarts sont donc possibles dans une certaine mesure. Outre les données relatives à 2020, nous présentons également les chiffres relatifs aux années précédentes afin de donner un aperçu précis de l'évolution du suivi de nos dossiers.

1. Nombre total de dossiers entrants, ouverts² et clôturés³ par rôle linguistique pour l'année 2020 et depuis la création du Fonds

En 2020, **362** dossiers ont été introduits au Fonds. Ce nombre de dossiers entrants a fortement diminué par rapport à l'année précédente (cf. tableau 3). En 2019, nous observons encore 459 dossiers entrants. Depuis la création du Fonds, le nombre total de dossiers introduits s'élève à **5581**.

² Un **dossier ouvert** est un dossier qui a été introduit auprès du Fonds et qui est toujours en examen. Il peut donc se trouver en phase 1 (détermination de la recevabilité), en phase 2 (réception et demande de documents, examens juridique et médical, expertise, etc.) ou en phase 3 (calcul et/ou octroi d'une indemnisation, examen de l'indemnisation en cas de responsabilité > seuil de gravité).

³ Un **dossier clôturé** est un dossier qui n'est plus en cours de traitement, et ce, pour diverses raisons : il a donné lieu à une indemnité acceptée par l'ensemble des parties, le dossier est déclaré irrecevable sur le plan administratif, etc.

Les tableaux 1 et 2 présentent la répartition par rôle linguistique des dossiers et leur statut (nombre total de dossiers entrants, ouverts et clôturés, par rôle linguistique), tant pour l'année 2020 que depuis la création du Fonds.

En 2020 également, le nombre de dossiers francophones introduits a diminué par rapport au nombre de dossiers néerlandophones (cf. tableau 1 et graphique 1).

Tableau 1 - Nombre de dossiers déposés en 2020, selon leur langue et leur statut

Nombre de dossiers	Langue			Total
	D	FR	NL	
Fermé	0	17	14	31
Ouvert	5	156	170	331
Total	5	173	184	362

Source : Fonds des accidents médicaux

Graphique 1 - Répartition des dossiers par rôle linguistique en 2020

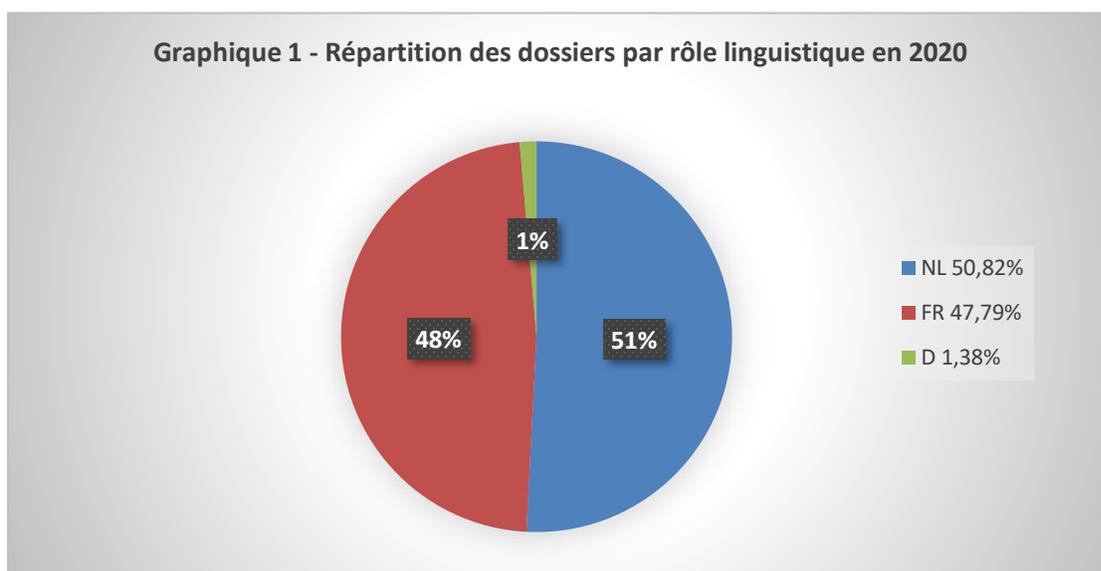


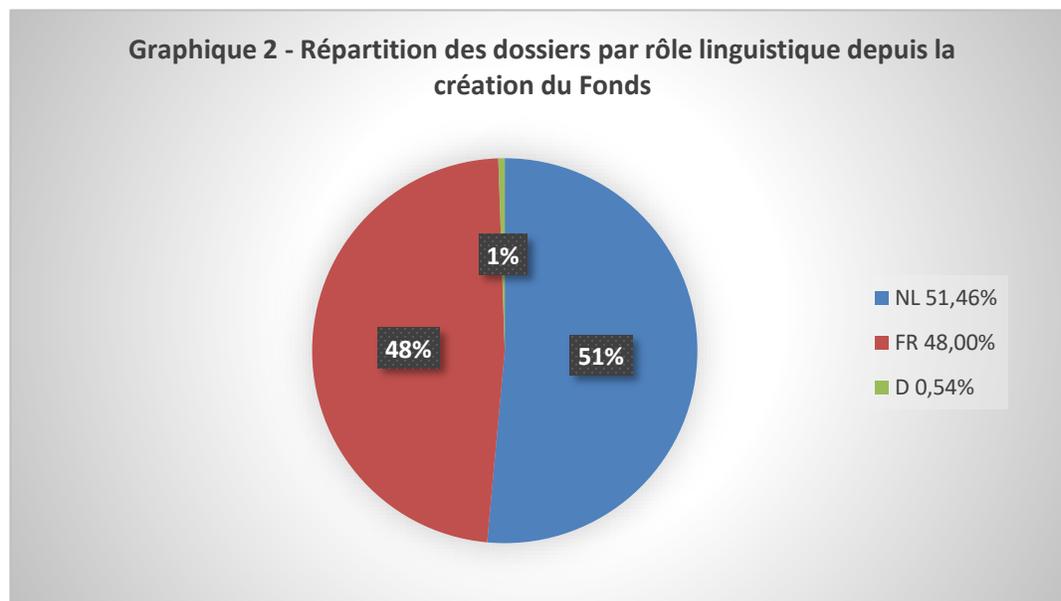
Tableau 2 - Répartition des dossiers déposés depuis la création du Fonds, selon leur langue et leur statut

Nombre de dossiers	Langue			Total
	D	F	N	
Fermé	6	1473	1835	3314
Ouvert	23	1142	953	2118
Contentieux (= en cours)	1	64	84	149
Total	30	2679	2872	5581

Source : Fonds des accidents médicaux

Converti en pourcentages, le tableau 2 présente la situation pour tous les dossiers introduits depuis la création du Fonds : 59 % des dossiers ont été clôturés, 41 % sont encore ouverts. Moins de la moitié du nombre total des dossiers se trouvent donc encore dans une phase active.

Dans ce tableau 2, nous observons aussi les rapports par langue. Fin 2020, 55 % des dossiers francophones et 64 % des dossiers néerlandophones étaient clôturés. 45 % des dossiers francophones se trouvent donc encore en phase active, pour 36 % des dossiers néerlandophones. Le graphique 2 donne un aperçu global du nombre de dossiers déposés au FAM depuis sa création, selon la langue de ces dossiers.



2. Le nombre total de dossiers déposés par mois et par rôle linguistique

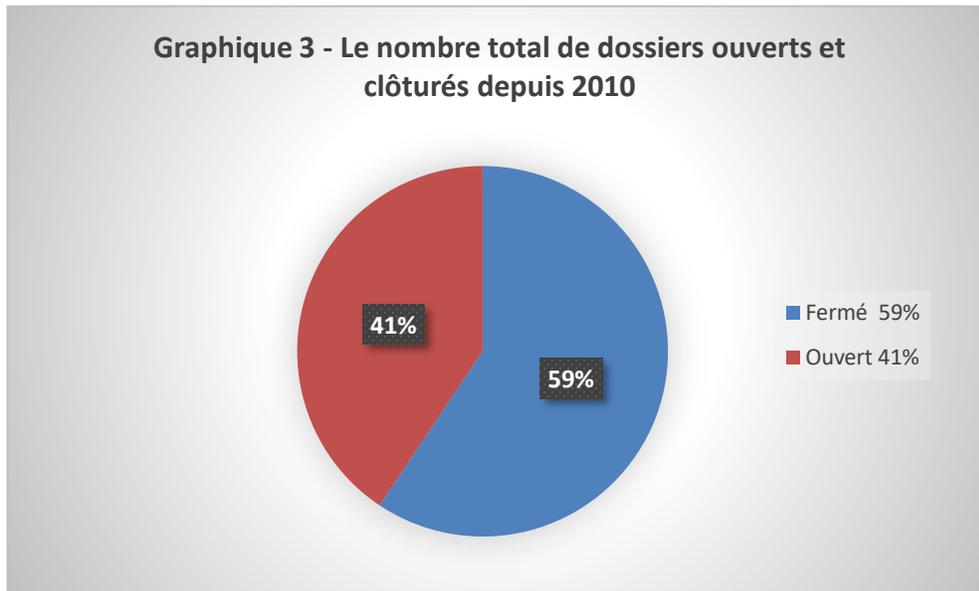
Tableau 3 - Nombre de dossiers reçus par mois.

Année	Mois												Total
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	
2010					2		1		2	1	2	3	11
2011	6	2	3	1	4	1	2	1	9	4	1	2	36
2012	8	4	14	6	10	16	9	21	113	97	95	70	463
2013	143	96	108	93	65	84	57	62	105	107	105	70	1.095
2014	115	80	74	76	70	89	84	58	61	82	71	65	924
2015	66	59	56	63	56	67	47	46	53	37	48	35	633
2016	61	59	54	61	43	47	51	49	50	48	39	42	604
2017	55	47	37	16	79	28	35	31	48	45	56	30	507
2018	53	58	44	43	48	40	31	49	32	48	19	21	486
2019	40	40	35	45	34	34	38	35	38	38	33	49	459
2020	46	26	35	16	18	23	33	24	49	34	31	27	362
TOTAL	593	471	460	420	429	429	388	376	560	541	500	414	5581

Source : Fonds des accidents médicaux

Le tableau 3 montre que le nombre de dossiers reçus par mois diminue d'année en année. En 2020, le Fonds recevait en moyenne 30 demandes par mois. La diminution des dossiers entrants est la plus forte au cours de la période avril-mai. Nous constatons que cela correspond au début de la pandémie et aux mesures générales strictes prises au cours de cette période.

3. Statut de tous les dossiers déposés depuis la création du Fonds



Comme déjà mentionné plus haut, la répartition du nombre total de dossiers introduits depuis la création du Fonds se présente comme suit : 59 % de dossiers clôturés contre 41 % de dossiers ouverts.

La diminution du nombre total de dossiers ouverts par rapport aux années précédentes est également visible dans le graphique suivant.

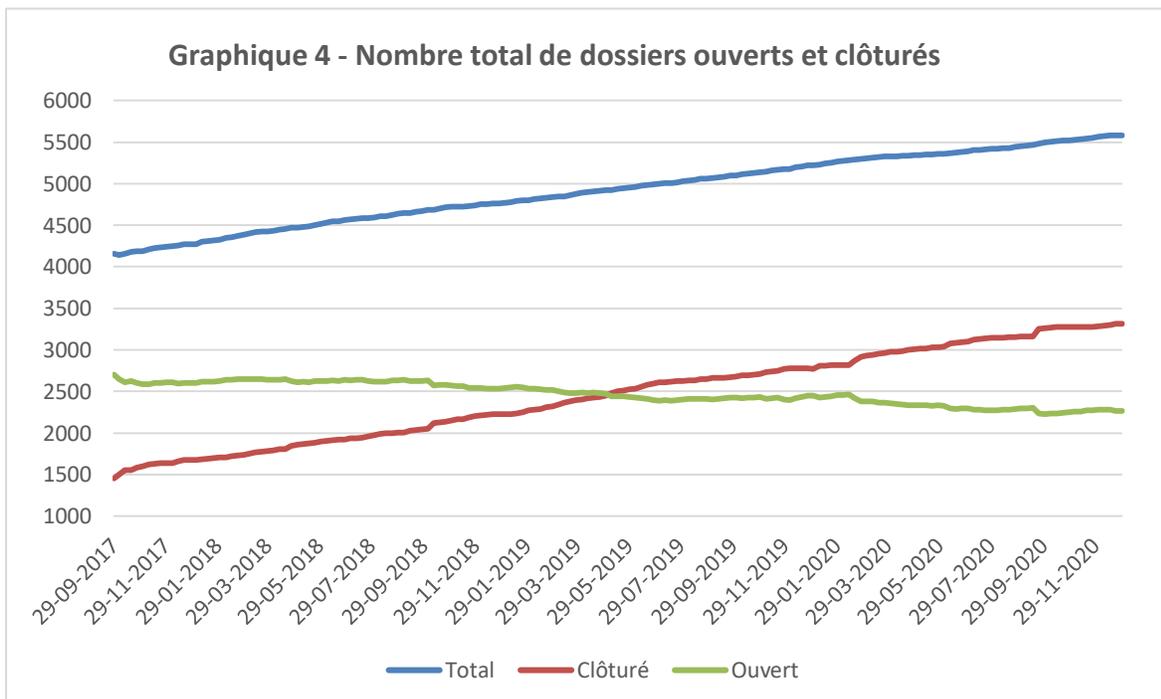


Tableau 4 - Statut des dossiers, par année au cours de laquelle le dossier a été introduit				
Année	Statut			
	Fermés (contentieux inclus)	Ouverts	Total	Fermés (en %)
2010	11	0	11	100%
2011	36	0	36	100%
2012	453	10	463	98%
2013	1.027	68	1.095	94%
2014	822	103	925	89%
2015	486	147	633	77%
2016	311	293	604	51%
2017	173	334	507	34%
2018	62	424	486	13%
2019	51	408	459	11%
2020	31	331	362	9%
TOTAL	3.463	2.118	5.581	
Source : Fonds des accidents médicaux				

4. Répartition par phase des dossiers, de leur ouverture à l'indemnisation

Tableau 5 - Répartition des dossiers ouverts, par phase

Année	Phases						
	Phase 1 Initial	Phase 2 Recherche	Phase 3 Proposition	Total général	% phase 1	% phase 2	% phase 3
2010	0	0	0	0	-	-	-
2011	0	0	0	0	-	-	-
2012	0	5	5	10	0,0%	50,00%	50,00%
2013	0	35	33	68	0,0%	51,46%	48,53%
2014	0	55	48	103	0,0%	53,40%	46,60%
2015	1	96	50	147	0,68%	65,31%	34,01%
2016	0	254	39	293	0,0%	86,69%	13,31%
2017	0	312	22	334	0,0%	93,41%	6,59%
2018	1	420	3	424	0,24%	99,06%	0,71%
2019	0	406	2	408	0,0%	99,51%	0,49%
2020	40	290	1	331	12,08%	87,61	0,30
TOTAL	42	1.873	203	2.118	1,98%	88,43%	9,58%

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

Source : Fonds des accidents médicaux

Dans la pratique, nous constatons que, en 2020, nous pouvons ouvrir tous les dossiers reçus dans la même année et même dans les premières semaines qui suivent leur réception. Chaque demandeur reçoit un accusé de réception quasi immédiatement après l'enregistrement.

Le tableau 5 montre que seuls 2 dossiers déposés avant 2020 se trouvent encore en phase 1. Il s'agit d'un dossier qui a été rouvert ou d'un dossier récent où la collecte des informations n'a pas été aisée. Les dossiers introduits fin 2020 se trouvent logiquement encore en phase initiale.

Par ailleurs, nous constatons dans le même tableau que la majorité des dossiers se trouvent en phase 2. La procédure à ce stade prend le plus de temps. En 2020, la direction a davantage investi dans l'optimisation des procédures. Le Fonds essaie en outre de clôturer rapidement les dossiers simples, en concertation avec le Comité de gestion.

Pour tous les dossiers, nous appliquons le principe suivant : *les premiers dossiers arrivés sont les premiers traités*. Nous prévoyons en l'occurrence une exception pour les dossiers qui concernent un dommage grave et/ou une lourde charge émotionnelle comme le décès d'un enfant par exemple. Nous traitons ces dossiers en priorité. Il va de soi qu'il s'agit souvent de dossiers très compliqués qui nécessitent une grande expertise. Depuis 2021, les règles de priorité ont été révisées.

5. Évolution des dossiers irrecevables

Dans cette partie, nous voyons que le nombre de dossiers déjà clôturés à un stade précoce de la procédure (en phase 1 ou 2, avant avis) augmente à nouveau par rapport à 2019. Ces dossiers sont clôturés sur base des articles 2, 3 et/ou 12 de la loi sur les accidents médicaux. Ils tombent hors du champ d'application de la loi et sont donc irrecevables. Conformément aux statistiques, il s'agit de 14,3 % du nombre total de dossiers ouverts.

a. Dossiers en phase 1

Comme c'était le cas en 2019, les demandes qui s'avèrent aujourd'hui irrecevables en phase 14 de la procédure sont principalement des dossiers pour lesquels la prescription est atteinte, comme indiqué dans la loi, ou, en d'autres termes, des dossiers qui n'ont pas été introduits à temps. Il est désormais rare que des demandes soient encore introduites dont l'irrecevabilité administrative tient au fait que l'accident médical s'est produit avant l'entrée en vigueur de la loi, soit avant le 2 avril 2010, et que le Fonds n'est donc pas compétent pour l'examiner.

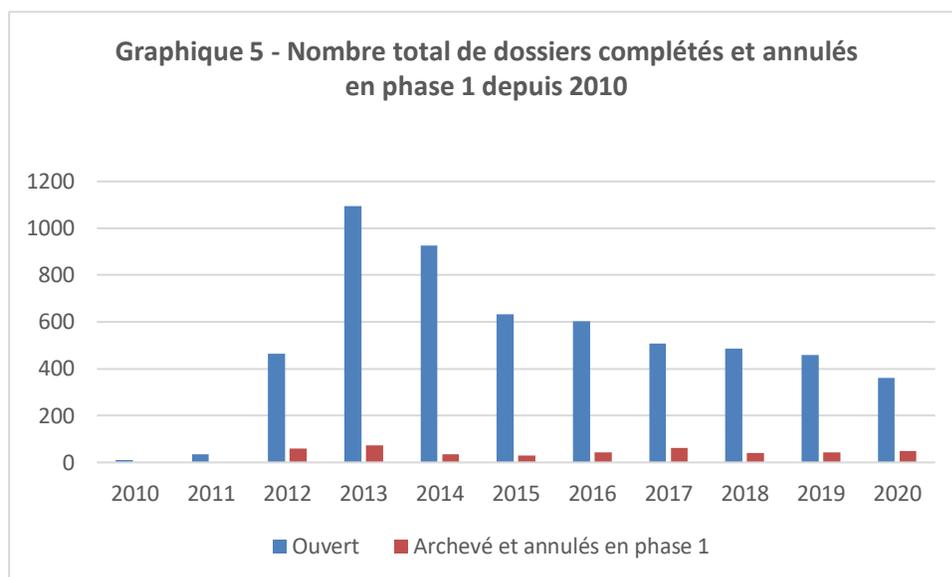
Le tableau 6 présente le nombre de dossiers ouverts par année depuis la création du Fonds, le nombre de dossiers traités et annulés en phase 1, selon l'année où le dossier a été clôturé. Le graphique 5 illustre l'évolution.

Année de fermeture	Ouvert	Achévé et annulé en phase 1
2010	11	
2011	36	
2012	463	58
2013	1095	72
2014	925	35
2015	633	29
2016	604	42
2017	507	61
2018	486	39
2019	459	45
2020	362	49

Source : Fonds des accidents médicaux

⁴ Dans la première partie de la procédure, le Fonds examine si la demande est recevable sur la base de la lettre de demande et, le cas échéant, en recherchant des informations complémentaires.

⁵Notamment les dossiers où les demandeurs ou les proches renoncent à la procédure ou souhaitent y mettre fin.

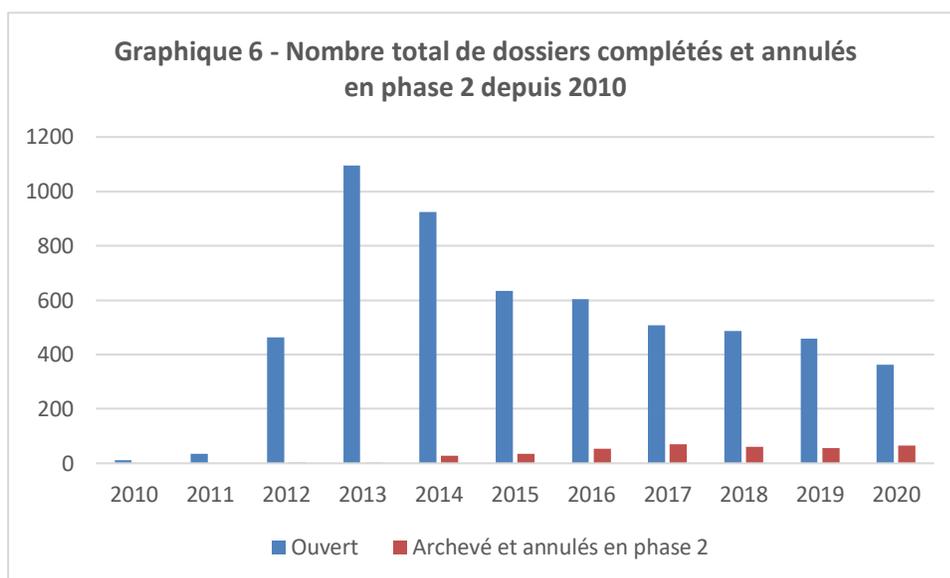


b. Dossiers en phase 2

En 2020, on note dans le tableau 7 une légère augmentation du nombre de dossiers irrecevables ou clôturés en phase 2 parce qu'ils ne relèvent pas du champ d'application de la loi. Il ne s'agit pas seulement de motifs d'exclusion, comme une prestation de soins de santé qui a été réalisée dans un but esthétique ou une prestation de soins dans le cadre d'une expérimentation, précisés à l'article 3 de la loi sur les accidents médicaux. Il s'agit aussi de demandes où aucun dommage ne peut être imputé à une prestation ou à un prestataire de soins au sens de la loi. Le graphique 6 illustre l'évolution.

Tableau 7 - Nombre total de dossiers complétés et annulés en phase 2 depuis 2010		
Année de fermeture	Ouvert	Achévé et annulé en phase 2
2010	11	
2011	36	
2012	463	2
2013	1095	3
2014	925	27
2015	633	34
2016	604	54
2017	507	70
2018	486	59
2019	459	61
2020	362	66

Source : Fonds des accidents médicaux



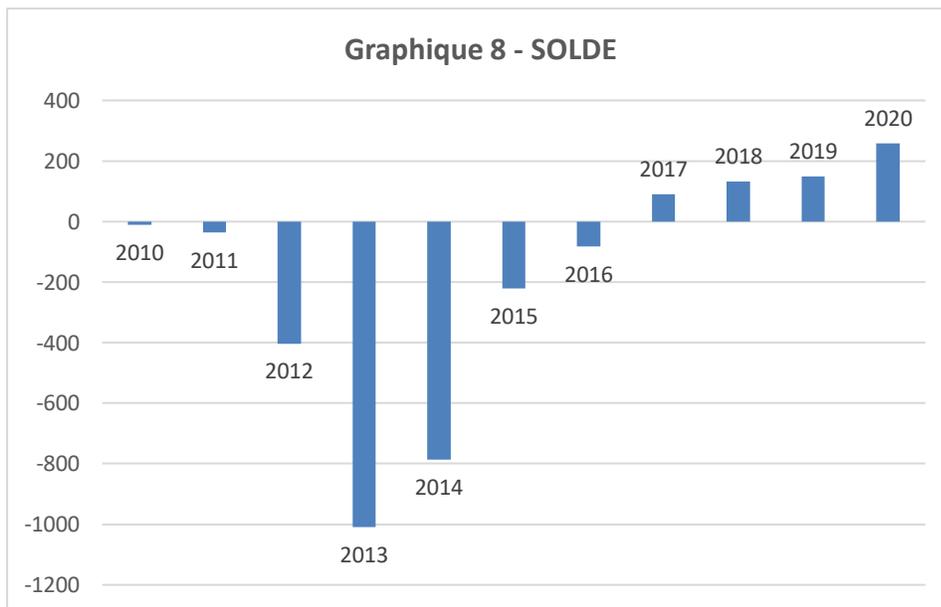
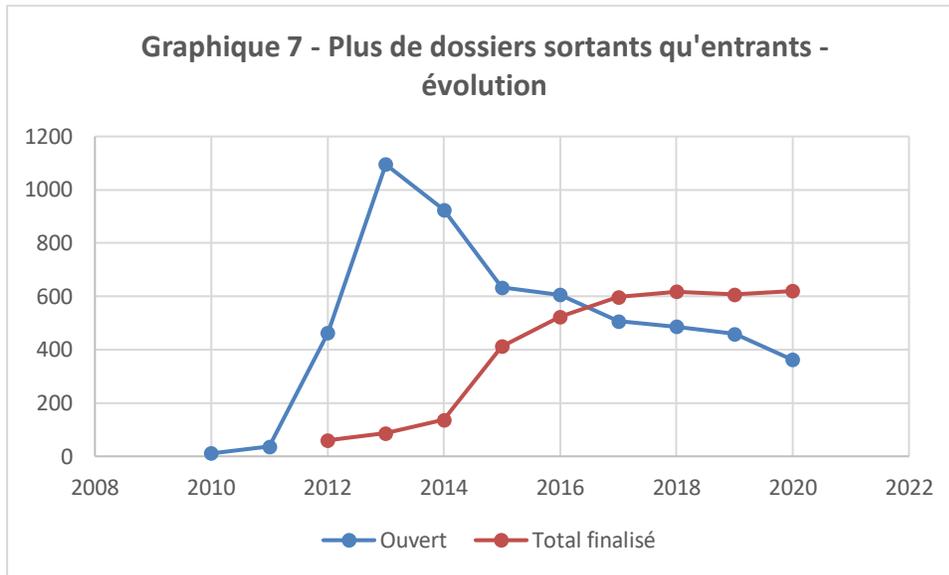
6. Évolution du nombre de dossiers entrants et sortants

En 2020, nous avons à nouveau traité un nombre de dossiers supérieur au nombre de dossiers ouverts (tableau 8). Le nombre de dossiers ouverts cette année est également nettement inférieur aux années précédentes. De ce fait, nous avons pu réduire progressivement le retard dans le traitement des dossiers. Le graphique 7 montre l'évolution du nombre de dossiers ouverts et clôturés. Le graphique 8 présente l'évolution du calcul (clôturés - ouverts).

Tableau 8 - Nombre total de dossiers complétés jusqu'à l'avis inclus

Année de fermeture	Ouvert	Achévé et annulé en phase 1	Achévé et annulé en phase 2	Avis	Total
2010	11				
2011	36				
2012	463	58	2		60
2013	1095	72	3	11	86
2014	924	35	27	75	137
2015	633	29	34	350	413
2016	606	42	55	429	525
2017	507	61	70	467	598
2018	486	39	59	517	615
2019	459	43	57	504	604
2020	362	49	66	505	620

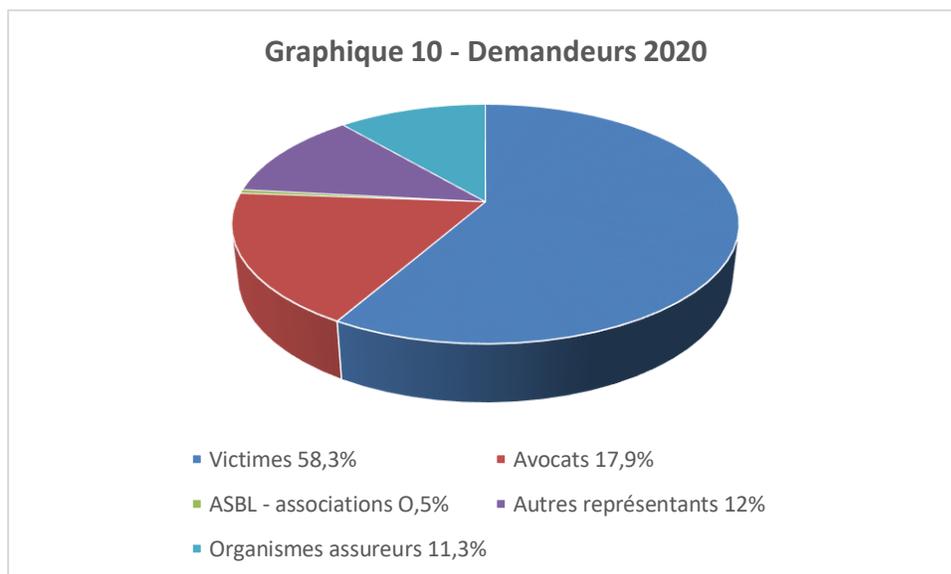
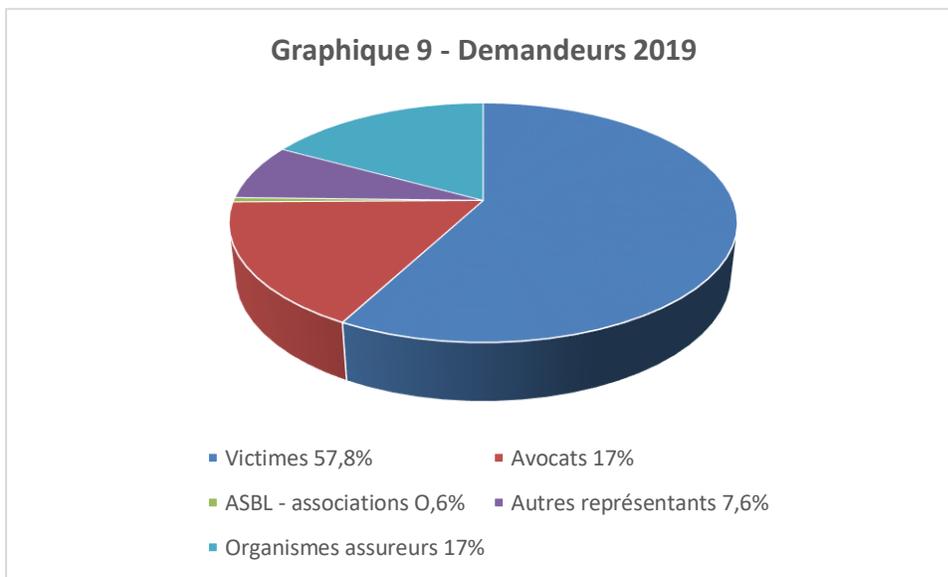
Source : Fonds des accidents médicaux



7. Répartition des dossiers selon le type de demandeur

Le graphique 10 montre que 58,3 % des demandes sont introduites par la victime elle-même. Dans le même graphique, nous remarquons qu'en 2020 l'assistance par des avocats a augmenté. Il s'agit de 17 % des demandes. En 2020, 11% des demandes sont introduites par l'intermédiaire des organismes assureurs, ce qui constitue une diminution significative par rapport à l'année 2019. Dans une bien moindre mesure les victimes font appel à des organisations de patients. La part « autres » dans le graphique représente les demandes introduites par les bénéficiaires, les représentants légaux et les proches des patients.

Tous les pourcentages, tant pour 2019 que pour 2020, figurent dans les graphiques ci-après.



8. Avis par type.

Nous soumettons ensuite les demandes qui ne font pas partie du groupe « complétés ou annulés en phase 1 ou 2 » à une analyse médicale approfondie (suite phase 2) accompagnée éventuellement d'une expertise. Sur la base de tous les éléments contenus dans le dossier, et éventuellement après une concertation médico-légale, le dossier est clôturé à ce stade moyennant un avis.

Il existe différents types d'avis : la responsabilité civile (RC) du prestataire de soins au-delà ou en-deçà du seuil de gravité (éventuellement indemnisable par le Fonds⁶) ; un accident médical sans responsabilité (AMSR ou MOZ) au-delà du seuil de gravité (indemnisable par le Fonds) ; tous les avis où il n'est question ni d'une responsabilité d'un prestataire de soins, ni d'un accident médical sans responsabilité (NINI – non indemnisable par le Fonds).

En 2020, les juristes du Fonds ont élaboré au total 505 avis, ce qui est comparable avec l'année précédente. Nous observons, par rapport à 2019, une augmentation remarquable du nombre de dossiers clôturés avec un avis AMSR, où le seuil de gravité a été atteint, et indemnisés par le Fonds (cf. tableau 9 et tableau 10).

a. Avis par type

Tableau 9 - Avis par type 2019	
Total	504
Spécifique	
- AMSR avec seuil gravité	24
- Responsabilité < gravité	33
- Responsabilité > gravité	35
Autres (NINI)	412
Source: Fonds des accidents médicaux	

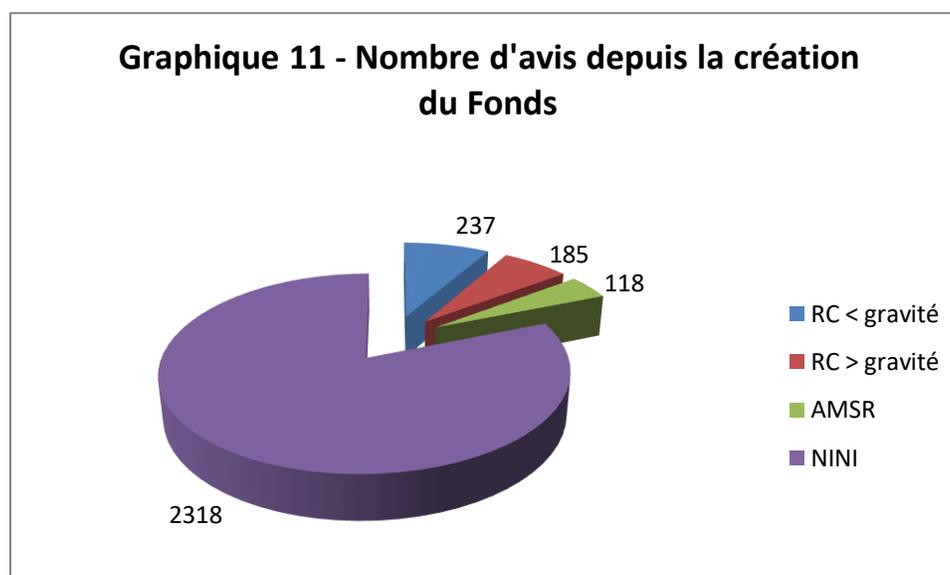
Tableau 10 - Avis par type 2020	
Total	505
Spécifique	
- AMSR avec seuil gravité	44
- Responsabilité < gravité	34
- Responsabilité > gravité	35
Autres (NINI)	392
Source: Fonds des accidents médicaux	

⁶ En cas de responsabilité, le Fonds, dans son avis, demandera à l'assureur du prestataire de soins de présenter une proposition d'indemnisation. Il est possible que l'assureur conteste l'avis et refuse de payer. C'est alors que le Fonds intervient. En principe, aucun remboursement par le Fonds n'est possible pour une RC inférieure au seuil de gravité, sauf en cas de proposition manifestement insuffisante ou si la responsabilité civile d'un prestataire de soins n'est pas ou pas suffisamment couverte. Dans le cas d'une RC, le Fonds peut, après indemnisation, réclamer le montant au prestataire de soins et/ou à son assureur.

b. Avis par type depuis la création du Fonds

Le tableau 11 et le graphique 11 présentent le nombre total d'avis élaborés depuis le lancement du Fonds avec les chiffres par type de décision.

Tableau 11 – Avis par type depuis la création du Fonds	
Total	2.858
Spécifique	
- AMSR avec seuil gravité	118
- Responsabilité < gravité	237
- Responsabilité > gravité	185
Autres (NINI)	2318
Source : Fonds des accidents médicaux	



9. Indemnisations après avis et par type

Cette partie traite des cas spécifiques où le demandeur prétend à une indemnisation et où le Fonds a formulé une proposition d'indemnisation et procédé au paiement. Le Fonds intervient dans le cas d'un accident médical sans responsabilité (AMSR) au-delà du seuil de gravité. Le Fonds intervient également si l'assureur conteste la responsabilité civile (RC) au-delà du seuil de gravité (RC > gravité) ou s'il est question d'une « proposition manifestement insuffisante » et lorsqu'il s'agit d'un prestataire de soins qui est estimé responsable mais dont la responsabilité civile n'est pas ou pas suffisamment couverte.

a. Nombre total de demandeurs qui entrent en ligne de compte pour une indemnisation fin 2020

Le graphique 11 relatif aux avis nous apprend que 303 demandeurs entrent en ligne de compte pour une indemnisation (AMSR et RC > gravité).

Dans un tout petit pourcentage des dossiers, le seuil de gravité ne joue aucun rôle dans le paiement de l'indemnisation. Il s'agit des dossiers où une responsabilité civile a été constatée et où il est question d'une proposition manifestement insuffisante ou en cas de responsabilité civile qui n'est pas ou pas suffisamment couverte. Il ne s'agit que de 7 dossiers, soit de 0,24 % du nombre total d'avis.

b. Indemnisations payées en 2020 par type

Dans la plupart des cas, une indemnisation est payée sous forme de capital mais, exceptionnellement, nous payons des indemnisations sous forme de rente (indexée). Le tableau 12 (capital) et le tableau 13 (rente) présentent les indemnisations payées pour les années 2019 et 2020.

Tableau 12 - Indemnisations payées en capital (en EUR)			
	AMSR > gravité ⁷	RC > gravité	RC < gravité
2019	4.055.324,16	1.611.057,52	12.020,29
Nombre de dossiers	27	26	1
2020	5.660.601,73	2.749.060,67	12.248,5
Nombre de dossiers	32	28	18
Source : Fonds des accidents médicaux			

Tableau 13 - Indemnisations payées en rente (en EUR)			
	AMSR > gravité ⁹	RC > gravité	RC < gravité
2019	20.731,08	18.399,87	-
Nombre de dossiers	3	2	0
2020	16.155,45	17.578,76	-
Nombre de dossiers	1	2	0
Source : Fonds des accidents médicaux			

⁷ Attention, AMSR > seuil de gravité, après avis ou après contentieux. Pour l'année 2019, il s'agissait de 5 dossiers de contentieux où le juge a conclu à un dommage anormal après un avis NINI

⁸ En l'occurrence, il s'agit d'une responsabilité du prestataire de soins qui n'est pas ou pas suffisamment couverte par un contrat d'assurance (art. 4, 2°, de la loi sur les accidents médicaux) après une action en justice où le Fonds est intervenu délibérément.

⁹ Attention, AMSR > seuil de gravité, après avis ou après contentieux. Pour l'année 2019, il s'agissait de 1 dossier de contentieux où le juge a conclu à un dommage anormal après un avis NINI

Lorsque nous nous faisons le total pour 2020, nous avons payé un montant total de 8.455.645,11 euros aux victimes. En 2019, le montant total ne s'élevait qu'à 5 717 532, 92 euros¹⁰. Il s'agit d'une remarquable augmentation par rapport à l'année précédente.

c. Nombre total de dossiers où une indemnisation a été versée par type depuis la création du Fonds

Un seul dossier peut générer plusieurs indemnisations. Par ailleurs, afin de pouvoir aider la victime plus rapidement, le Fonds paie des avances si le calcul et/ou la collecte de documents s'avèrent difficiles. Nous constatons en effet que le calcul des indemnisations après avis requiert beaucoup de temps de préparation (et que cela peut donc prendre plus de trois mois). Il ne s'agit alors pas uniquement de rassembler les documents pertinents mais aussi de conclure un accord concernant les postes de dommages et d'en fixer le montant. Dans certains cas, il arrive en outre que de nouvelles parties introduisent une demande d'indemnisation dans un même dossier et à une date ultérieure.

D'après les chiffres de l'année précédente et d'après les chiffres de 2020, depuis la création du Fonds, des paiements ont été effectués par le Fonds après avis (et contentieux après avis NINI inclus¹¹) dans 101 dossiers « AMSR indemnissables ».

En ce qui concerne les dossiers avec décision « RC > gravité », nous constatons que des paiements ont été effectués dans 120 dossiers. Une partie de ces dossiers (plus ou moins 30 %), avec responsabilité civile comme décision, n'est pas contestée par l'assureur. Dans ces situations, l'assureur procède néanmoins à l'indemnisation de la victime, à la demande du Fonds.

Comme déjà mentionné plus haut, il est question de 7 paiements pour des dossiers où le seuil de gravité ne joue aucun rôle. Il s'agit de 3 dossiers ayant pour objet une « proposition manifestement insuffisante » et de 4 dossiers où la responsabilité civile du prestataire de soins n'est pas ou pas suffisamment couverte.

Pour finir, les chiffres globaux relatifs aux indemnisations figurent dans la partie 4 de ce rapport - « Gestion financière et encadrement ».

¹⁰ Dans un cas, une indemnisation de 2.720,49 euros a été versée après un avis et un contentieux concernant le délai raisonnable (pour la rédaction d'un avis motivé). Il s'agissait *en l'occurrence* uniquement des dépens.

¹¹ En 2019, il s'agit par exemple de 6 dossiers où le juge a conclu à un AMSR > seuil de gravité. Il ne s'agit donc pas d'un AMSR indemnissable après avis du Fonds. En 2020, il s'agit de 15 dossiers.

II. Activités médicales et statistiques

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

1. L'encodage

Nous avons choisi le système de codification ICHI (International Classification of Health Interventions) de l'OMS (organisation mondiale de la santé) pour coder les prestations de soin. Ce système de codes offre des avantages sur beaucoup d'autres systèmes en ce que chaque code de prestation comporte plusieurs aspects (la cible, le moyen technique et la méthode).

De plus, ce système ne se limite pas aux prestations techniques mais inclut des actes plus abstraits comme la surveillance, le transport, le conseil.

2. Statistiques

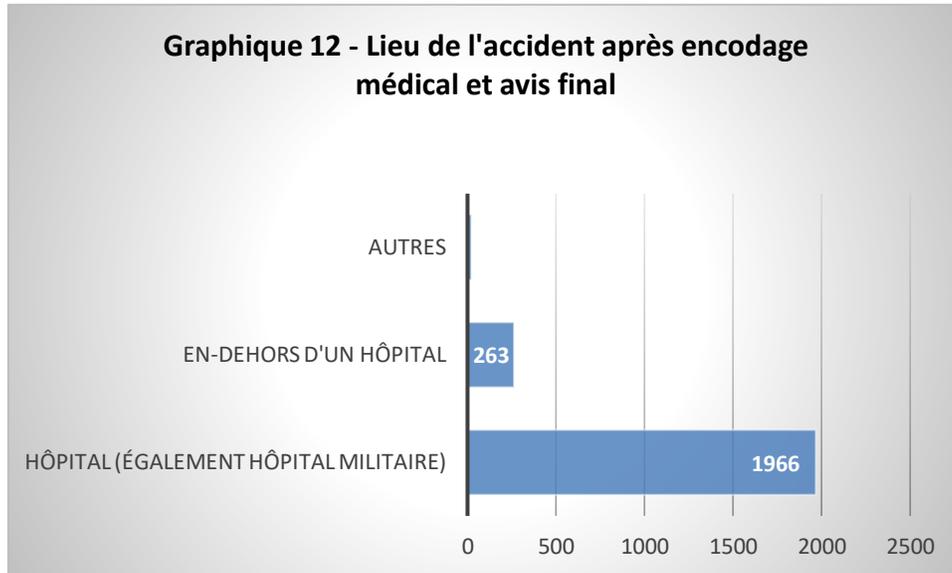
Cette analyse donne la situation des dossiers ayant fait l'objet d'un avis médical. Elle donne une idée globale de la distribution des dossiers du Fonds pour certaines variables.

a. Lieu de l'accident médical

Tableau 14 - Lieu de l'accident après encodage médical et avis final		
	Nombre	%
Hôpital (également hôpital militaire)	1966	87,34%
En-dehors d'un hôpital ¹²	236	11,68%
Autres ¹³	22	1,98%
TOTAL	2251	100%
Source : Fonds des accidents médicaux		

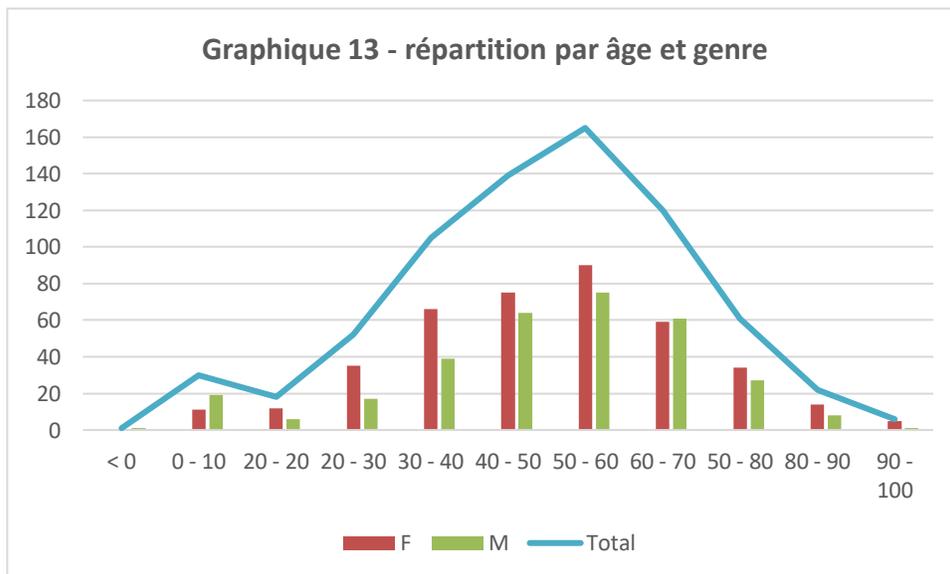
¹² Comme les cabinets privés, les CHS-MRS, les polycliniques.

¹³ Comme les cabinets dentaires, les institutions de médecine préventive.



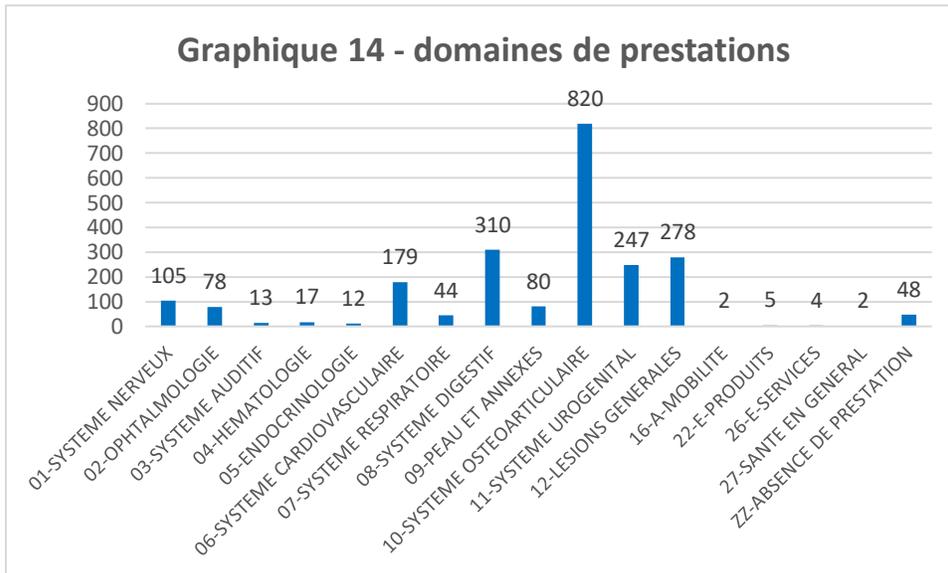
b. Répartition par âges et genres

Graphique 13 présente la répartition par âge et genre des personnes victimes d'un accident médical. Le critère « âge < 0 » réfère aux accidents médicaux survenus en cours de grossesse (avant l'accouchement).



c. Domaines de prestations

Graphique 14 représente la distribution des prestations médicales parmi différents domaines (classification internationale ICHI).



Le plus grand nombre de dossiers concernent des prestations médicales effectuées sur les systèmes ostéoarticulaire (36,5 %), digestif (13,8 %), uro-génital (11 %) et cardiovasculaire (7,9 %).

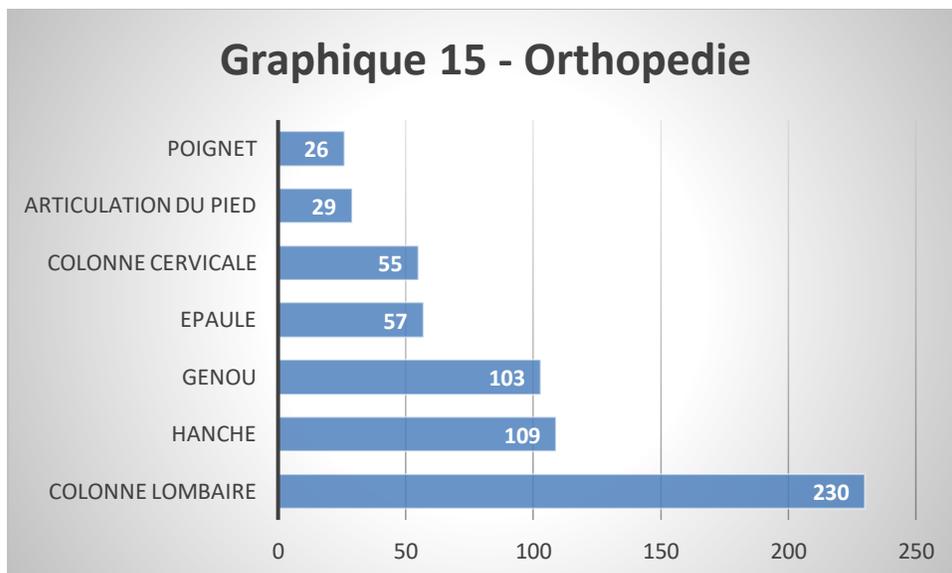
Le terme « E-produits » concerne la qualité d'appareillages ou d'orthèses, comme les lunettes, par exemple. Le terme « E-services » se rapporte plus à des services (surveillance nursing, transport).

Le terme « Lésions générales » se rapporte à des prestations effectuées sur des zones du corps moins précises, par exemple « membre supérieur ».

Le « Système uro-génital » englobe les prestations liées à la grossesse et l'accouchement. Celles-ci sont détaillées plus loin.

INTERVENTIONS ORTHOPÉDIQUES

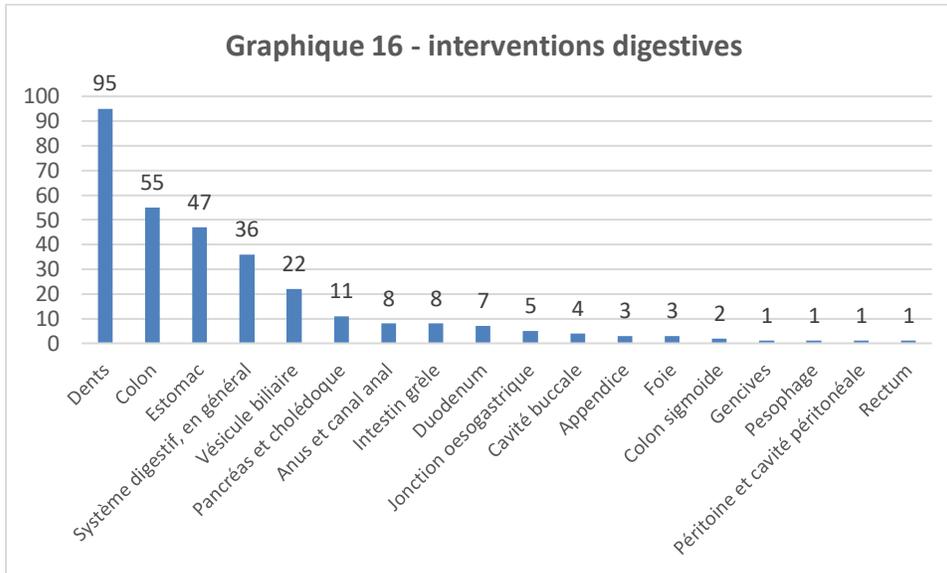
Le graphique 15 détaille les zones anatomiques du système ostéoarticulaire les plus souvent rapportées dans le cadre d'un accident médical. Trois zones arrivent en tête : la colonne lombaire, la hanche et le genou.



INTERVENTIONS DIGESTIVES

Le graphique 16 détaille les zones anatomiques du système digestif les plus souvent rapportées dans le cadre d'un accident médical. Les dossiers dentaires arrivent en tête mais ne présentent en général pas de critère de gravité. Ces dossiers ne sont pas repris dans le total des interventions digestives.

La majorité des intervention gastriques (estomac) sont réalisées dans le cadre de la chirurgie bariatrique (traitement de l'obésité). Ces interventions représentent plus de 25 % des interventions digestives



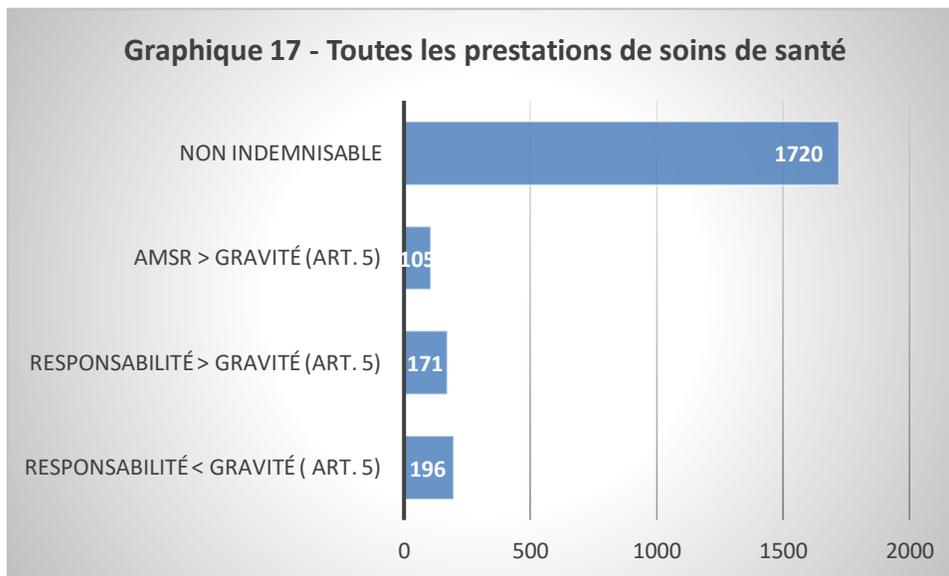
d. Types d'avis en général et pour certains types de prestations

Les graphiques suivants ventilent les dossiers d'accidents médicaux en fonction du type d'avis que nous avons rendus. Les graphiques 18 et suivants examinent chacun les prestations effectuées sur une zone anatomique en particulier.

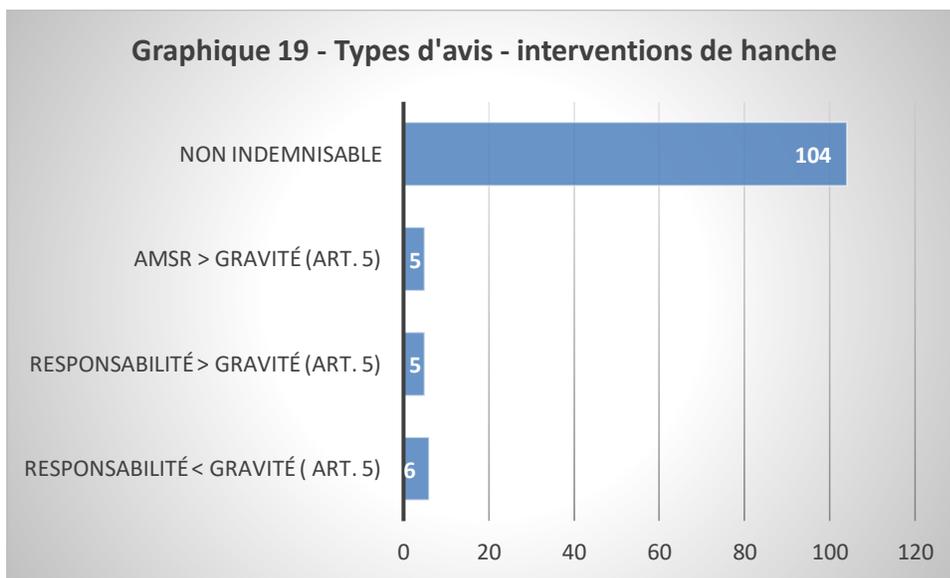
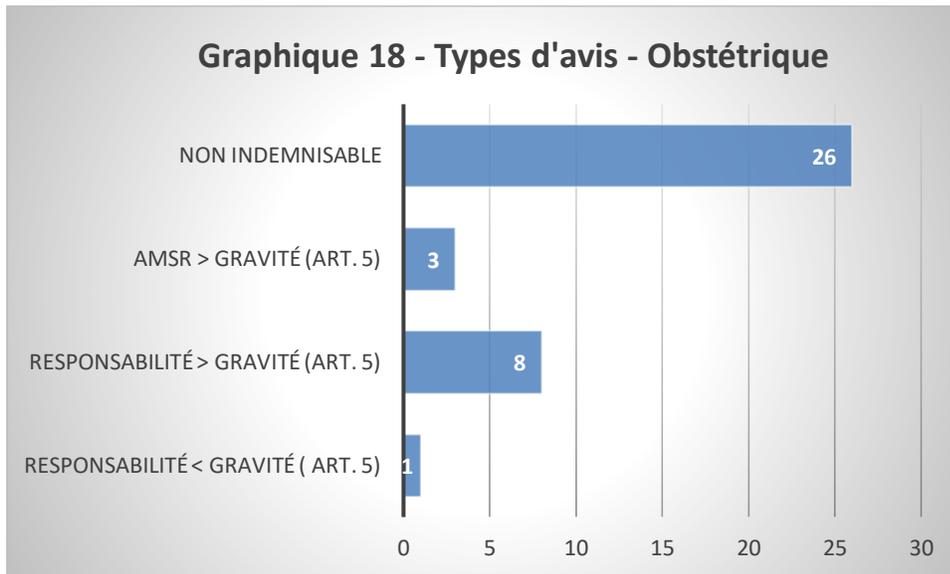
Globalement, 80 % des dossiers débouchent sur un avis « non indemnisable ». Par contre, si l'on examine les dossiers en rapport avec l'accouchement, ce n'est pas le cas (graphique 18) :

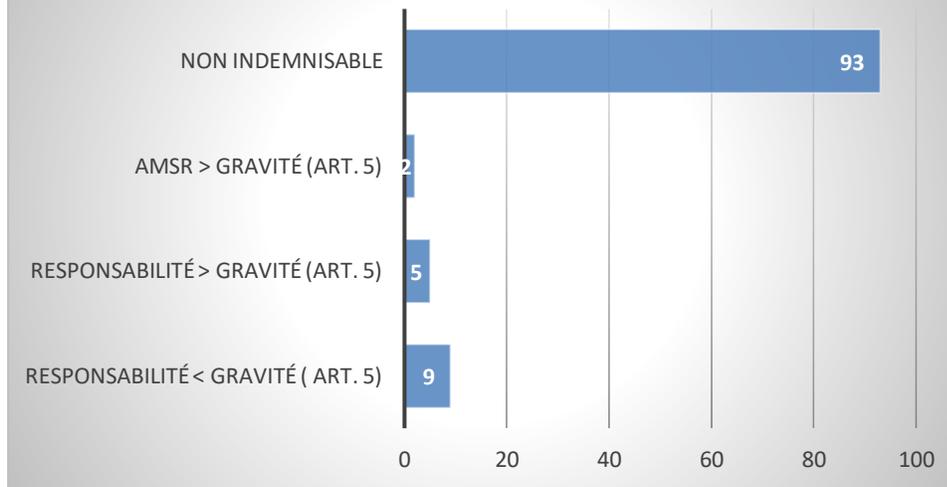
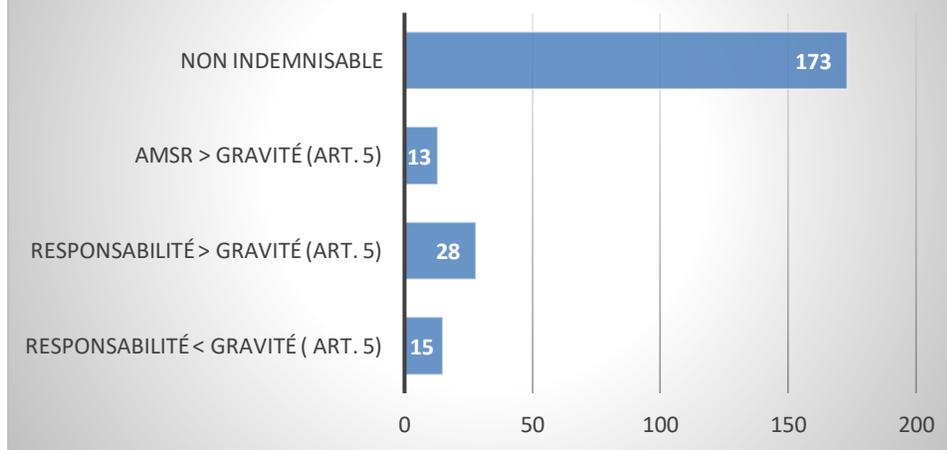
- Dans près d'un quart de ces dossiers, la responsabilité d'un prestataire de soins est engagée
- Près de 8 % des dossiers grossesse sont des accidents médicaux sans responsabilité du prestataire (AMSR) mais atteignant le seuil de gravité.

GÉNÉRALITÉS

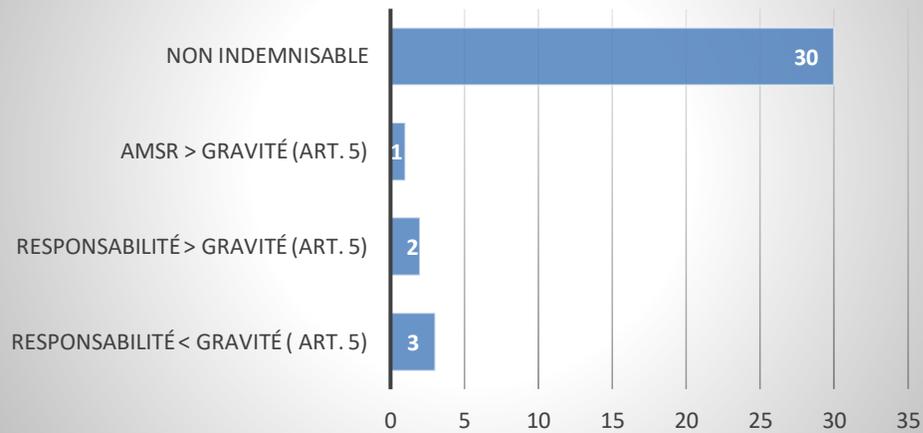


TYPES D'AVIS POUR CERTAINS TYPES DE PRESTATIONS

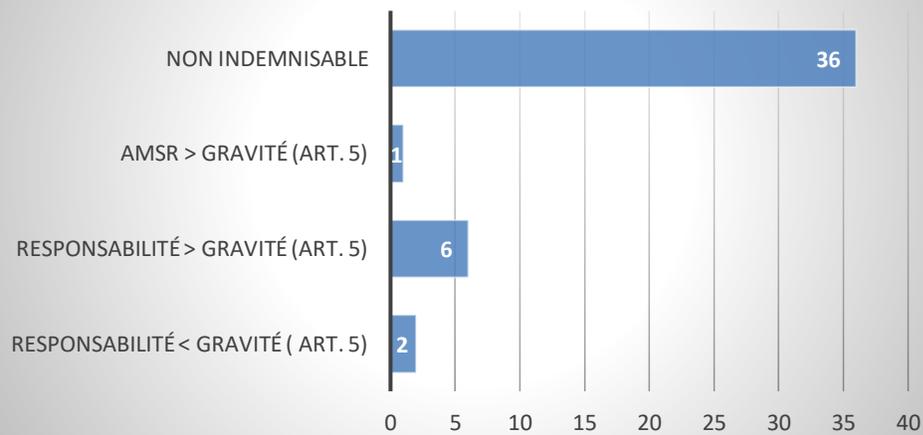


Graphique 20 - Types d'avis - interventions au genou**Graphique 21 - Types d'avis - interventions au niveau de la colonne vertébrale**

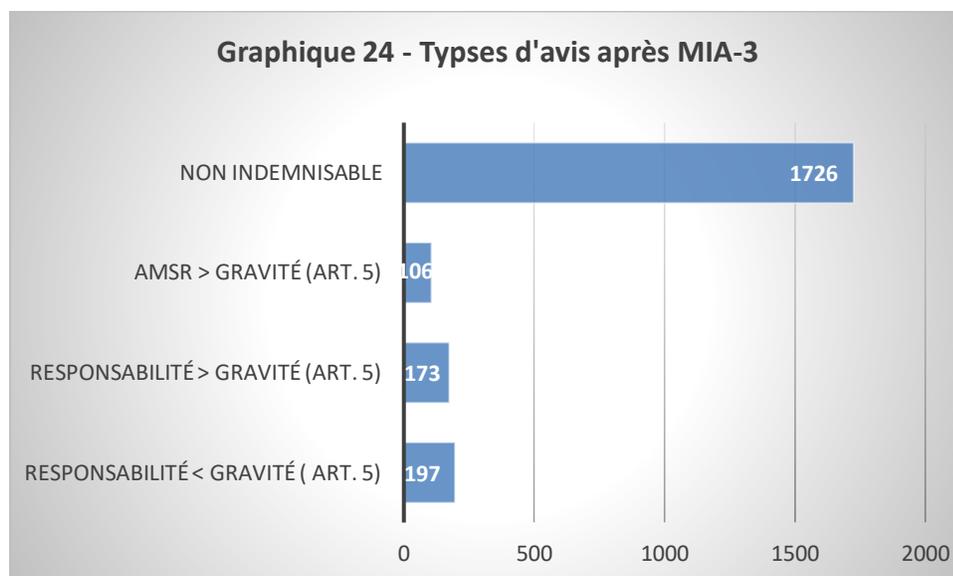
Graphique 22 - Types d'avis - interventions au niveau de la poitrine



Graphique 23 - Types d'avis - interventions au niveau de l'estomac



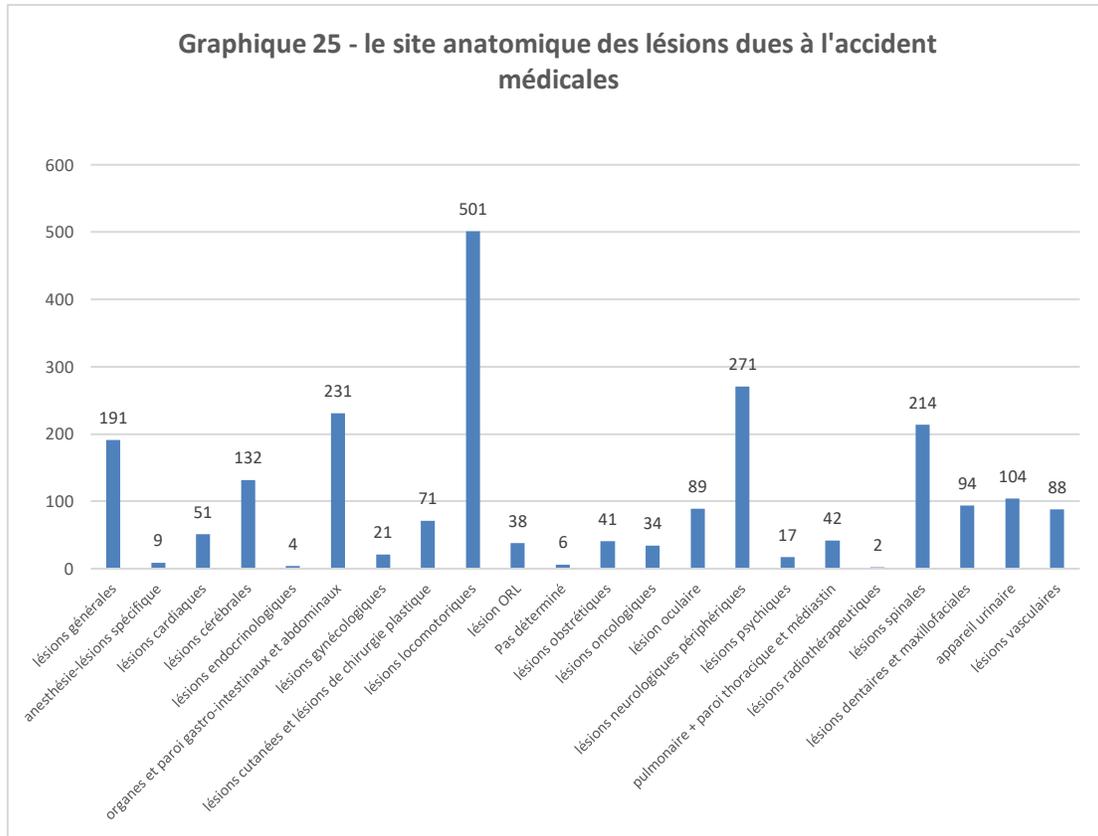
Le graphique 24 ventile les dossiers d'accidents médicaux faisant l'objet d'une analyse médicale interne (MIA-3) complémentaire à l'expertise externe, en fonction du type d'avis que nous avons rendus.



e. Site des lésions

Lors d'un accident médical, certains types de lésions apparaissent plus souvent que d'autres. Il est raisonnable de penser que le site des lésions correspond au domaine de prestation et c'est vrai dans la majorité des cas.

Le graphique 25 ventile les dossiers d'accidents médicaux en fonction de la zone anatomique lésée. La catégorie « indéterminée » se rapporte à des dossiers sans dommage¹⁴, par exemple.

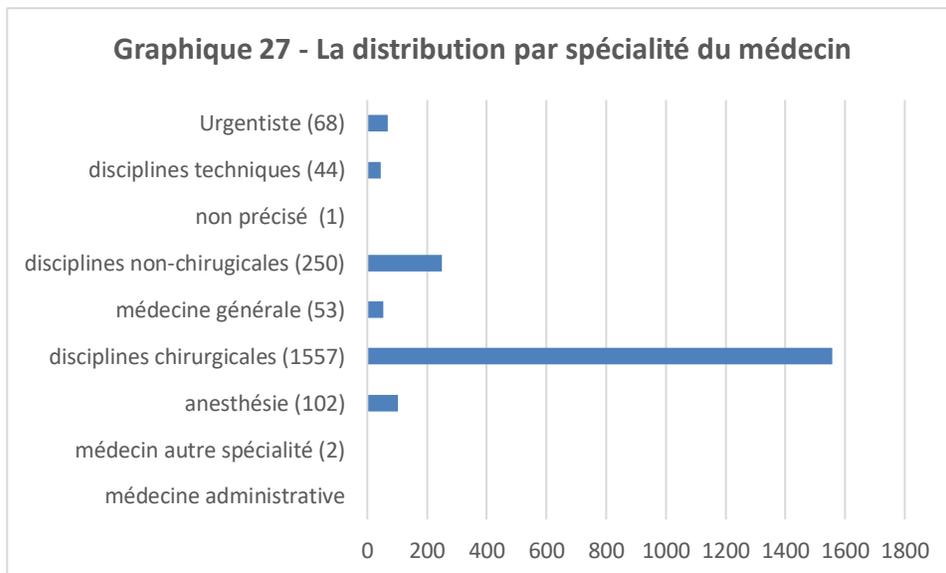
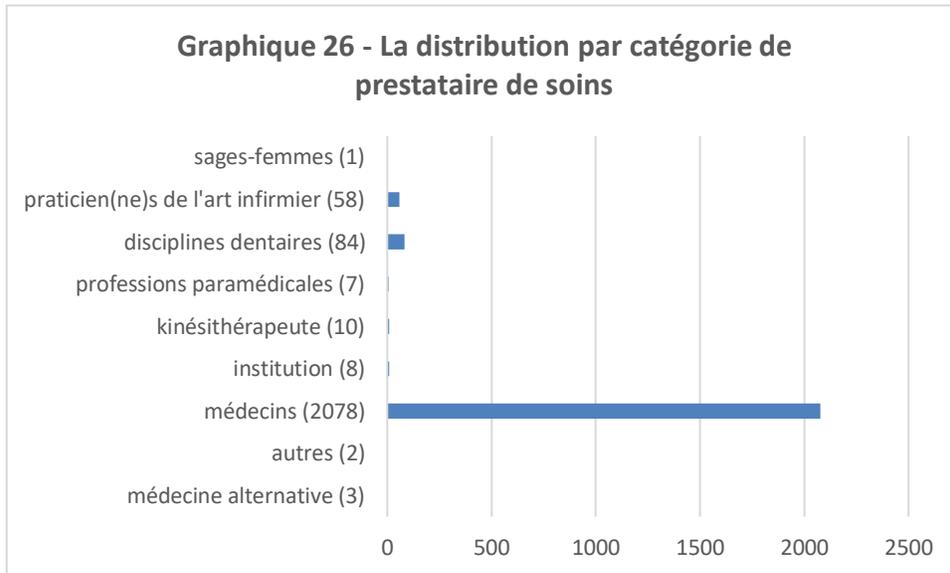


¹⁴ Exemple : un retard de diagnostic sans que ce retard ait une conséquence quelconque sur l'évolution de la pathologie.

f. Types de prestataire de soins

Le graphique 26 ventile les dossiers d'accidents médicaux en fonction de la catégorie de prestataire de soins mis en cause.

Le graphique 27 ventile les dossiers d'accidents médicaux en fonction de la spécialité du médecin mis en cause.



III. Activités juridiques, suivi et statistiques

CONTENTIEUX

1. Généralités

Les juristes du Fonds utilisent EUNOM-E, la plateforme de contentieux commune de l'INAMI pour la gestion des dossiers faisant l'objet d'un litige juridique. Depuis 2019, nous pouvons en retirer des statistiques. En outre, tous les dossiers de contentieux existants ont été migrés vers ce système. Les chiffres présentés sur cette base dans les tableaux suivants divergent (légèrement) des chiffres présentés dans le précédent rapport annuel en raison de corrections ou d'un nouveau calcul.

Le tableau 15 donne un aperçu global du nombre de procédures lancées par an (soit par le demandeur ou la partie adverse, soit par le Fonds, soit en première instance, soit en appel), ainsi que le nombre de décisions finales rendues en première instance (jugements définitifs) et en appel (arrêts définitifs).

Tableau 15 - Nombre de procédures, de jugements définitifs et d'arrêts définitifs, selon l'année d'ouverture des dossiers contentieux			
Année	Procédures	Jugements définitifs	Arrêts définitifs
2012	2	-	-
2013	-	-	-
2014	9	-	-
2015	31	1	-
2016	48	11	-
2017	49	15	1
2018	53	25	9
2019	52	22	11
2020	54	25	8
	298	86	29

Source : Fonds des accidents médicaux

Fin 2020, nous constatons que le Fonds est impliqué dans 233 litiges juridiques en cours (comme demandeur ou comme défendeur, soit en première instance, soit en appel). Il s'agit de 121 dossiers néerlandophones et de 112 dossiers francophones.

2. Catégories

Les tableaux suivants présentent les résultats de différents types de contentieux jusqu'à fin 2020.

Le Fonds peut intervenir comme demandeur dans le cadre d'une action subrogatoire¹⁵ pour récupérer l'indemnité versée, celle-ci étant généralement remboursée en vertu de l'article 4, 3°16, mais, le cas échéant, aussi sur la base de l'article 4, 2°17 ou de l'article 4, 4°18, de la loi relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé.

Le Fonds peut aussi intervenir comme défendeur en cas de contestation de l'avis. Si le Fonds décide dans son avis qu'il n'est pas question de responsabilité ni d'accident médical sans responsabilité, et qu'il n'y donc pas de raison d'indemniser, le demandeur peut, en vertu de l'article 23, § 2, de la loi relative à l'indemnisation résultant de soins de santé, intenter une action contre le Fonds afin d'obtenir les indemnités auxquelles il prétend avoir droit en vertu de ladite loi.

Enfin, le demandeur peut contester la proposition d'indemnisation par le Fonds sur base de l'article 27 de la loi relative à l'indemnisation résultant de soins de santé. Cela ne concerne que 4 dossiers depuis le lancement du Fonds.

a. Le Fonds en qualité de demandeur

Année	Procédures introduites par le Fonds		Décisions en 1 ^{re} instance (global)		Décisions en appel (global)	
	FR	NL	FR	NL	FR	NL
2014	0	1	0	0	0	0
2015	2	0	0	0	0	0
2016	4	12	1	0	0	0
2017	8	10	2	1	0	0
2018	8	12	3	9	1	5
2019	11	7	9	8	5	5
2020	12	18	1	5	1	2
Totaux	45	60	16	23	7	12
	105		39		19	

Source : Fonds des accidents médicaux

Le tableau 16 permet de déduire qu'au total, le Fonds a introduit 105 procédures devant les tribunaux néerlandophones et francophones. Depuis 2014, sur les 105 procédures du Fonds comme demandeur, 72 ont été introduites en première instance, 30 procédures en appel et 3 en cassation. Globalement, 39 décisions ont été rendues (ou prononcées) en première instance et 19 en appel.

¹⁵ Art. 28 de la loi relative à l'indemnisation résultant de soins de santé.

¹⁶ Contestation de la responsabilité du prestataire de soins.

¹⁷ Responsabilité du prestataire de soins dont la responsabilité civile n'est pas ou pas suffisamment couverte.

¹⁸ L'assureur qui couvre la responsabilité du prestataire de soins ayant entraîné le dommage formule une proposition d'indemnisation jugée manifestement insuffisante par le Fonds.

Langue	Jugements avant dire droit	Jugements (définitifs) en faveur du Fonds	Jugements (définitifs) en défaveur du Fonds	Arrêts (définitifs) en défaveur du Fonds	Arrêts (définitifs) en faveur du Fonds	Total
FR	11	4	4	4		23
NL	6	10	9	9	1	35
Total	17	14	13	13	1	58

Source : Fonds des accidents médicaux

Le tableau 17 indique que, depuis 2016, on comptabilise 58 décisions dans les 105 procédures introduites par le Fonds. Sur ce total de 58 décisions, on comptabilise 17 jugements avant dire droit (désignation d'un expert), 14 jugements définitifs en faveur du Fonds et 13 en faveur du prestataire de soins et/ou de son assureur, 13 arrêts définitifs en défaveur du Fonds (dont 3 arrêts en cassation) et 1 est en sa faveur. A noter qu'on entend par décision définitive au sens du Code judiciaire (article 19, alinéa 1er) une décision qui épuise la juridiction du juge sur une question litigieuse, sauf les recours prévus par la loi. Une telle décision peut donc toujours faire l'objet d'un recours.

b. Le Fonds en qualité de défendeur

Année	Procédures contre le Fonds		Décisions en 1 ^{re} instance (global)		Décisions en degré d'appel (global)	
	FR	NL	FR	NL	FR	NL
2012	2	0	0	0	0	0
2014	2	2	0	0	0	0
2015	7	12	0	1	0	0
2016	9	9	4	10	0	0
2017	15	12	9	6	0	0
2018	10	17	9	13	3	2
2019	15	21	2	15	0	2
2020	14	24	12	22	1	3
Totaux	74	97	36	67	4	7
	171		103		11	

Source : Fonds des accidents médicaux

Le tableau 18 indique le nombre de procédures menées contre le Fonds ainsi que le nombre de décisions rendues en première instance et en degré d'appel. Dans 171 procédures, le Fonds a été cité à comparaître en vertu de l'article 23, § 2, de la loi, à la suite d'un avis de refus d'indemnisation par le Fonds. Sur ces 171 procédures, 32 dossiers ont fait l'objet d'un recours après la procédure en première instance, dont 1 pourvoi en cassation. 103 décisions ont été rendues en première instance et 12 décisions ont fait l'objet d'un appel (dont 1 en cassation).

Nous constatons que le demandeur n'a cité le Fonds à comparaître devant le tribunal civil qu'exceptionnellement, avant que le Fonds n'ait eu l'opportunité de rédiger son avis ou sans qu'une demande n'ait été introduite auprès du Fonds.

Langue	Jugement avant dire droits	Demande d'indemnisation jugée non fondée	Condamnation du Fonds	Total
FR	19	10	7	34
NL	21	25	25	73
Total	40	35	32	107

Source : Fonds des accidents médicaux

Le tableau 19 montre que sur l'ensemble des décisions rendues par les tribunaux néerlandophones et francophones¹⁹, le juge a condamné le Fonds à indemniser le demandeur dans 32 dossiers (en vertu de l'article 4, 1°, de la loi), et qu'il a dès lors conclu à l'existence d'un dommage grave et anormal au sens de l'article 5 de la loi. Il s'agit de 30 dossiers en première instance et de 2 dossiers en appel.

Pour 35 décisions, le juge a suivi la décision du Fonds et a déclaré la demande d'indemnisation non fondée. Il s'agit de 27 décisions en première instance et de 8 décisions en degré d'appel.

40 décisions ont été rendues avant dire droit (avant de prononcer un jugement définitif dans une affaire), dont une décision comporte deux questions préjudicielles qui ont été posées par le passé à la Cour constitutionnelle.

¹⁹ Remarque : pour 11 fichiers, les données concernant le résultat de la décision (non fondé ou condamnation) ne sont pas disponibles dans les statistiques

Partie 4

Gestion financière et encadrement

Après avoir abordé les statistiques relatives aux activités « missions » du Fonds, il convient de jeter un œil sur le budget et le coût potentiel de ces différentes missions pour le Fonds. C'est pourquoi cette 4^{ème} partie est consacrée aux informations financières, aux budgets 2020 et 2021 du Fonds ainsi qu'aux réalisations des années précédentes. Ces budgets et réalisations seront présentés en deux parties, une partie relative aux missions du Fonds et une partie relative aux dépenses de fonctionnement du Fonds (budget de gestion).

Depuis la mise en place effective du Fonds le 1^{er} septembre 2012, de nombreuses expertises sont réalisées chaque année et les premières indemnités ont été versées au cours de l'année 2015. Grâce au nombre important d'indemnités versées au fil des années, nous sommes en mesure de fournir des statistiques significatives.

A côté de ces chiffres consacrés aux indemnités, nous aborderons également 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 et experts spécialisés.

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

I. Budgets et réalisations – Missions

Le tableau ci-dessous présente les moyens 2020 mis à disposition du Fonds pour exécuter ses missions ainsi que les réalisations pour l'année 2019.

Tableau 20		
Rubrique	Budget 2020 (en EUR)	Réalisations 2019 (en EUR)
8157 - Contentieux relatif aux missions de l'institution	702.000	728.468
8158 - Honoraires autres que pour le contentieux	450.000	338.700
80500 - Prise en charge des frais incombant aux bénéficiaires :	14.114.240	7.823.558
- Indemnités :		
- Sinistres catastrophiques :	6.800.000	6.818.263
- Infections nosocomiales :	5.000.000	0
- Expertises contradictoires :	1.300.000	0
	1.014.240	1.005.295
TOTAL	15.266.240	8.890.726

Le tableau ci-dessous présente les moyens mis à disposition du Fonds en 2021 pour exécuter ses missions ainsi que les réalisations pour l'année 2020.

Tableau 21		
Rubrique	Budget 2021 (en EUR)	Réalisations 2020 (en EUR)
8157 - Contentieux relatif aux missions de l'institution	1.035.000	726.724
8158 - Honoraires autres que pour le contentieux	315.000	298.901
80500 - Prise en charge des frais incombant aux bénéficiaires :	13.828.000	8.830.967
- Indemnisations :		
- Sinistres catastrophiques :	7.820.000	7.836.166
- Infections nosocomiales :	5.000.000	0
- Expertises contradictoires :	0	0
	1.008.000	994.801
TOTAL	15.178.000	9.856.593

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 2020 et plus particulièrement les dépenses liées aux expertises, qu'elles soient unilatérales ou contradictoires, et aux indemnisations.

II. Budgets et réalisations - Gestion

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

Les tableaux ci-dessous reprennent les budgets de gestion du Fonds respectivement pour les années 2020 et 2021. Les réalisations des années précédentes sont également reprises dans ces tableaux.

Tableau 22		
Rubrique	Budget 2020 (en EUR)	Réalisations 2019 (en EUR)
Personnel	4.701.093 (73,76%)	3.779.212
Fonctionnement ordinaire	439.845 (6,90%)	344.560
Investissements mobiliers	1.000 (0,01%)	135
Fonctionnement informatique	1.000.580 (15,70%)	1.717.384
Investissements informatiques	198.707 (3,12%)	1.293
Impôts et contentieux	32.225 (0,51%)	38.258
TOTAL budget de gestion	6.373.450	5.880.842

Tableau 23		
Rubrique	Budget 2021 (en EUR)	Réalisations 2020 (en EUR)
Personnel	4.797.818 (75,30%)	3.876.551
Fonctionnement ordinaire	439.845 (6,90%)	406.942
Investissements mobiliers	1.000 (0,02%)	0
Fonctionnement informatique	1.000.580 (15,70%)	1.000.580
Investissements informatiques	100.000 (1,57%)	186.738
Impôts et contentieux	32.225 (0,51%)	39.785
TOTAL budget de gestion	6.371.468	5.510.596

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

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

Pour ce qui est de la répartition du budget de gestion du Fonds, on constate sans surprise que les dépenses de personnel sont les plus importantes avec plus de 70% du budget que ce soit en 2020 ou en 2021. On retrouve ensuite les dépenses de fonctionnement nécessaires pour que le Fonds puisse exercer les missions qui lui sont confiées dans les meilleures conditions possibles et notamment grâce au développement informatique. Les investissements, quant à eux, ne représentent qu'une part minime du budget de gestion.

III. Comparaison budget et réalisations 2020

En ce qui concerne l'année de référence de ce rapport, il est intéressant de comparer le budget et les réalisations afin d'avoir une vue sur le taux d'utilisation du budget. C'est pourquoi le tableau ci-dessous reprend les données relatives au budget et aux réalisations 2020.

Tableau 24 - Budget et réalisations 2020 (en EUR)				
Rubrique	Budget 2020	Réalisations 2020	Différence	Taux d'utilisation
Missions				
Contentieux	702.000	726.724	-24.724	103,52%
Honoraires autres que contentieux	450.000	298.901	151.099	66,42%
Indemnisations	6.800.000	7.836.166	-1.036.166	115,24%
Sinistres catastrophiques	5.000.000	0	5.000.000	0,00%
Infections nosocomiales	1.300.000	0	1.300.000	0,00%
Expertises contradictoires	1.014.240	994.801	19.439	98,08%
TOTAL Missions	15.266.240	9.856.593	5.409.648	64,56%
Gestion				
Personnel	4.701.093	3.876.551	824.542	82,46%
Fonctionnement ordinaire	439.845	406.942	32.903	92,52%
Investissements mobiliers	1.000	0	1.000	0,00%
Fonctionnement informatique	1.000.580	1.000.580	0	100,00%
Investissements informatiques	198.707	186.738	11.969	93,98%
Impôts et contentieux	32.225	39.785	-7.560	123,46%
TOTAL Gestion	6.373.450	5.510.596	862.854	86,46%

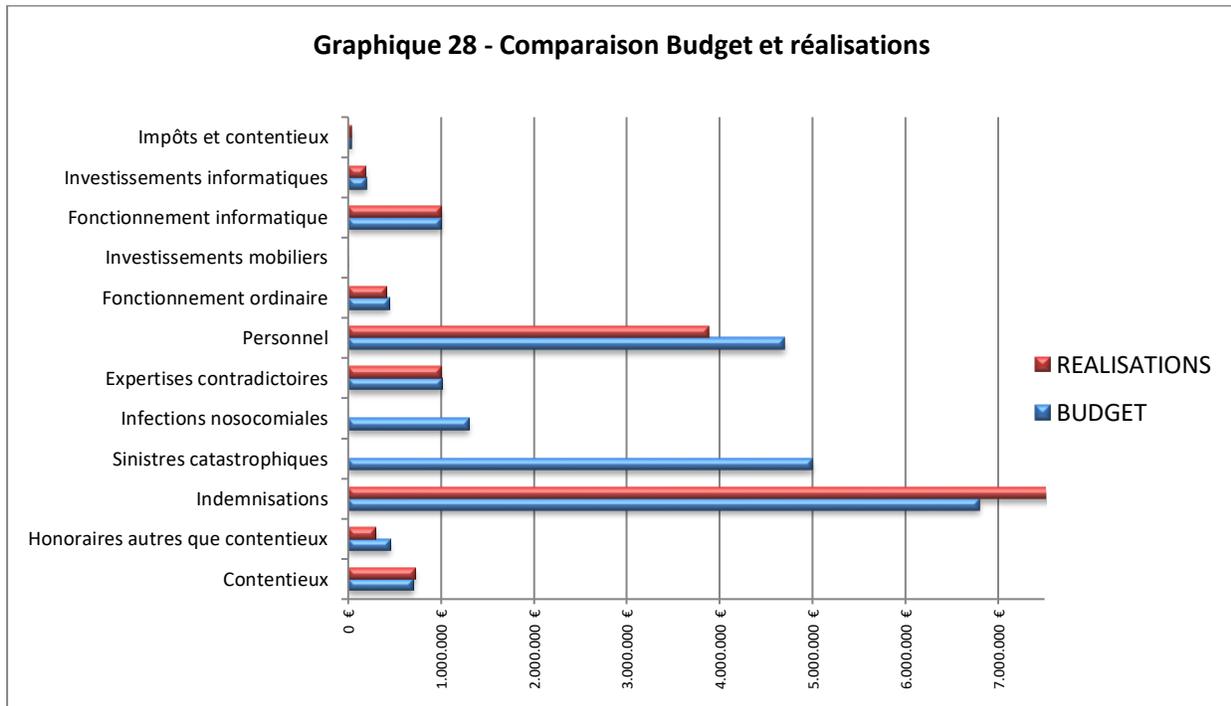
La première constatation à tirer de ce tableau est que le budget du Fonds, pour l'année 2020, n'a pas été entièrement utilisé. En effet, seul 71% du budget a été réalisé avec une grande différence entre le budget des missions avec environ 65% d'utilisation contre plus de 86% pour le budget de gestion. Si on compare ces chiffres à l'année 2019, on constate une utilisation plus élevée du budget des missions (65% en 2020 contre 55% en 2019) mais une utilisation moins élevée en ce qui concerne le budget de gestion (86% en 2020 contre 96% en 2019). Cette différence au niveau du budget de gestion s'explique principalement par un plan de personnel qui n'a pu être complété en 2020 et donc des dépenses de personnel moindres que prévu pour cette année.

Si on regarde plus en détail ce tableau, on s'aperçoit que la non utilisation du budget des missions provient principalement de deux postes qui sont les sinistres catastrophiques et les infections nosocomiales pour lesquels aucune réalisation n'a été constatée en 2020. En effet, il n'y a eu aucun cas de sinistre catastrophique en 2020 (pour rappel une indemnisation est considérée comme un sinistre catastrophique si son montant est supérieur à 1.000.000 euros) et les infections nosocomiales ne sont pas, à l'heure actuelle, identifiées spécifiquement comme des indemnisations séparées. Elles sont donc reprises sous la rubrique « indemnisations ». Dès lors, si on ne tient pas

compte du poste « sinistre catastrophique », on arrive à un taux d'utilisation du budget des missions de l'ordre de 97%.

En ce qui concerne le budget de gestion, celui-ci a été utilisé dans sa quasi-totalité à l'exception des frais de personnel comme évoqué ci-dessus.

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



IV. Statistiques financières concernant les missions.

Passons maintenant aux statistiques « missions » du Fonds. En effet, les nombreuses expertises réalisées par le Fonds permettent de récolter toute une série de 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.

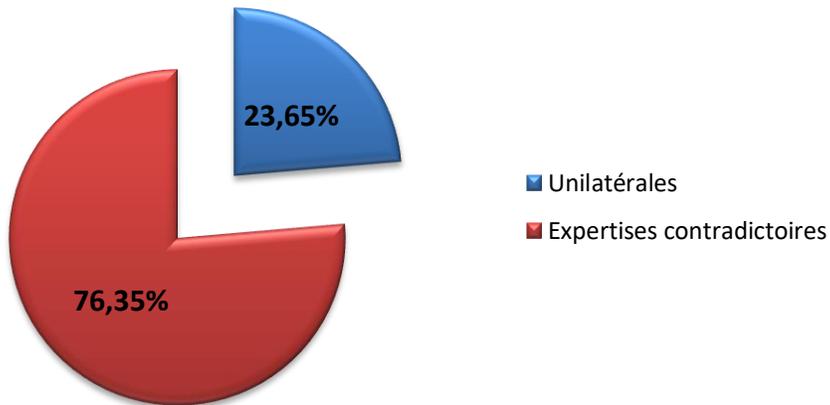
Les statistiques qui seront présentées ci-dessous concernent principalement le coût des expertises ainsi que la répartition des coûts entre les expertises unilatérales, les demandes d'avis auprès d'avocats (notamment pour la relecture des offres d'indemnisations et autres avis juridiques) et les expertises 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 31/12/2020). Nous commencerons par analyser les données relatives aux expertises et les mettre sous forme de graphiques afin d'avoir une vision plus claire de la nature des expertises, de leur répartition et de leur coût. Ensuite, nous analyserons les données relatives au coût des différentes indemnisations déjà versées.

Tableau 25 – Coûts des expertises et indemnisations			
Type	Nombre d'expertises facturées / indemnisations versées	Montant total (en EUR)	Montant moyen (en EUR)
EXPERTISES	3.988	7.487.406,66	1.877,48
Unilatérales	943	1.024.550,60	1.086,48
Expertises contradictoires	3.045	6.462.856,06	2.122,45
FRAIS D'AVOCATS	1.664	3.448.851,35	2.072,63
Demandes d'avis	534	969.723,55	1.815,96
Contentieux	1.130	2.479.127,80	2.193,92
Indemnisations (Capital)	365	30.331.254,30	83.099,33
Indemnisations (Rentes)	100	116.265,65	1.162,66
TOTAL	6.117	41.383.777,96	-

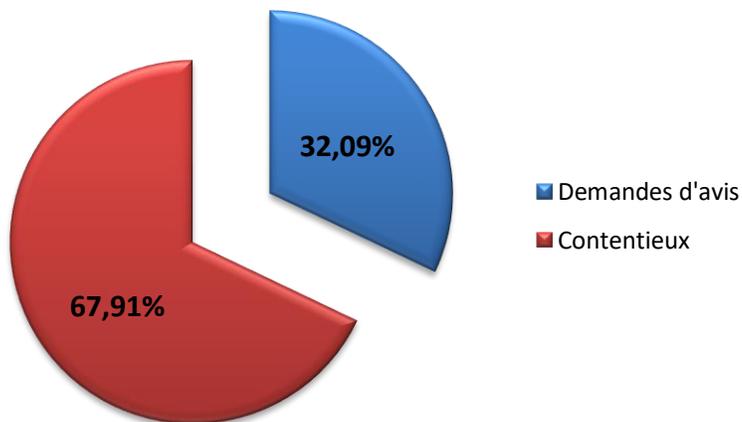
En ce qui concerne les expertises, la première constatation que nous pouvons faire est que les expertises contradictoires restent toujours bien plus nombreuses que les expertises unilatérales. En effet, comme nous le montre le graphique ci-dessous, les proportions d'expertises contradictoires et unilatérales sont respectivement de 76,35% et 23,65%. Ces chiffres sont stables depuis 2018.

Graphique 29 - Répartition expertises unilatérales et contradictoires

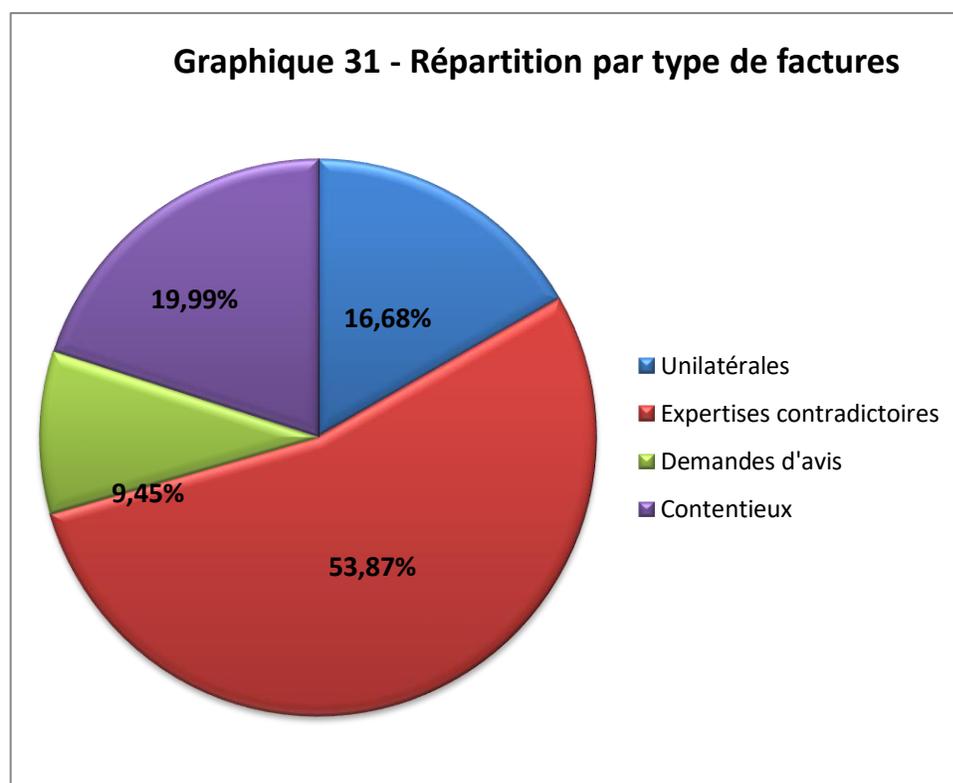


Si on s'attarde sur le nombre de demandes faites aux différents avocats, on constate que presque 68% des demandes concernent la représentation du Fonds dans le cadre de procédures juridiques. Si on regarde ce chiffre par rapport au dernier rapport, on constate une augmentation d'environ 7% qui confirme la tendance de l'année dernière (+10% en 2019). En effet, le nombre de dossiers portés devant les tribunaux est en constante augmentation et cela se répercute sur les demandes auprès des avocats qui s'orientent désormais davantage sur les procédures juridiques que sur la relecture des avis.

Graphique 30 - Répartition des demandes aux avocats



Afin d'avoir une vue plus globale sur l'ensemble des factures adressées au Fonds, il est intéressant de regrouper les deux graphiques précédents. Cela nous permet d'identifier qu'un peu plus de 70% 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 représentant environ 30% des factures honorées. Ce constat est assez stable par rapport aux années précédentes même si on constate un léger glissement des honoraires d'expertises (-3,5%) vers les honoraires relatifs au contentieux (+4%).



Enfin, pour ce qui est du coût de ces expertises et demandes, on voit que ce sont les honoraires relatifs à un contentieux qui sont les plus élevés avec un coût moyen de 2.193,92 euros par facture, devant les expertises contradictoires avec un coût moyen de 2.122,45 euros, les demandes d'avis avec 1.815,96 euros et un peu plus de 1.000,00 euros pour les expertises unilatérales.

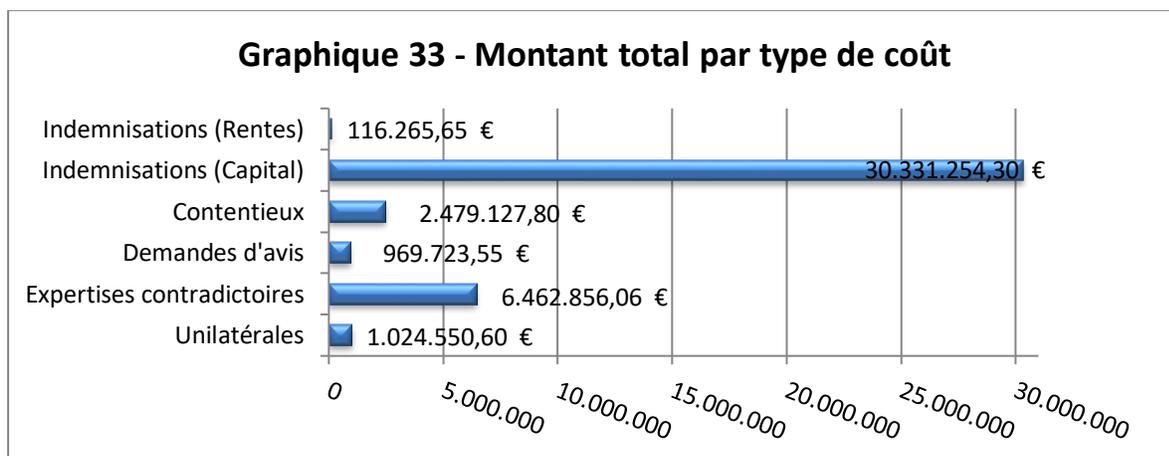
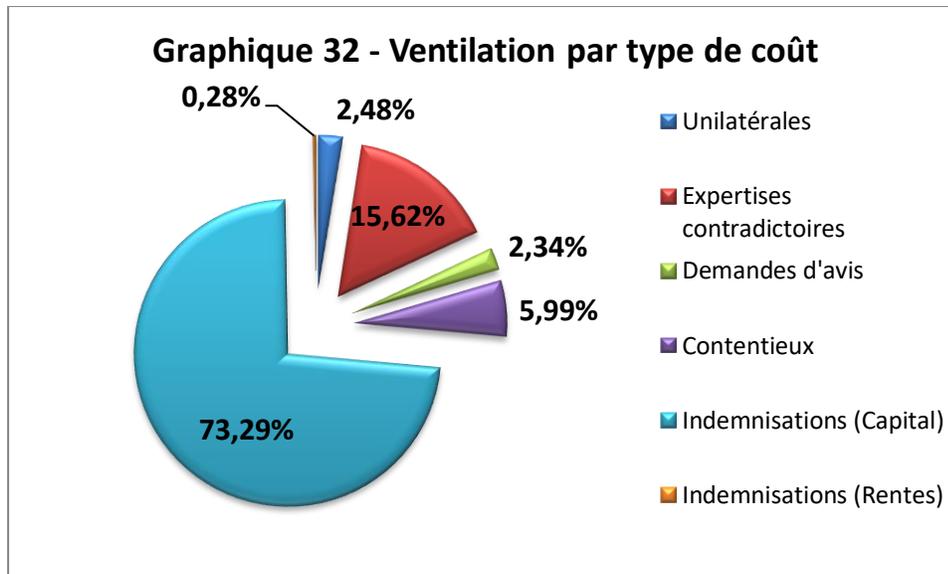
Abordons maintenant les chiffres relatifs aux indemnités. Au 31/12/2020, 365 indemnités ont été versées par le Fonds ce qui représente 98 indemnités de plus que fin 2019. Le Fonds a également versé 100 rentes mensuelles et/ou annuelles dans le cadre de 3 dossiers d'indemnités. Ces rentes ne sont pas comprises dans les 365 indemnités mentionnées ci-dessus. En effet, étant donné la périodicité des versements et les montants beaucoup plus faibles qu'elles représentent, ces rentes ont été isolées du reste des indemnités.

Le tableau ci-dessous nous donne une vue, mois par mois, du montant des indemnisations (rentes incluses) payées par le Fonds sur les cinq dernières années.

Tableau 26 - Indemnisations payées par le Fonds (en EUR)					
Mois	2016	2017	2018	2019	2020
Janvier	44.088,71	86.479,45	285.523,10	521.361,09	833.964,98
Février	5.535,00	649.349,50	404.444,09	1.253.431,20	1.123.910,45
Mars	222.718,64	351.423,55	371.501,02	457.445,19	1.027.410,15
Avril	503.927,09	1.505.723,32	456.491,33	601.514,04	969.580,92
Mai	330.871,92	312.769,76	363.930,07	446.993,97	110.176,45
Juin	1.084.691,41	219.610,56	1.167.514,26	336.663,25	634.729,02
Juillet	25.032,00	913.980,45	14.509,79	761.052,19	679.377,43
Août	922.945,83	148.017,70	317.362,01	39.037,54	328.055,40
Septembre	129.246,81	472.500,58	56.841,34	351.549,45	544.838,14
Octobre	172.829,83	781.846,02	142.535,02	34.614,66	1.170.907,62
Novembre	324.317,09	74.191,75	279.481,05	297.872,22	142.809,18
Décembre	245.853,27	1.161.551,07	369.199,92	618.718,61	889.301,43
TOTAL	4.012.057,60	6.677.443,71	4.229.333,00	5.720.253,41	8.455.061,17

La première constatation importante que nous pouvons faire concerne le montant global des indemnisations versées chaque année et plus particulièrement l'augmentation importante qui a eu lieu en 2020. En effet, après une relative stabilisation entre 2016 et 2019, on constate maintenant une nette augmentation. Ce constat n'est pas une surprise et est même très positif car cela traduit les efforts fournis par le Fonds pour accélérer le traitement des dossiers et indemniser les victimes le plus rapidement possible. Bien entendu nous devons rester prudent avec cette constatation car les montants par dossier peuvent être très variables d'une année à l'autre mais néanmoins, nous pouvons nous attendre à une augmentation constante au fil des années jusqu'à atteindre une vitesse de croisière et le pic défini par le budget annuel du Fonds en terme d'indemnisations.

Une seconde constatation évidente mais importante à souligner est que les montants versés sont bien plus importants que les montants des expertises et frais d'avocats et ce malgré un nombre d'expertises très largement supérieur au nombre d'indemnisations versées. Les montants des indemnisations sont tels qu'ils compensent largement les dépenses en matière d'expertises. La démonstration en est faite grâce aux graphiques ci-dessous qui montrent que le montant total des indemnisations représente plus de 73% du montant total des frais encourus par le Fonds depuis sa création. Plus précisément, on constate que 365 indemnisations représentent un montant presque trois fois plus élevé que celui des 5.652 expertises déjà payées (30.331.254,30 euros contre 10.936.258,01 euros).



Terminons cette partie relative aux statistiques financières « missions » en parlant des montants récupérés par le FAM. L'année passée, nous signalions que le Fonds avait récupéré, pour la première fois, dans le cadre de deux dossiers, tout ou une partie des montants versés suite à une indemnisation. En 2020, ce fût le cas dans 5 dossiers pour un montant total de 392.889,08 euros ce qui représente une augmentation de plus de 300.000 euros par rapport à 2019. Maintenant que le mécanisme de récupération est en marche, on peut s'attendre dans les prochaines années à voir augmenter de manière substantielle le montant des récupérations suite à une indemnisation. Ces récupérations feront l'objet de statistiques plus précises dans les prochains rapports mais une constatation que l'on peut déjà faire est que le montant de ces récupérations représente une part dérisoire sur l'ensemble des indemnités versées (1,3%).

Partie 5

Autres activités

En raison de la pandémie de COVID-19, aucune activité externe n'est à signaler telles que des présentations en déplacement, des formations pour externes, une concertation physique avec des externes ou des stages.