



Fonds des accidents
médicaux

Rapport d'activités 2023



TABLE DES MATIÈRES

Mot de la direction	4
Partie 1 Missions du Fonds des accidents médicaux et organisation - 2023	6
I. Que fait le Fonds?	7
1. Missions d’avis, d’indemnisation et de médiation	7
2. Mission de prévention d’enregistrement et de reporting	8
II. Comité de gestion	9
1. Composition	9
2. Compétences.....	10
Partie 2 Organigramme et structure du Fonds - 2023	12
I. Organigramme	13
II. Experts externes.....	14
Partie 3 Activités relatives aux missions - 2023.....	15
I. Suivi administratif et observations statistiques	16
1. Développements informatiques.....	16
2. Nombre total de dossiers entrants, ouverts et clôturés par rôle linguistique pour l’année 2023 et depuis la création du Fonds	18
3. Le nombre total de dossiers introduits par mois	20
4. Statut de tous les dossiers introduits depuis la création du Fonds.....	21
5. Répartition par phase des dossiers restant ouverts, de leur ouverture à l’indemnisation	23
6. Évolution des dossiers irrecevables.....	25
7. Délais moyen de traitement des dossiers traités jusqu’à l’avis inclus.	27
8. Adaptation structurelle et Task Force	28
9. Évolution du nombre de dossiers entrants et sortants	30
10. Répartition des dossiers selon le type de demandeur	32
11. Avis par type.....	33
12. Indemnisations après avis et par type	36
II. Activités médicales et statistiques	39
1. L’encodage	39
2. Statistiques.....	39
III. Activités juridiques, suivi et statistiques.....	51
1. Généralités.....	51
2. Catégories	51

Partie 4 Gestion financière et encadrement - 2023	59
I. Budgets et réalisations – Missions	61
II. Budgets et réalisations - Gestion	63
III. Comparaison budget et réalisations 2023	65
IV. Statistiques financières concernant les missions.	68

Mot de la direction

Pour sa 12^{ème} édition, j'ai le privilège de vous accueillir dans la lecture du rapport annuel du Fonds des Accidents Médicaux.

J'ai pris mes fonctions en qualité de directrice du Fonds à la date du 1^{er} juillet 2023 et profite de l'occasion qui m'est ici donnée pour saluer le travail réalisé par ma prédécesseuse, Mia Honinckx, et par son équipe.

L'année 2023 fut pour le Fonds une année charnière, marquée par de nombreux challenges. La finalisation des travaux de la Task Force, l'apurement du retard historique accumulé, la poursuite d'un processus permettant la bonne progression du traitement des dossiers - tout en garantissant la qualité du travail - et le maintien du cadre de collaborateurs.

Les équipes du Fonds ont traversé avec brio une période difficile, marquée principalement par une charge très importante de travail et une image médiatique ternie.

Cette année fut en effet marquée par des succès significatifs dans nos différentes missions et principalement dans celles d'avis et d'indemnisation des personnes victimes d'un accident médical.

Comme les années précédentes, la première partie du rapport couvre les missions du Fonds. Ces missions sont définies par la loi et sont restées inchangées depuis la création du Fonds.

Les missions d'avis et d'indemnisation du Fonds ont encore, en 2023, représenté la plus grande partie du travail du Fonds. Notamment en raison de l'apurement d'anciens dossiers qui devait encore être réalisé.

La deuxième partie du rapport annuel porte sur la composition structurelle du Fonds. L'organigramme se composait en décembre 2023 de 53 collaborateurs actifs. Tous les collaborateurs Task Force ont été, en 2023, intégrés dans l'équipe de base, que ce soit à titre définitif ou via un contrat à durée déterminée. L'ensemble des places ne sont pas occupées en permanence et le Fonds doit souvent relever le défi de poursuivre ses missions avec un cadre actif incomplet.

La troisième partie du rapport annuel traite quant à elle des activités du Fonds et des données statistiques y afférentes. Le Fonds a réussi à accélérer de manière significative la vitesse de traitement de ses dossiers. En effet, il a ouvert, en 2023, plus de 470 dossiers et a clôturé 735 dossiers.

Le Fonds restera bien évidemment vigilant pour maintenir cette vitesse de croisière tout en garantissant la qualité du travail.

A titre d'exemple, toute la phase d'expertise en externe nécessite un certain temps pour être réalisée de manière adéquate (tenue de réunions avec de nombreux intervenants, appel à des sapiteurs, étude et analyse de très nombreuses pièces, prise en compte des dernières évolutions de l'état de santé du demandeur,...).

La dernière partie du rapport annuel porte sur la gestion financière du Fonds (budget missions et budget gestion). La bonne gestion des dossiers par le Fonds et l'apurement de l'arriéré historique conduisent à la majoration significative en 2023 des dossiers indemnisés et des montants alloués.

L'année 2023 fut ainsi marquée par le nombre record de dossiers indemnisés (128) pour un montant total record également – hors rentes - de près de 18.000.000 € (contre près de 16.400.000 € pour 115 dossiers en 2022, 14.150.000 € et 122 dossiers en 2021 et 8.500.000€ et 74 dossiers en 2020).

Pour rappel, la mission d'avis du Fonds est bien évidemment prépondérante. Si la majorité des dossiers ouverts au Fonds ne donneront pas lieu à indemnisation, il y a par contre lieu de souligner que sur les 735 dossiers, clôturés en 2023, 651 ont donné lieu à un avis gratuit qui permettra, nous l'espérons, aux demandeurs d'obtenir des réponses par rapport à la survenance d'un évènement – accident - important dans leur vie.

Même si le Fonds peut être fier des réalisations concrétisées en 2023, de nombreux défis (à titre d'exemple : développement d'un formulaire en ligne, assurer la qualité des expertises externes, rester vigilant par rapport aux délais de traitement des demandes, développer l'expertise interne et sa mission de médiateur, améliorer la transparence et l'information, poursuivre ses missions de préventions et de rapportage, proposer des changements législatifs,...) se présentent à lui pour les années suivantes et c'est une équipe motivée qui est prête à les relever.

Il me reste à vous souhaiter une bonne lecture du rapport annuel 2023 du Fonds.

Isabelle Durnez

Conseiller général, directeur

Partie 1

Missions du Fonds des
accidents médicaux et
organisation - 2023

I. Que fait le Fonds?

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 la loi sur les accidents médicaux)

Ladite loi prévoit, 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

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 centralise toutes les données relatives aux demandes afin de pouvoir émettre, de sa propre initiative ou à la demande du ministre compétent, des avis sur toute question concernant la prévention ou la réparation des dommages résultant de soins de santé.

En outre, le Fonds établit des statistiques sur les indemnisations qu'il a accordées en vertu des dispositions de la loi sur les accidents médicaux.

Enfin, le Fonds doit établir un rapport annuel d'activité et le transmettre 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.

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 VIbis.

2. Compétences

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

Le **Comité de gestion** du Fonds :

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

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

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

Des réunions du Comité de gestion et groupe de travail en 2023	
Comité de gestion	Groupe de travail procédures juridiques
20-01-2023	20-01-2023
17-02-2023	17-02-2023
31-03-2023	
25-05-2023	25-05-2023
30-06-2023	30-06-2023
24-11-2023	

Partie 2

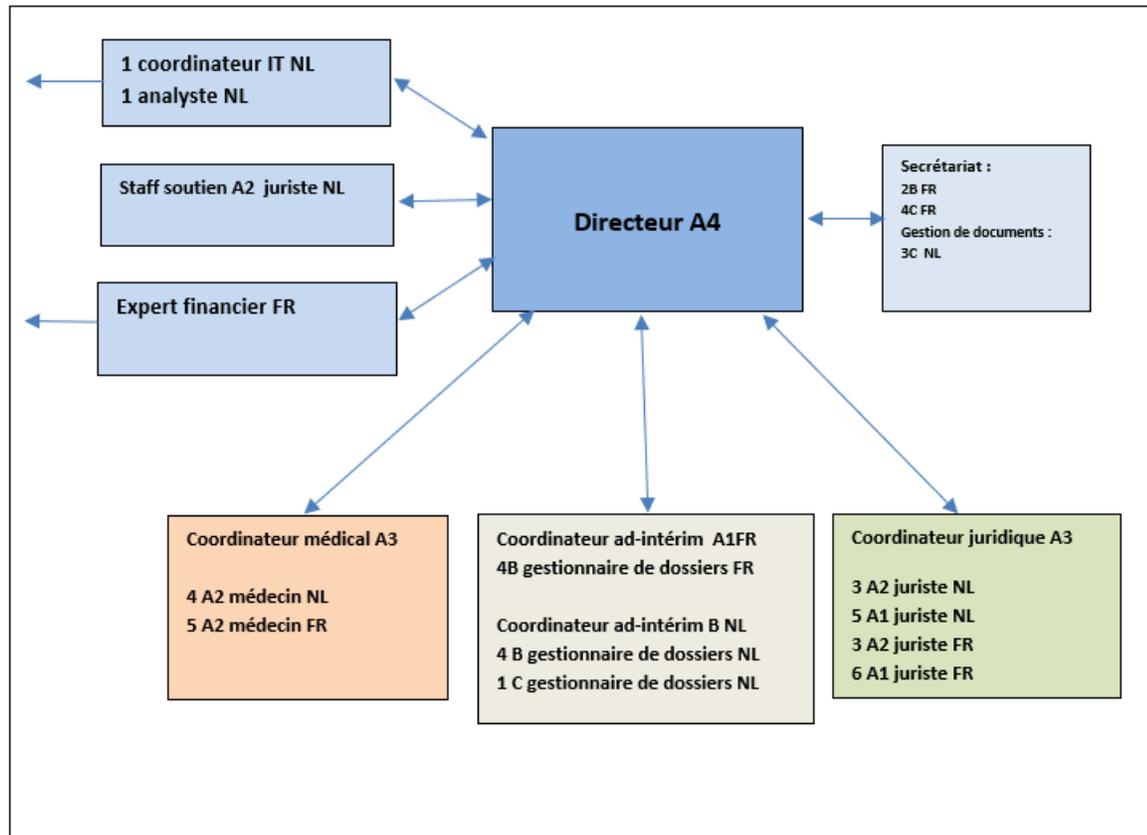
Organigramme et

structure du Fonds - 2023

I. Organigramme

Équipe permanente

L'organigramme ci-dessous montre le nombre de membres du personnel à la fin de 2023. Nous totalisons 53 collaborateurs actifs.



Équipe de soutien

Depuis septembre 2021, une équipe de soutien (la « Task Force ») a rejoint le Fonds. Un renforcement provisoire du personnel était nécessaire afin d'éliminer le retard dans le traitement des dossiers sur une période de deux ans. La collaboration se déroule de manière intégrée avec l'équipe permanente du Fonds. La mission de la Task Force s'est achevée fin octobre 2023. Elle consistait à traiter un arriéré de 1249 dossiers sur une période de 2 ans (c'est-à-dire les dossiers introduits jusqu'à 2021). Vous trouverez les résultats plus loin dans le rapport.

Orienté vers l'avenir

Ces derniers temps, un maximum de collaborateurs de la Task Force temporaire ont été intégrés dans le cadre permanent du Fonds. Par conséquent, ces collaborateurs ont continué à travailler pour le Fonds au-delà de la période de la Task Force et le Fonds peut faire appel à un cadre du personnel aussi complet que possible après la période de la Task Force.

II. Experts externes

Le Fonds fait régulièrement appel à des experts médicaux externes en vue d'obtenir des informations précises à propos de questions médicales spécifiques, pour lesquelles nous ne disposons pas de l'expertise requise. Nous faisons également appel à des avocats pour des litiges et des avis.

Le suivi, le maintien et l'extension du 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 2021, nous avons conclu un troisième contrat de 4 ans avec des prestataires de soins (médecins et paramédicaux experts externes) à la suite d'une « procédure négociée avec publication préalable ».

Si pour un domaine ou une sous-spécialité en particulier, aucun expert figurant sur la liste des marchés publics n'est disponible 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).

Partie 3

Activités relatives aux missions - 2023

I. Suivi administratif et observations statistiques

Dans ce chapitre, nous présentons les évolutions informatiques et les données statistiques.

1. Développements informatiques

Après la migration iso-fonctionnelle fin 2022 du système de gestion de dossiers DAMO d'un environnement CASE360 vers la plateforme Appian, nous avons poursuivi dans la même voie en 2023 pour apporter de nouvelles améliorations fonctionnelles à DAMO. Cinq versions différentes du système ont été déployées au cours de l'année écoulée, les principales modifications étant les suivantes : des modèles de lettres nouveaux et améliorés, des rapports exportables supplémentaires, des adaptations des formulaires médicaux internes et une nouvelle fonctionnalité relative aux propositions d'indemnisation et au paiement des propositions acceptées.

2023 a également été l'année du début du développement d'un formulaire de demande numérique pour le Fonds. Outre la possibilité de soumettre une demande de façon numérique via Internet, ce nouveau module en ligne de DAMO permettra également au demandeur de télécharger des documents supplémentaires à chaque étape du dossier. Ce module permettra encore de consulter à tout moment l'état d'avancement du dossier. Une période de tests intensifs est actuellement en cours en vue d'une livraison finale au premier trimestre de 2024.

Au cours de l'année écoulée, nous avons également continué de travailler au projet de transition pour la plateforme Eunom-e (la plateforme commune de l'INAMI pour les contentieux), en vue de faire passer ce système de CASE360 à Appian au cours du premier trimestre de 2024. Le système IDEs du Service des indemnités, qui est parfois utilisé pour consultation par les médecins du Fonds, a également été transféré sur la plateforme Appian et devrait entrer en production le 20 février 2024.

Parallèlement à ces développements, nous avons continué de travailler à l'établissement de notre datawarehouse autour de trois axes stratégiques : la création d'un tableau de bord d'indicateurs pour le Comité de direction de l'INAMI, le développement d'un datamart concernant les chiffres du rapport annuel du FAM et la poursuite du développement de nos rapports opérationnels.

En 2023, nous avons également entamé la mise en place d'un nouveau centre de tri numérique qui apportera une solution à certains problèmes de processus et systèmes mis en œuvre rapidement au cours de la période COVID. De plus, une période d'analyse et de test a débuté au sujet de l'utilisation par le Fonds d'un système déjà existant à l'INAMI (New Attest), permettant d'obtenir des informations justificatives par voie numérique plus rapidement dans le cadre du processus de calcul des dommages et intérêts.

En outre, les organismes assureurs et les hôpitaux ont également encouragé l'utilisation de la Secure Box INAMI (TRESORIT). Celle-ci nous permet d'obtenir les documents demandés de façon

numérique plus rapidement et plus efficacement, évitant ainsi la lourdeur de l'envoi de documents papier et du processus de scan manuel.

Pour conclure ce bilan, nous tenons à mentionner qu'en 2023, toutes nos salles de réunion et de conférence ont été équipées d'un nouveau logiciel de téléconférence dans le but d'améliorer considérablement l'expérience d'utilisation.

2. Nombre total de dossiers entrants, ouverts¹ et clôturés² par rôle linguistique pour l'année 2023 et depuis la création du Fonds

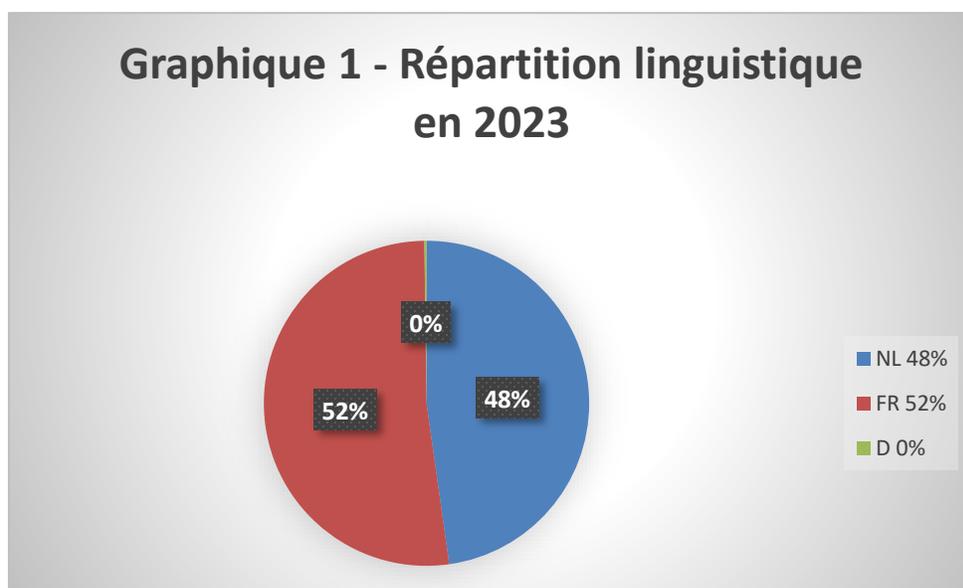
En 2023, **471** dossiers ont été introduits au Fonds. Le nombre de dossiers entrants a augmenté par rapport à l'année précédente (cf. tableau 3). Depuis la création du Fonds, le nombre total de dossiers introduits s'élève à **6877**.

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 2023 que depuis la création du Fonds.

En 2023, le nombre de dossiers francophones était supérieur au nombre de dossiers néerlandophones (cf. tableau 1 et graphique 1).

Nombre de dossiers	Langue			Total
	D	FR	NL	
Statut				
Fermé	1	34	51	86
Ouvert	0	211	174	385
Total	1	245	225	471

Source : Fonds des accidents médicaux



¹ 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).

² 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 l'ensemble des parties, le dossier est déclaré irrecevable sur le plan administratif, etc.

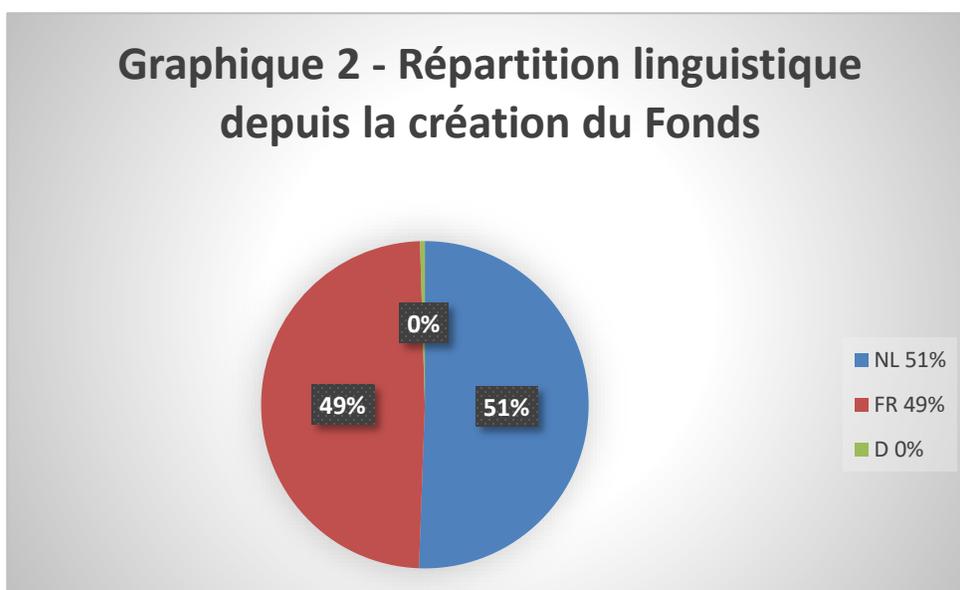
Tableau 2 – Répartition des dossiers introduits depuis la création du Fonds, selon leur langue et leur statut

Nombre de dossiers	Langue			Total
	D	F	N	
Fermé	19	2.620	2.881	5.520
Ouvert	10	606	450	1.066
Contentieux (= en cours)	4	140	147	291
Total	33	3.366	3.478	6.877

Source: Fonds des accidents médicaux

Fin 2023, 79 % des dossiers francophones et 83 % des dossiers néerlandophones étaient clôturés.

Le graphique 2 donne un aperçu global du nombre de dossiers introduits au Fonds depuis sa création, selon la langue de ces dossiers³.



³ D = 0% of 33 dossiers, NL = 51 % of 3.478 dossiers, FR = 49% of 3.366 dossiers.

3. Le nombre total de dossiers introduits par mois

Tableau 3 – Nombre de dossiers par mois													
Année	Mois												Total
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	
2010					2		1		2	2	2	3	12
2011	6	2	3	1	4	1	3	1	9	4	1	2	37
2012	9	5	14	6	10	16	11	19	114	95	96	69	464
2013	129	109	111	85	67	79	56	64	102	110	96	71	1.079
2014	128	59	91	55	69	62	107	71	33	103	96	71	916
2015	64	52	78	34	58	89	33	67	50	39	41	35	640
2016	69	42	58	54	55	53	55	37	53	42	52	45	615
2017	48	51	46	16	79	28	35	31	48	45	56	30	513
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
2021	32	39	53	35	22	42	36	32	29	22	19	21	382
2022	42	39	34	37	48	38	43	27	30	40	33	30	441
2023	55	52	41	41	24	37	27	34	56	35	43	26	471
TOTAL	721	574	643	467	539	542	509	491	645	657	581	508	6877

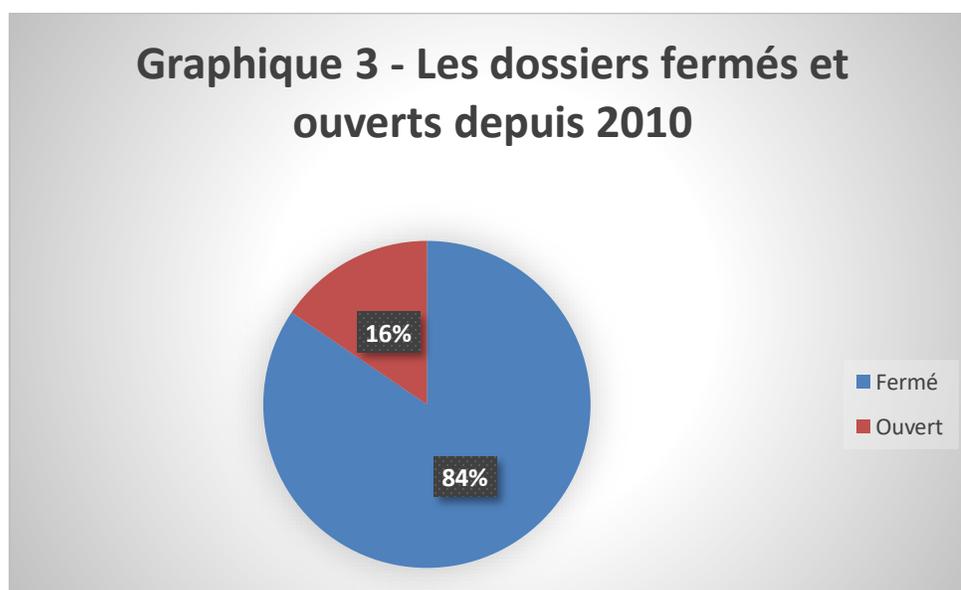
Source: Fonds des accidents médicaux

Le tableau 3 montre que le nombre de dossiers introduits a augmenté par rapport à 2022. En 2023, le Fonds en a reçu en moyenne 39 par mois.

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

Année	Statut			
	Fermé	Ouvert	Total	% Fermé
2010	12	0	12	100%
2011	37	0	37	100%
2012	464	0	464	100%
2013	1.070	9	1.079	99%
2014	906	10	916	99%
2015	625	15	640	98%
2016	585	30	615	95%
2017	487	26	513	95%
2018	414	72	486	85%
2019	360	99	459	78%
2020	263	99	362	73%
2021	275	107	382	72%
2022	226	215	441	51%
2023	87	384	471	18%
TOTAL	5.811	1.066	6.877	84%

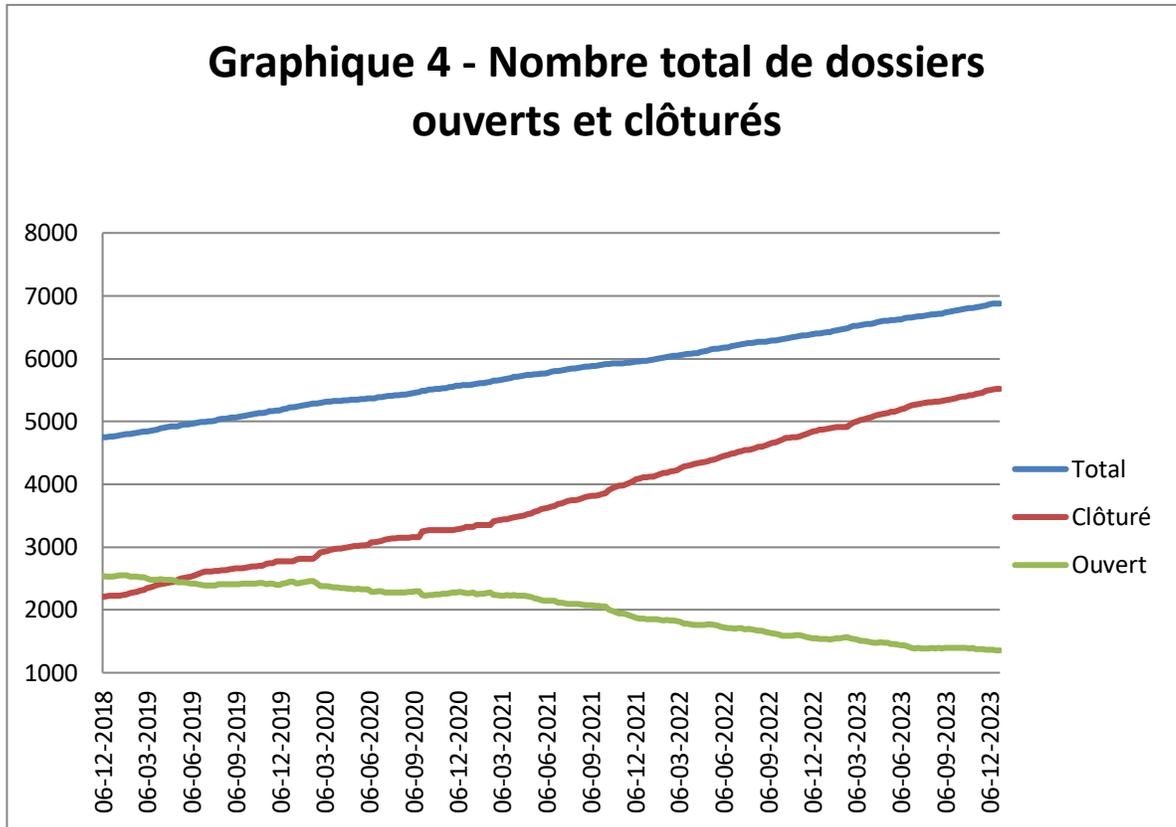
Source : Fonds des accidents médicaux



Depuis la création du Fonds, 84 % de tous les dossiers ont été clôturés, 16 % sont encore ouverts.

Nous constatons que le nombre total de dossiers ouverts a diminué de moitié au cours des deux dernières années.

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



5. Répartition par phase des dossiers restant ouverts, de leur ouverture à l'indemnisation

Tableau 5 – Répartition par phase des dossiers ouverts							
Année	Phases				%	%	%
	Phase 1 Initial	Phase 2 Recherche	Phase 3 Proposition	Total générale			
2013	0	4	5	9	0,0%	44,44%	55,56%
2014	0	2	8	10	0,0%	20,00%	80,00%
2015	0	5	10	15	0,0%	33,33%	66,67%
2016	0	15	15	30	0,0%	50,00%	50,00%
2017	0	10	16	26	0,0%	38,46%	61,54%
2018	0	40	32	72	0,0%	55,56%	44,44%
2019	0	64	35	99	0,0%	64,65%	35,35%
2020	0	73	26	99	0,0%	73,74%	26,26%
2021	0	64	43	107	0,0%	59,81%	40,19%
2022	0	187	28	215	0,0%	86,98%	13,02%
2023	39	341	4	384	10,16%	88,80%	1,04%
TOTAL	39	805	222	1.066	3,66%	75,51%	20,83%

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

Chaque demandeur reçoit un accusé de réception après l'enregistrement de sa demande. Depuis quelques années déjà, nous constatons dans la pratique que nous avons pu ouvrir tous les dossiers reçus dans la même année, voire dans les premières semaines suivant leur réception.

Le tableau 5 montre qu'aucun dossier antérieur à 2023 n'est encore en phase 1. Les dossiers introduits fin 2023 se trouvent encore dans la phase initiale.

Nous voyons également dans le même tableau que la majorité des dossiers ouverts sont en phase 2. Celle-ci est la plus chronophage. En 2023, les efforts ont été poursuivis en vue d'optimiser les procédures et d'accélérer le traitement des dossiers par une adaptation structurelle du traitement des dossiers et à l'aide d'une Task Force temporaire pour résorber le retard accumulé.

Le traitement des dossiers est normalement soumis au *principe first in-first out*. Une exception est prévue pour les dossiers dans lesquels le demandeur présente un dommage grave (art. 5 de la loi sur les accidents médicaux) ayant de graves répercussions dans le chef d'autres personnes, par exemple : dommages graves subis par de jeunes enfants ayant un

impact particulier sur la situation des parents et de la famille, incapacité de travail de longue durée ou incapacité de travail permanente entraînant une perte de revenus de la principale source de revenus d'un ménage.

Dans le cadre de l'évaluation, nous tenons compte des critères suivants : la victime était économiquement active avant les faits et en totale incapacité de travail pendant une longue période (plus d'un an) à la suite de l'accident médical ; la victime était économiquement active et est décédée, de sorte que les conditions de vie des bénéficiaires ont été profondément perturbées ; la victime est largement dépendante de tiers et a un besoin d'aide et de soutien pendant une longue période ; la victime est dans une situation où les dommages causés par l'accident médical contribuent à son décès dans un délai prévisible.

Fin 2023, nous constatons dans la pratique que parmi les 1066 dossiers en cours, le Fonds en traite 88 ou 8 % de façon prioritaire. 176 dossiers ayant reçu le statut prioritaire dans le passé ont entre-temps été traités. Notons qu'à tout moment du processus, il peut être décidé de (continuer de) traiter ou non un dossier en priorité.

6. Évolution des dossiers irrecevables

Le nombre de dossiers que nous clôturons à un stade précoce de la procédure (en première ou deuxième phase, préalable à l'avis) est en hausse par rapport à 2020. Nous clôturons ces dossiers sur la 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. Fin 2023, conformément aux statistiques, 16 % du nombre total de dossiers ouverts pourront être clôturés plus rapidement et sans avis.

a. Dossiers en phase 1&2

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.

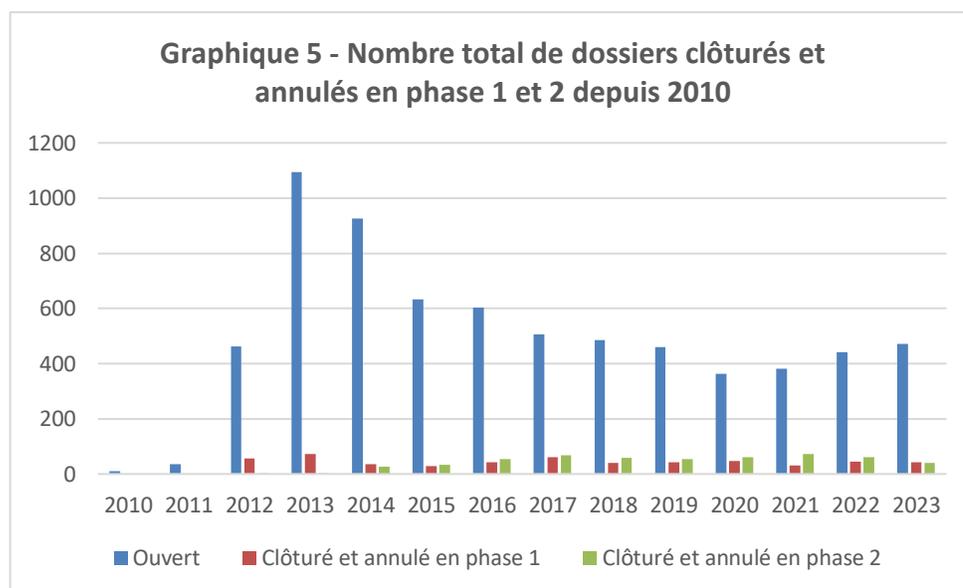
Dans le tableau 6, nous voyons en 2023, que le nombre de dossiers clôturés durant la première phase de la procédure est demeuré le même par rapport à 2022. De plus, dans ce même tableau, nous voyons une diminution du nombre de dossiers qui s'avèrent irrecevables dans une deuxième phase de la procédure ou qui sont clôturés en raison du fait qu'ils ne relèvent pas du champ d'application. Il ne s'agit pas seulement de motifs d'exclusion, tels qu'une prestation de soins de santé accomplie dans un but esthétique ou une prestation de soins dans le cadre d'une expérimentation, comme le stipule l'art. 3 de la loi sur les accidents médicaux, mais aussi de demandes où aucun dommage ne peut être lié à une prestation de soins ou à un prestataire de soins au sens de la loi.

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

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 et en phase 2, selon l'année où le dossier a été clôturé. Le graphique 5 illustre l'évolution.

Tableau 6 – Nombre total de dossiers traités et annulés ⁵ en phase 1 depuis 2010			
Année d'ouverture ou de fermeture	Ouvert	Clôturé et annulé	
		Phase 1	Phase 2
2010	12		
2011	37		
2012	464		57
2013	1079		73
2014	916		36
2015	640		29
2016	615		42
2017	513		62
2018	486		40
2019	459		43
2020	362		47
2021	382		32
2022	441		44
2023	471		43

Source : Fonds des accidents médicaux



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

7. Délais moyen de traitement des dossiers traités jusqu'à l'avis inclus.

La vitesse de traitement des dossiers s'améliore d'année en année. Depuis août 2021, le temps de traitement n'a cessé de diminuer. On estime actuellement que 80 % des dossiers reçus en 2021 auront été traités en 16,5 mois en moyenne. Différents facteurs tels que le niveau de complétude du dossier ou l'organisation des expertises médicales dans les cas complexes ont une incidence sur le délai de traitement moyen. Le Fonds n'a que peu d'influence sur les facteurs externes. On cherche régulièrement à savoir quelles modifications il est possible d'apporter aux processus afin de réduire davantage le temps de traitement.

Le Fonds reste déterminé à maintenir des taux d'occupation du personnel optimaux (entre-temps, des collaborateurs temporaires de la Task Force ont été intégrés au cadre du personnel permanent du Fonds) ainsi qu'à étendre et à optimiser en permanence le réseau d'experts externes par le biais de marchés publics.

Le Fonds suit par ailleurs de près les expertises et intervient lorsque cela est nécessaire et possible. Le traitement rapide de ces dossiers n'est pas toujours dans l'intérêt du demandeur. En cas d'expertise contradictoire, il est également important de maximiser le respect du caractère contradictoire afin de maximiser les chances de récupération lorsque le Fonds a versé une indemnisation dans le cadre d'un avis de responsabilité dans lequel la responsabilité a été contestée.

En outre, il continue à travailler sur la valorisation des connaissances en interne et sur la limitation des expertises externes. Lorsqu'il s'agit de dossiers complexes, qui peuvent être traités entièrement en interne, le Fonds parvient à remettre un avis au patient/demandeur dans le délai imparti.

Les possibilités de reporting et de suivi dans DAMO (le logiciel de traitement des dossiers) et PowerBI font l'objet d'une automatisation toujours plus importante, de sorte qu'une action immédiate peut être prise en cas de retard (inutile) dans une phase de traitement bien déterminée du dossier.

Enfin, le Fonds continuera à mettre l'accent sur une collaboration et une communication efficaces avec les acteurs externes, comme les organismes assureurs, qui interviennent souvent en tant que mandataires des patients.

8. Adaptation structurelle et Task Force

CONTEXTE

Un rapport d'audit de la Cour des comptes, qui a également donné lieu à un débat parlementaire, a soulevé certains points problématiques au niveau du Fonds. L'un des points concerne le retard accumulé au niveau du traitement des dossiers. Comme le retard n'a pas été résorbé assez rapidement, le Comité de gestion et la directrice du Fonds (en étroite concertation avec l'administrateur général de l'INAMI et le ministre compétent) ont proposé un plan d'action dans le courant de l'année 2021.

Ce plan d'action a établi des mesures à prendre afin de résorber plus rapidement le retard, y compris une réorganisation structurelle des processus internes et la création d'une équipe temporaire - la "Task Force" (ou « TF »). Depuis septembre 2021, cette TF est active au sein du Fonds pour traiter les demandes en collaboration avec l'équipe permanente. La TF a été chargée de résorber un arriéré total de 1249 dossiers tandis que l'équipe permanente s'est consacrée en parallèle aux dossiers reçus plus récemment.

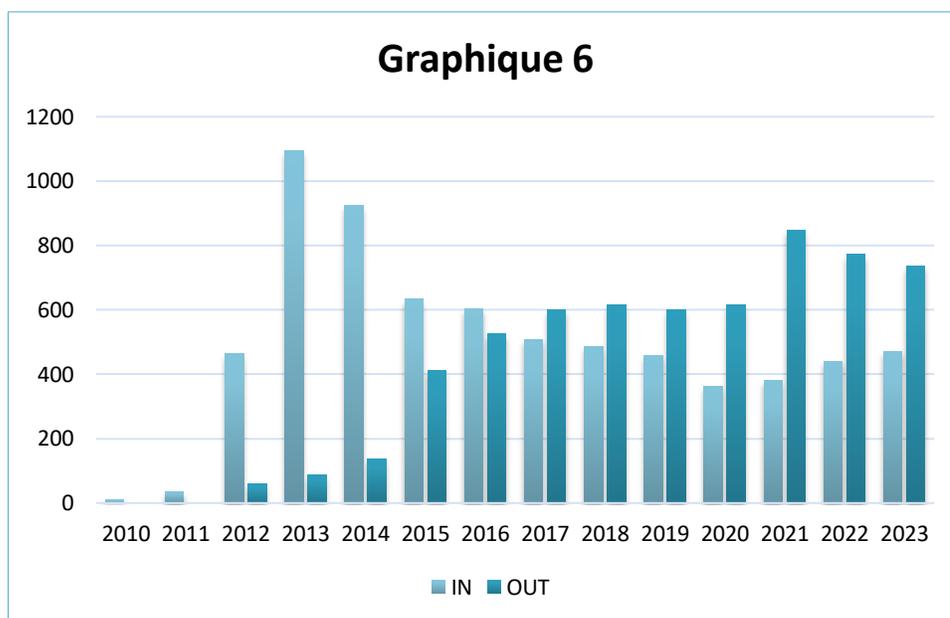
RESULTATS

À la fin du mandat de la TF, les chiffres montrent que 83 % de ces anciens dossiers ont été clôturés jusqu'à ce qu'un avis ait été fourni. Le traitement des dossiers restants a bien avancé, mais dépend d'experts externes qui doivent encore finaliser leur expertise. Depuis la fin du mandat de la TF, ces dossiers restants continuent à être suivis dans le cadre du fonctionnement quotidien normal du Fonds.

Les efforts de la TF et l'adaptation des processus internes ont indéniablement porté leurs fruits, puisque la grande majorité de ces dossiers ont maintenant été traités et que le temps de traitement d'un dossier a été considérablement réduit.

Dorénavant, les dossiers traités par la TF et ceux qui ne le sont pas ne seront plus examinés séparément, mais tous les dossiers seront à nouveau examinés ensemble.

Le graphique ci-dessous illustre l'évolution positive des dossiers entrants et des avis sortants. La partie suivante de ce rapport d'activités examine cette évolution plus en détail.

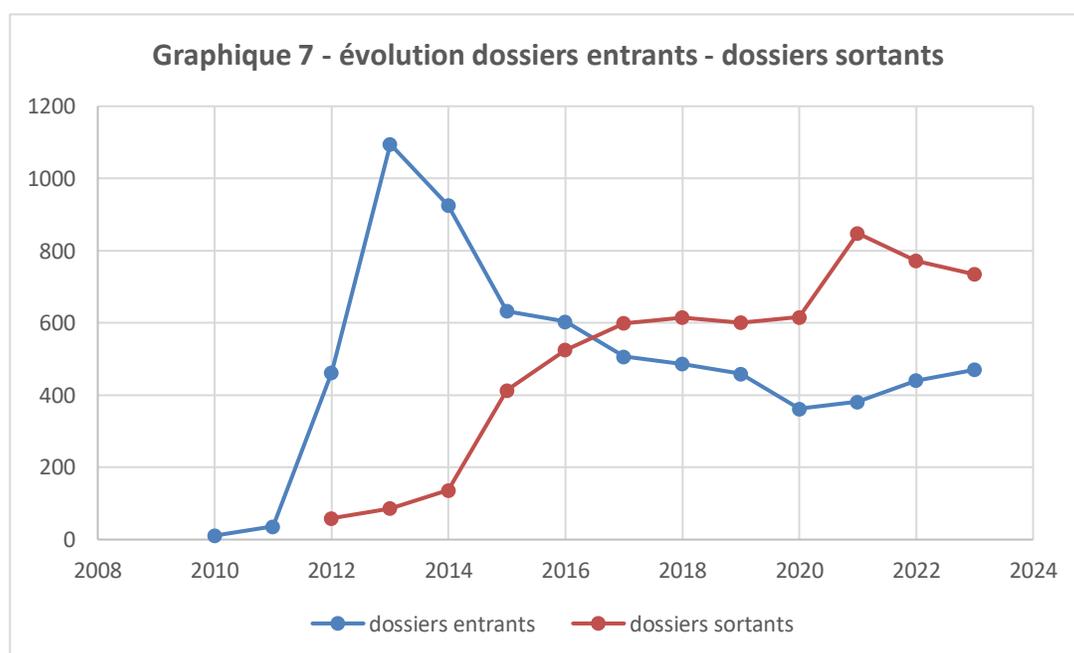


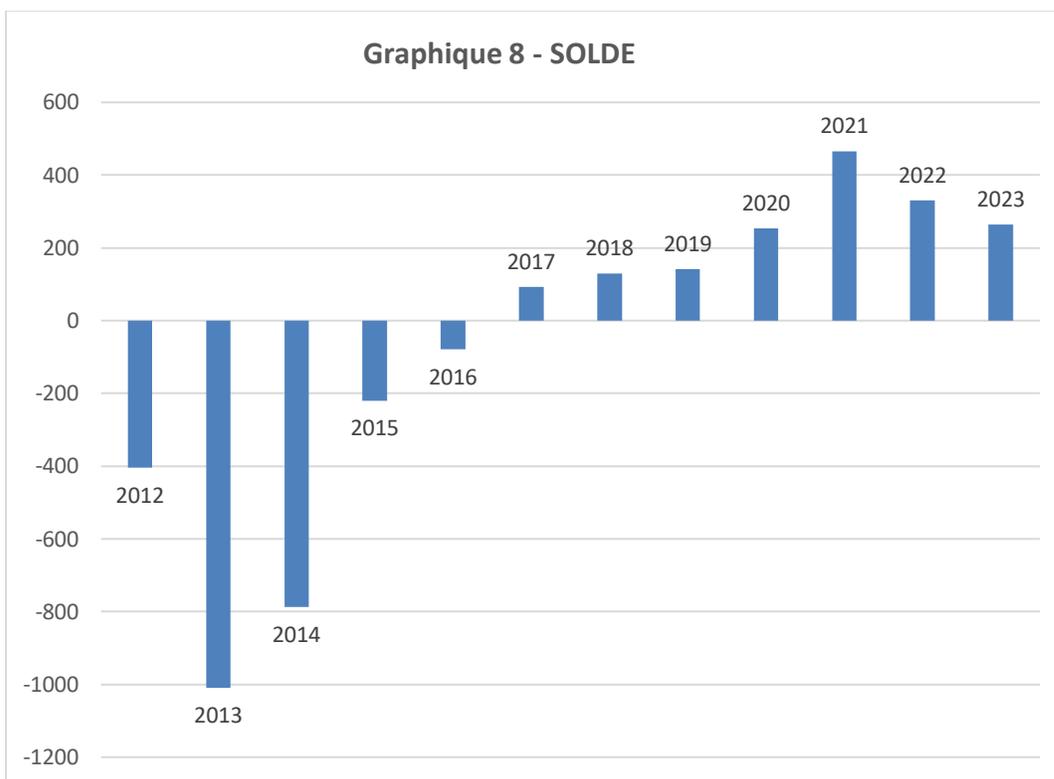
9. Évolution du nombre de dossiers entrants et sortants

En 2023, le nombre de dossiers clôturés était supérieur au nombre de dossiers ouverts (tableau 7). Le graphique 7 présente l'évolution du nombre de dossiers ouverts et clôturés tandis que le graphique 8 présente l'évolution du calcul arithmétique (clôturés - ouverts).

Tableau 7 - Nombre total de dossiers traités jusqu'à l'avis inclus					
Année de fermeture	Clôturé et annulé en Phase 1	Clôturé et annulé en Phase 2	Avis	Total traité	Ouvert
2010					12
2011					37
2012	57	2		59	464
2013	73	2	11	86	1079
2014	36	26	76	137	916
2015	29	34	350	413	640
2016	42	54	430	525	615
2017	62	69	470	600	513
2018	40	59	517	616	486
2019	43	55	504	602	459
2020	47	62	505	614	362
2021	32	73	742	842	382
2022	44	61	669	775	441
2023	43	41	651	735	471

Source : Fonds des accidents médicaux

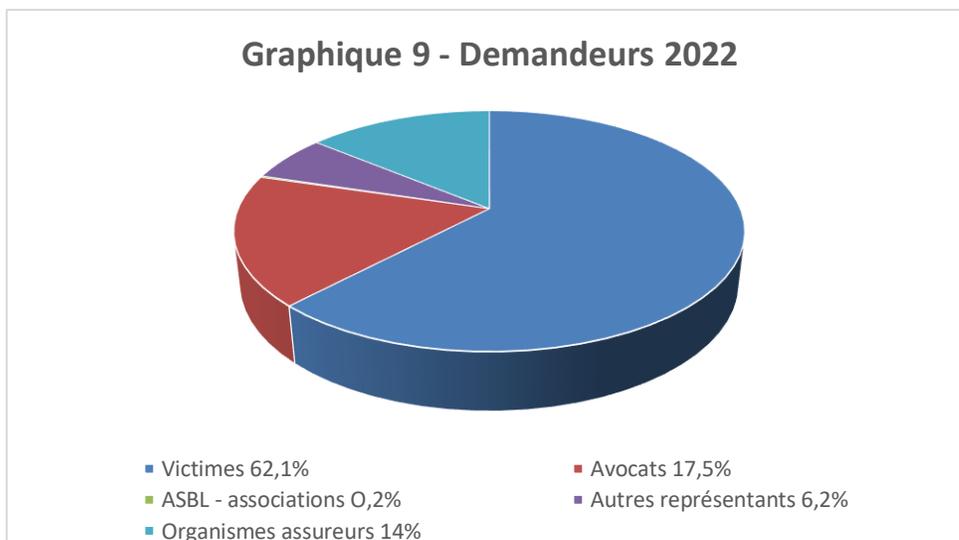
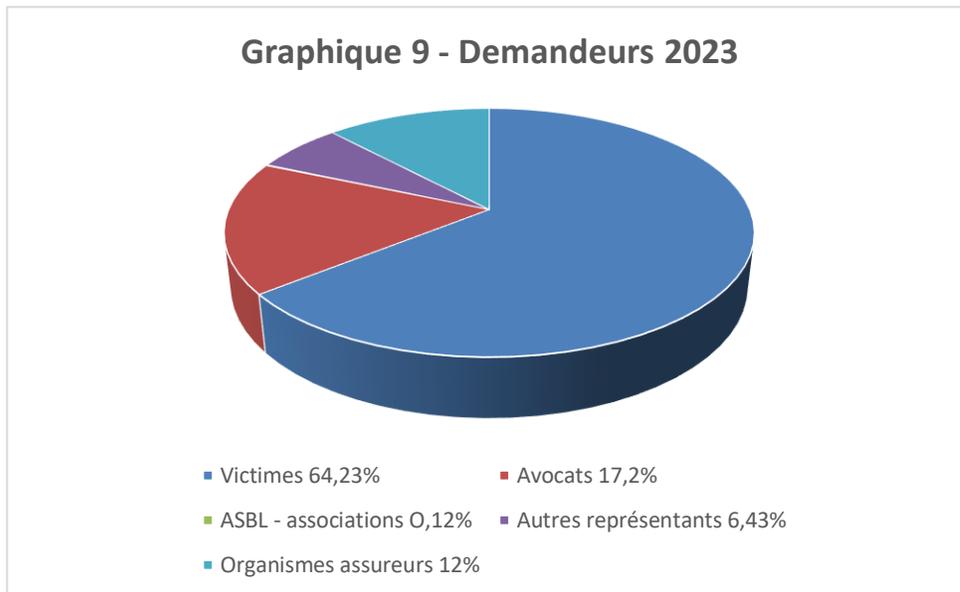




10. Répartition des dossiers selon le type de demandeur

Le graphique 9 montre que les victimes introduisent elles-mêmes 64 % des demandes et que 17 % des demandes ont été introduites avec l'aide d'un avocat. En 2023, 12 % des demandes ont été introduites par l'intermédiaire des organismes assureurs. Les victimes font beaucoup moins appel aux associations de patients. La part « autres » dans le graphique comprend entre autres les demandes introduites par les bénéficiaires, les représentants légaux et les proches du patient.

Tous les pourcentages, tant pour 2023 que pour 2022, figurent dans les graphiques ci-après.



11. Avis par type.

Nous soumettons ensuite les demandes qui ne font pas partie du groupe « clôturés ou annulés en phase 1 ou 2 » à une analyse médicale approfondie (suite phase 2) accompagnée éventuellement d'une expertise. Sur base de l'ensemble des éléments du dossier et éventuellement après une concertation médico-juridique, le dossier se clôture par un avis à ce stade-ci de la procédure.

Il existe différents types d'avis :

- responsabilité civile (RC) du prestataire de soins avec dommage dont le degré de gravité atteint ou n'atteint pas le seuil fixé par la loi (éventuellement indemnisable par le Fonds⁶),
- un accident médical sans responsabilité (AMSR) dont le dommage atteint le seuil de gravité fixé par la loi (indemnisable),
- absence de RC dans le chef d'un prestataire de soins et absence d'AMSR (non indemnisable).

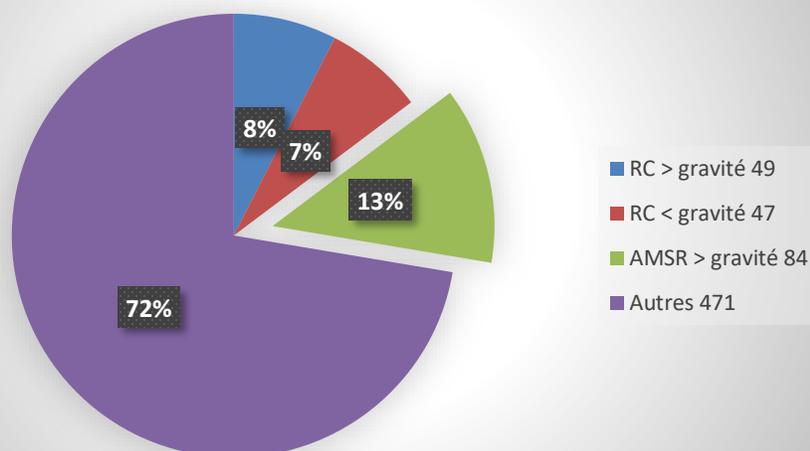
En 2023, 651 avis au total ont été traités par les juristes avec le soutien de la Task Force. 13 % d'entre eux ont été clôturés par un avis AMSR. C'est un pourcentage supérieur à celui de 2022 (voir graphiques 11 et 12). En 2022 la part AMSR était de 11 %, en 2021 et 2020, de 9 %, en 2019, de 5% et en 2018, de 3 %.

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. Si le degré de gravité du dommage atteint le seuil fixé par la loi, le Fonds indemnise le demandeur et peut, après indemnisation réclamer le montant payé au prestataire de soins et / ou à son assureur. Si le degré de gravité du dommage n'atteint pas le seuil fixé par la loi, le Fonds n'intervient en principe pas dans l'indemnisation du demandeur, sauf si la responsabilité civile du prestataire de soins responsable n'est pas ou pas suffisamment couverte ou sauf lorsque la proposition d'indemnisation faite par le responsable est manifestement insuffisante.

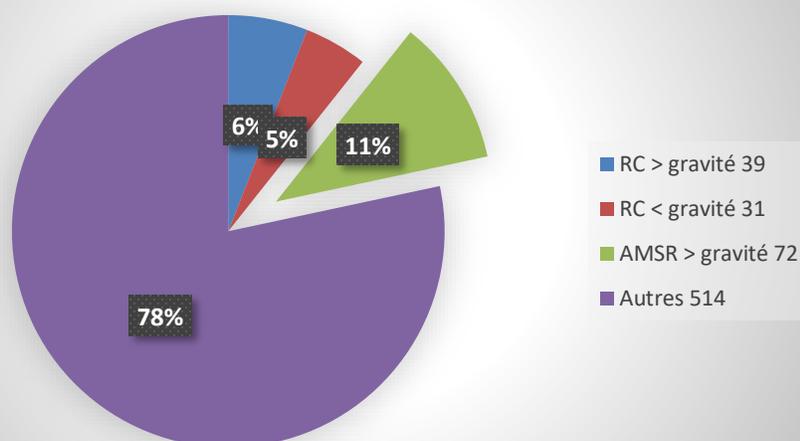
a. Avis par type

Tableau 8 - Avis par type 2023	
Total	651
Spécifique	
- AMSR avec seuil gravité	84
- Responsabilité < gravité	47
- Responsabilité > gravité	49
Autres (non-indemnisable)	471
Source: Fonds des accidents médicaux	

Graphique 11 - avis par type en 2023



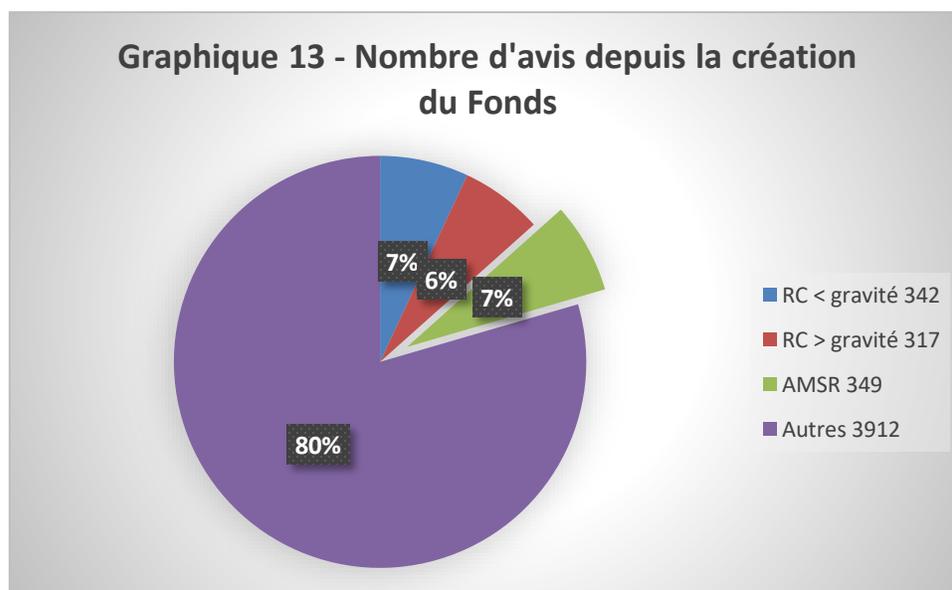
Graphique 11 - avis par type en 2022



b. Avis par type depuis la création du Fonds

Le tableau 9 et le graphique 13 présentent le nombre total d'avis depuis le lancement du Fonds avec les chiffres par type de décision.

Tableau 9 – Avis par type depuis la création du Fonds	
Total	4.920
Spécifique	
- AMSR avec seuil gravité	349
- Responsabilité < gravité	342
- Responsabilité > gravité	317
Autres (non-indemnisable)	3.912
Source: Fonds des accidents médicaux	



12. Indemnisations après avis et par type

Le Fonds formule une proposition d'indemnisation dans les situations suivantes :

- lorsqu'il conclut à un accident médical sans responsabilité (AMSR) dont le dommage atteint le seuil de gravité fixé par la loi
- lorsque le prestataire de soins/son assureur conteste la responsabilité civile reconnue établie par le Fonds et que le dommage atteint le seuil de gravité fixé par la loi
- lorsque l'assureur du prestataire de soins dont la responsabilité civile a été reconnue fait une proposition d'indemnisation manifestement insuffisante
- lorsque la responsabilité civile du prestataire de soins reconnu responsable par le Fonds n'est pas ou pas suffisamment couverte

a. Nombre total de demandeurs qui entrent en ligne de compte pour une indemnisation fin 2023

Au total, 666 demandeurs entrent en ligne de compte pour une indemnisation (AMSR et RC > gravité) (graphique 13).

Dans un infime pourcentage des dossiers, le seuil de gravité ne joue aucun rôle dans le paiement de l'indemnisation. Il s'agit de dossiers où la responsabilité civile est engagée, assortis d'une proposition manifestement insuffisante, ou de dossiers où la responsabilité civile n'est pas (suffisamment) couverte. En 2023, il n'y a eu qu'un seul dossier où le seuil de gravité n'a joué aucun rôle dans le paiement de l'indemnisation.

b. Indemnisations payées par année et 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 10 (capital) et le tableau 11 (rente) présentent les indemnisations et le nombre de dossiers pour l'année 2023 et les années précédentes.

La colonne « indemnisable après contentieux » reprend les dossiers qualifiés par le Fonds de « non indemnissables », mais qui ont notamment reçu la qualification « AMSR > gravité » suite à une décision judiciaire. Auparavant, ces chiffres ne figuraient pas séparément dans le tableau mais étaient intégrés dans la colonne selon la qualification après contentieux.

Tableau 10 - Indemnisations en capital en EUR				
	AMSR > gravité ⁷	RC > gravité ⁸	RC < gravité ⁹	Indemnisable après contentieux
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	1	
2021	9.669.694,88	3.006.395,16	16.534,03	1.377.105,12
Nombre de dossiers	71	33	1	13
2022	10.088.732,92	5.264.250,35	78.137,17	892.348,4
Nombre de dossiers	77	32	1	9
2023	11.384.349,08	5.759.372,39	14.220,99	1.353.099,02
Nombre de dossiers	76	39	2	10

Source: Fonds des accidents médicaux

Tableau 11 - Indemnisations en rente en EUR				
	AMSR > gravité	RC > gravité	RC < gravité	Indemnisable après contentieux
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	
2021	16.222,12	26.627,31	-	2.325,05
Nombre de dossiers	1	3	0	1
2022	17.148,13	41.918,66	-	2.549,42
Nombre de dossiers	1	5	0	1
2023	-	58.337,85	-	2.655,33
Nombre de dossiers	0	5	0	1

Source: Fonds des accidents médicaux

⁷ Conformément à l'art. 4, 1° de la loi sur les accidents médicaux

⁸ Conformément à l'art. 4, 3° de la loi sur les accidents médicaux

⁹ Conformément à l'art. 4, 2° ou à l'art. 4, 4° de la loi sur les accidents médicaux

Au cours des deux dernières années, le Fonds a rattrapé dans une large mesure son retard au niveau de la clôture de dossiers entrant en ligne de compte pour une indemnisation (cf. tableau 10). Il s'agit essentiellement de dossiers concernant un accident médical sans responsabilité et pour lesquels le critère de gravité est atteint, ainsi que de dossiers avec responsabilité et pour lesquels le Fonds intervient en vertu de la loi sur les accidents médicaux.

Un seul dossier peut générer plusieurs indemnisations. Le Fonds verse en outre des avances pour aider la victime plus rapidement lorsque le calcul et/ou la collecte de documents nécessaires à ce calcul s'avèrent difficiles. Nous constatons que le calcul des indemnisations, après avis, demande un temps de préparation considérable (et peut prendre plus de trois mois). Il s'agit non seulement de rassembler les documents pertinents mais aussi de parvenir à un accord sur les postes de dommages et le montant à verser. Dans certains cas, il arrive en outre que de nouvelles parties introduisent une demande d'indemnisation dans 1 même dossier et à une date ultérieure.

Les chiffres globaux relatifs aux indemnisations versées figurent plus bas, dans la partie 4 du présent rapport - « Gestion financière et encadrement ».

Dans cette partie, le montant total des indemnisations versées chaque année est à épingle. Ce montant a augmenté en 2023. Le Fonds a versé un montant total de 18.572.034,66 € aux victimes tandis que le montant total pour 2022 s'élevait à 16.385.085,05 €.

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 soins. 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).

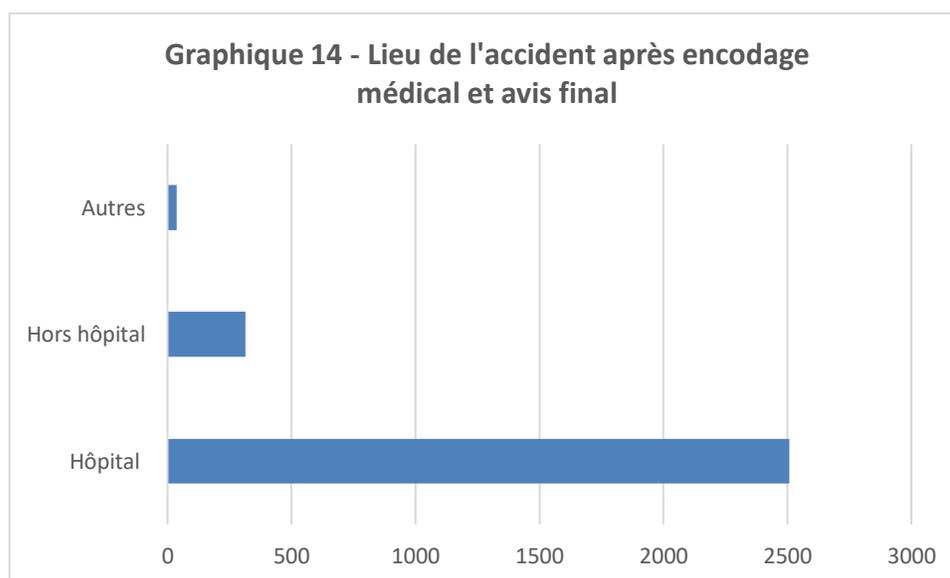
De plus, ce système ne se limite pas aux prestations techniques mais inclut des actes plus abstraits comme la surveillance, le transport, le conseil.

2. Statistiques

Cette analyse donne la situation des dossiers ayant fait l'objet d'un avis médical depuis la création du Fonds. Elle donne une idée globale de la distribution des dossiers du Fonds pour différentes variables. Au cours de l'année 2023, des changements techniques ont été apportés aux applications IT et de gestion des données du Fonds, de sorte que certaines données sont désormais disponibles dans un magasin de données et sont devenues analysables dans Power-BI.

a. Lieu de l'accident médical

Tableau 12 – Lieu de l'accident après encodage médical et avis final		
	Nombre	%
Hôpital (également hôpital militaire)	2509	88%
En-dehors d'un hôpital ¹⁰	314	11%
Autres ¹¹	37	1%
TOTAL	2860	
Source: Fonds des accidents médicaux		

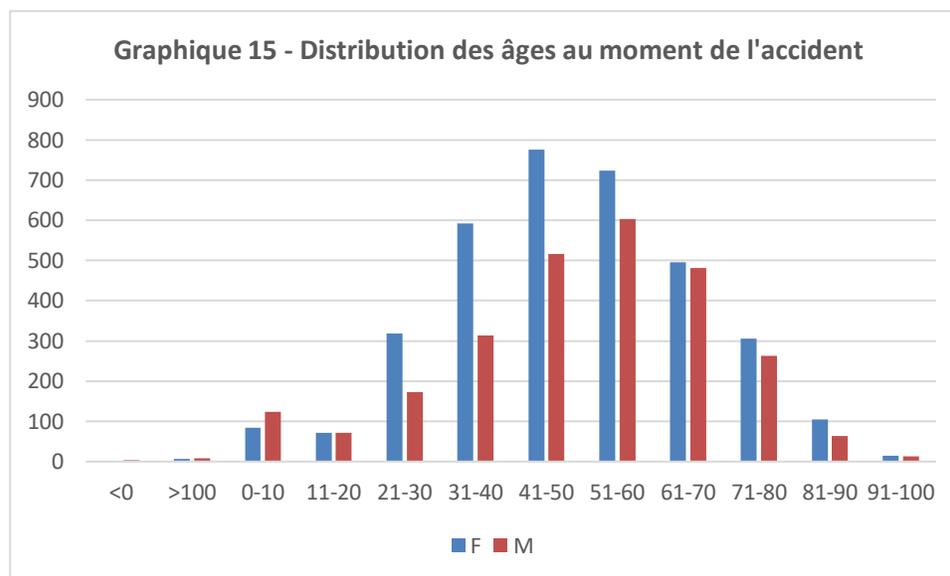


¹⁰ Médecine curative extra-hospitalière.

¹¹ Médecine non curative et professions paramédicales.

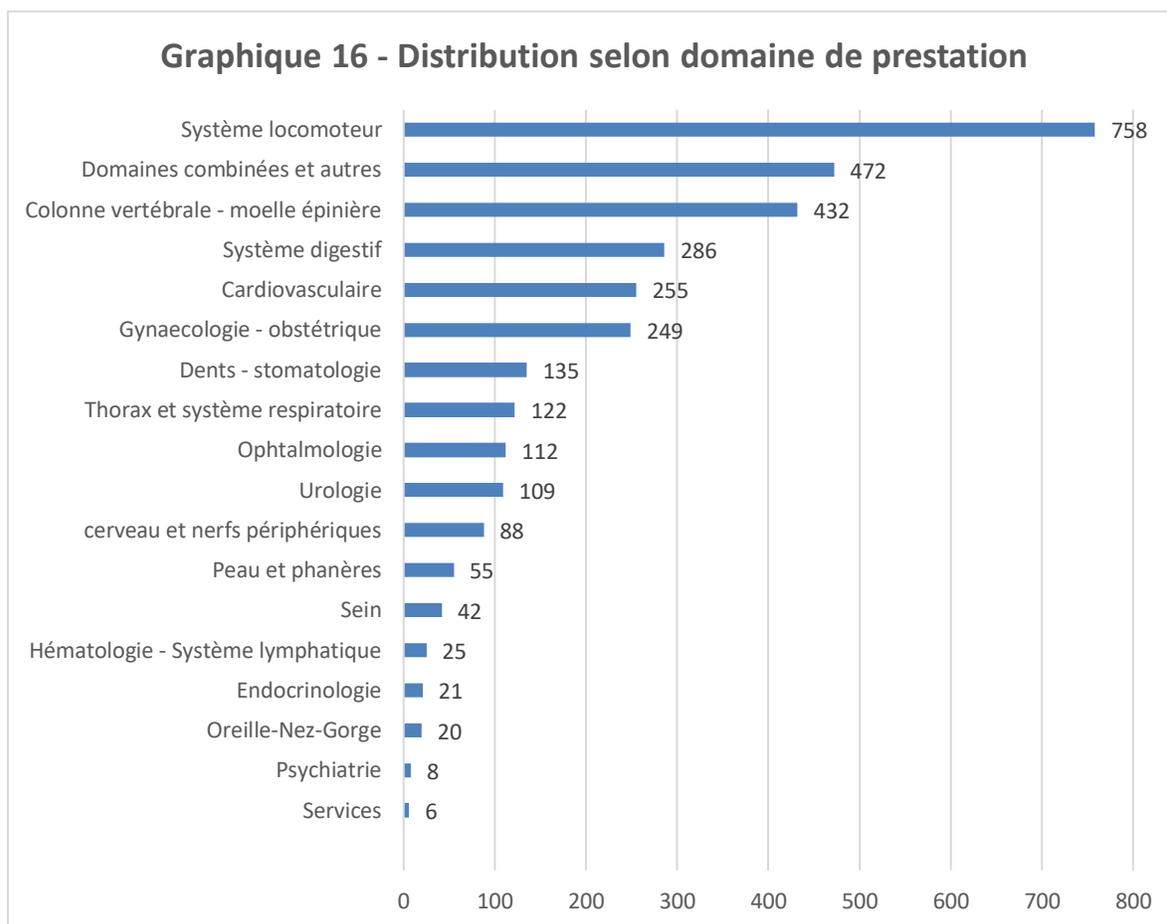
b. Répartition par âges et genres

Graphique 15 présente la répartition par âge et genre des personnes victimes d'un accident médical.



c. Domaines de prestations

Graphique 16 représente la distribution des prestations médicales parmi différents domaines qui sont à la base de l'accident médical (sur la base de la classification internationale ICHI, avec un regroupement pour ce graphique).

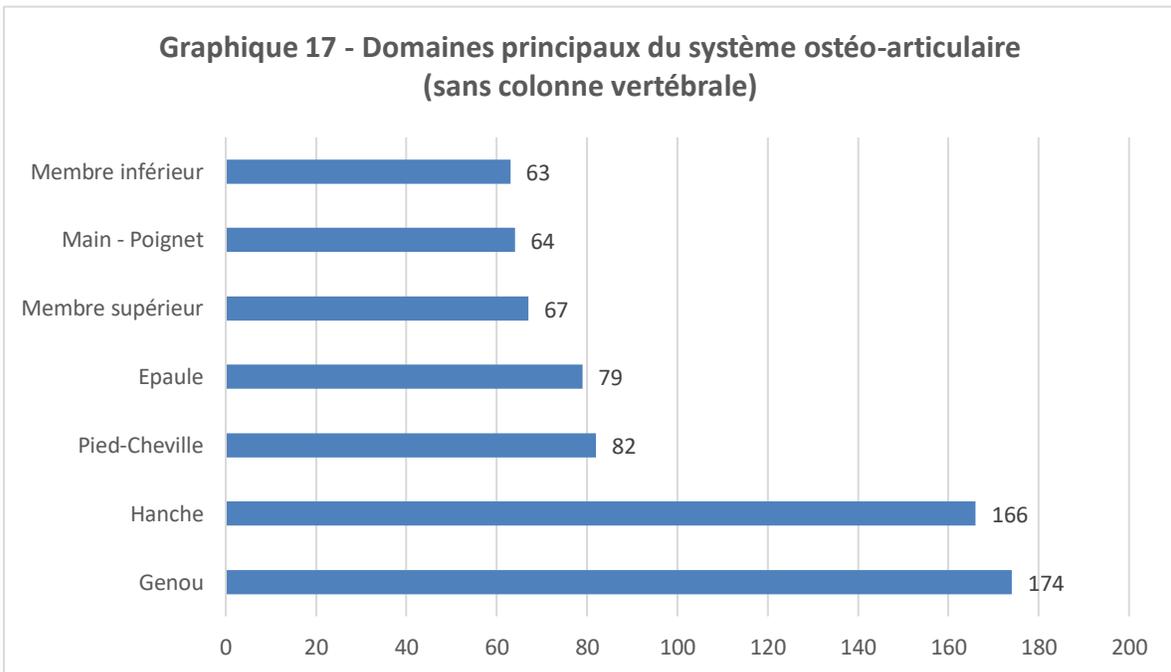


Le plus grand nombre de dossiers concerne des prestations réalisées au niveau du système locomoteur ou ostéo-articulaire à l'exclusion de la colonne vertébrale (23,74 %), de la colonne vertébrale (13,53 %), du système digestif (8,96 %), du système cardiovasculaire (7,99 %) et de la gynécologie-obstétrique (7,80 %). Un important groupe résiduel est constitué de domaines ou de combinaisons de domaines qui ne peuvent être encodés de manière spécifique.

Les « Services » concerne la qualité d'appareillages ou d'orthèses, comme les lunettes, et des services (surveillance nursing, transport).

INTERVENTIONS ORTHOPÉDIQUES

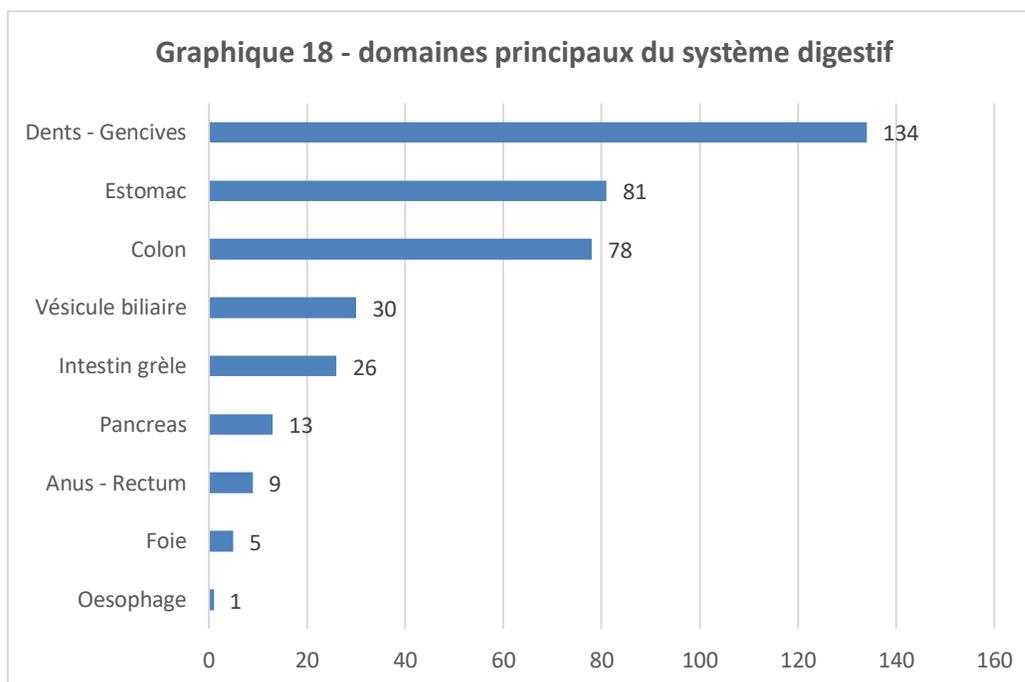
Le graphique 17 précise les principales zones anatomiques du système ostéo-articulaire les plus fréquemment rapportées dans le cadre d'un accident médical. Le genou et la hanche sont clairement les zones anatomiques pour lesquelles des soins sont plus fréquemment dispensés dans le cadre de l'orthopédie.



INTERVENTIONS DIGESTIVES

Le graphique 18 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.

La majorité des interventions gastriques (estomac) sont réalisées dans le cadre de la chirurgie bariatrique (traitement de l'obésité). Ces interventions représentent plus de 20 % des interventions digestives

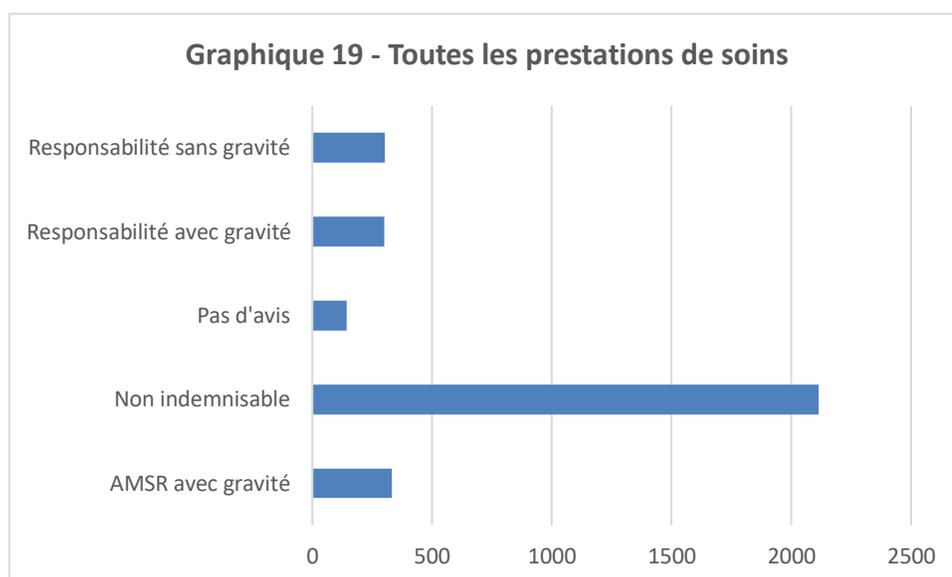


d. Types d'avis en général et pour certains types de prestations

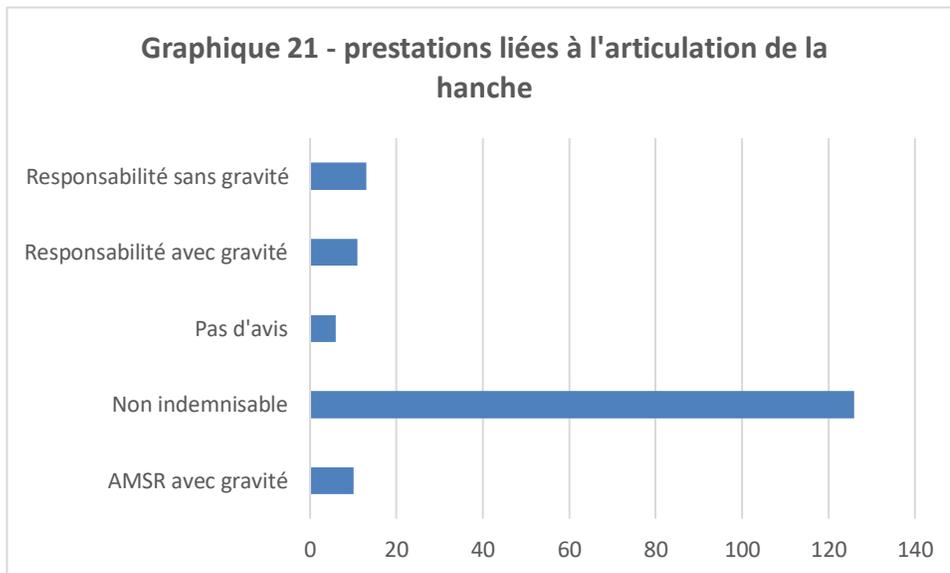
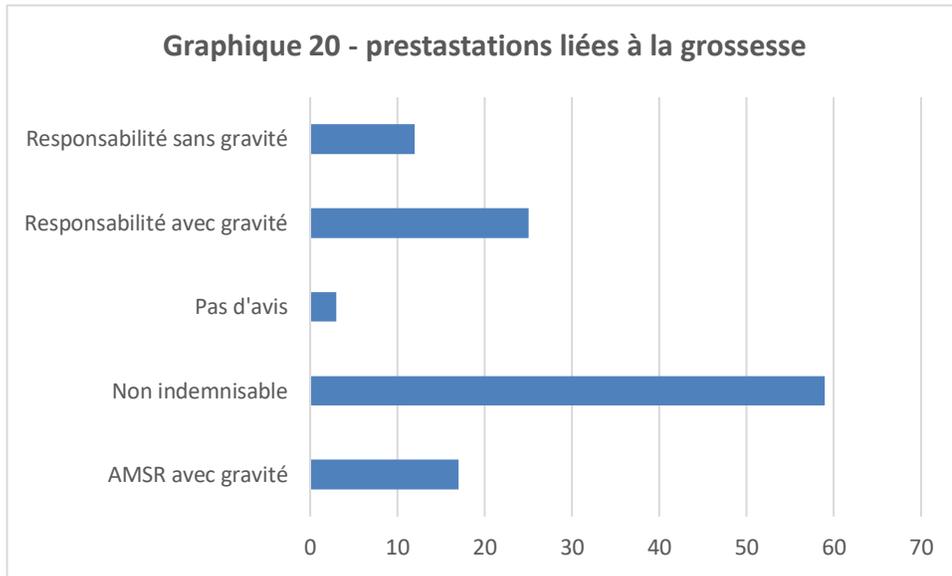
Les graphiques suivants ventilent les dossiers d'accidents médicaux en fonction du type d'avis que nous avons rendus depuis la création du Fonds. Les graphiques 20 et suivants examinent chacun les prestations effectuées sur une zone anatomique en particulier.

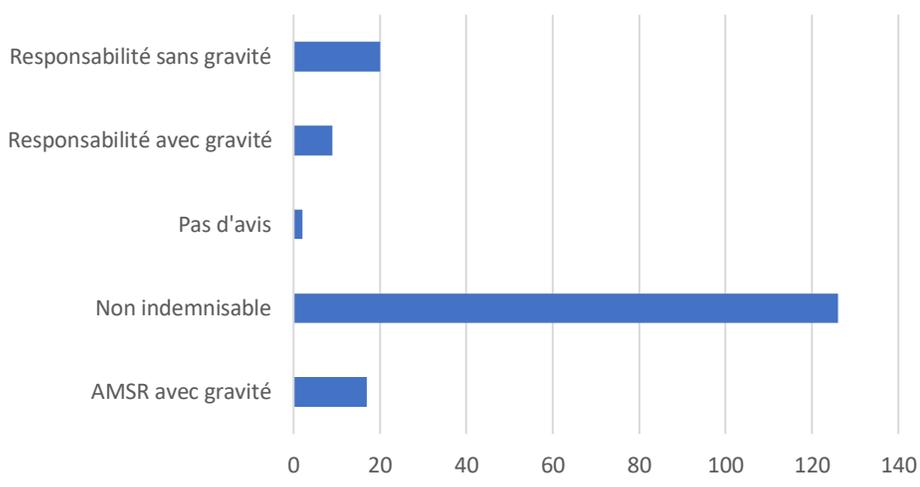
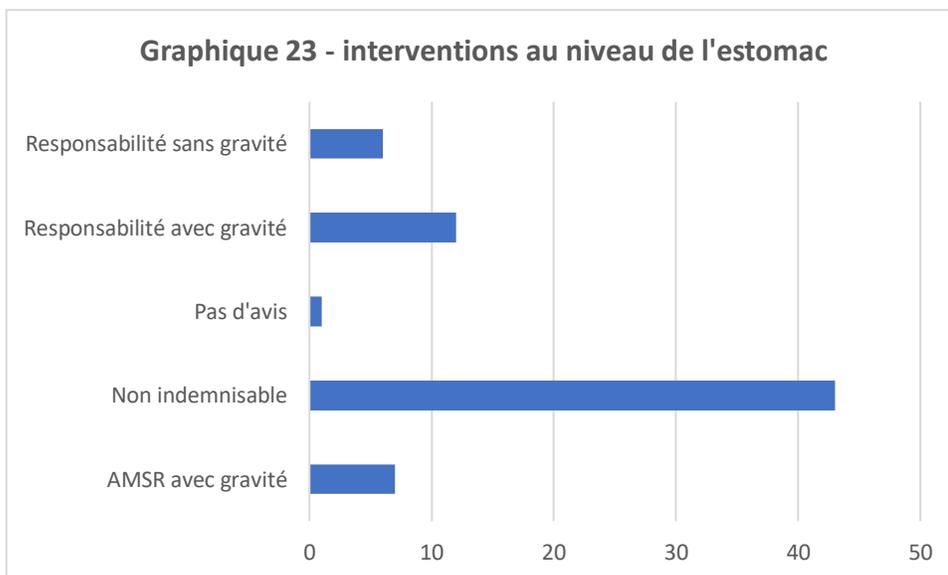
Il est frappant de constater que dans le secteur de l'obstétrique, il y a considérablement davantage de AMSR et de responsabilités eu égard à l'ensemble des prestations de santé dispensées. (Graphiques 19 par rapport aux graphiques 20-23)

GÉNÉRALITÉS



TYPES D'AVIS POUR CERTAINS TYPES DE PRESTATIONS

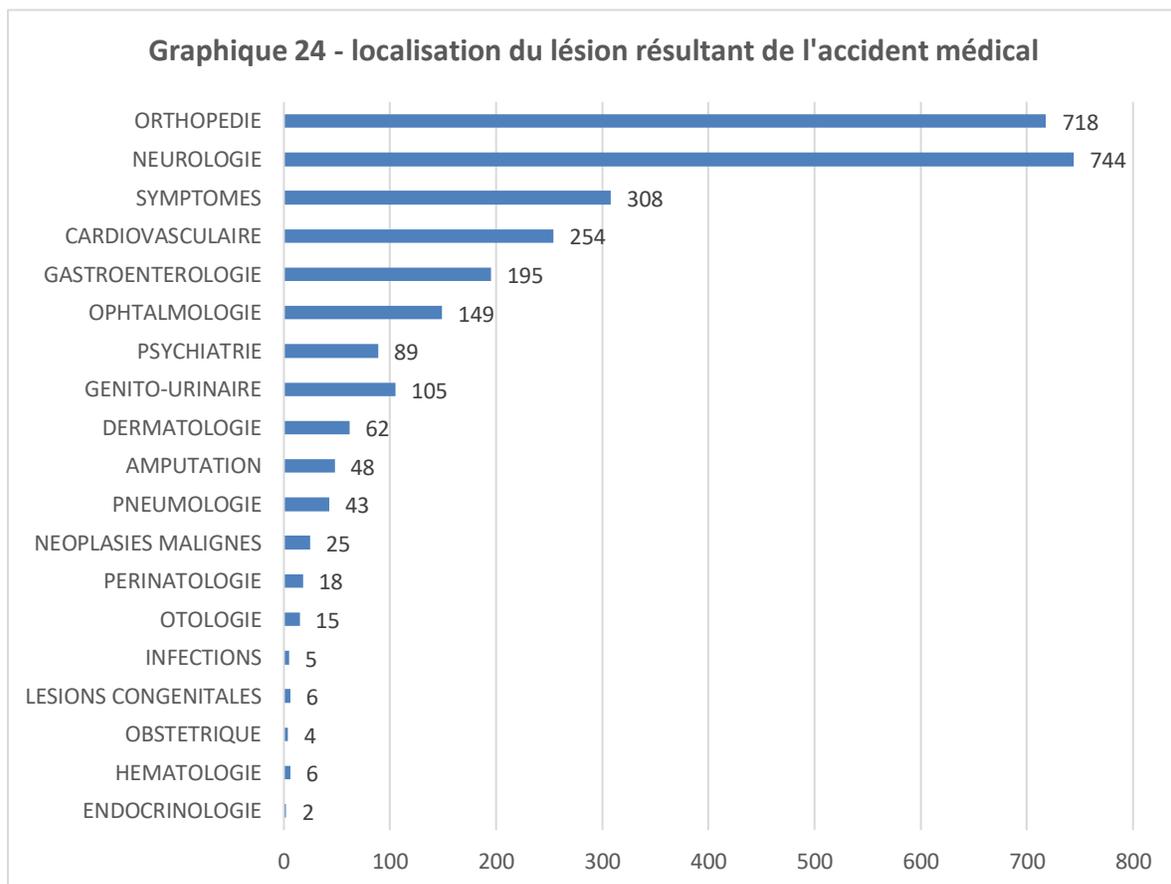


Graphique 22 - prestations liées à l'articulation du genou**Graphique 23 - interventions au niveau de l'estomac**

e. Site des lésions

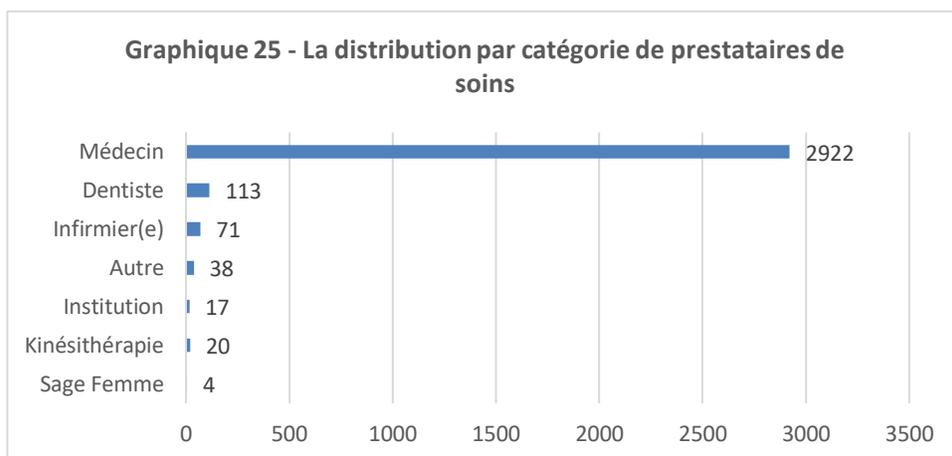
Lors d'un accident médical, certains types de lésions apparaissent plus souvent que d'autres. Dans la plupart des cas, la localisation des lésions correspond alors au domaine de prestation. L'encodage actuel des lésions dans le Fonds ne permet d'encoder qu'une seule lésion. En cas de lésions multiples, la lésion la plus grave sera encodée en priorité. La catégorie « symptômes » concerne une catégorie résiduelle qui comprend, par exemple, la douleur. Les lésions au niveau de la colonne vertébrale ayant un impact sur la moelle épinière ou les racines nerveuses ont été classées à la catégorie « neurologie ».

Le graphique 24 ventile les dossiers d'accidents médicaux en fonction de la zone anatomique lésée.

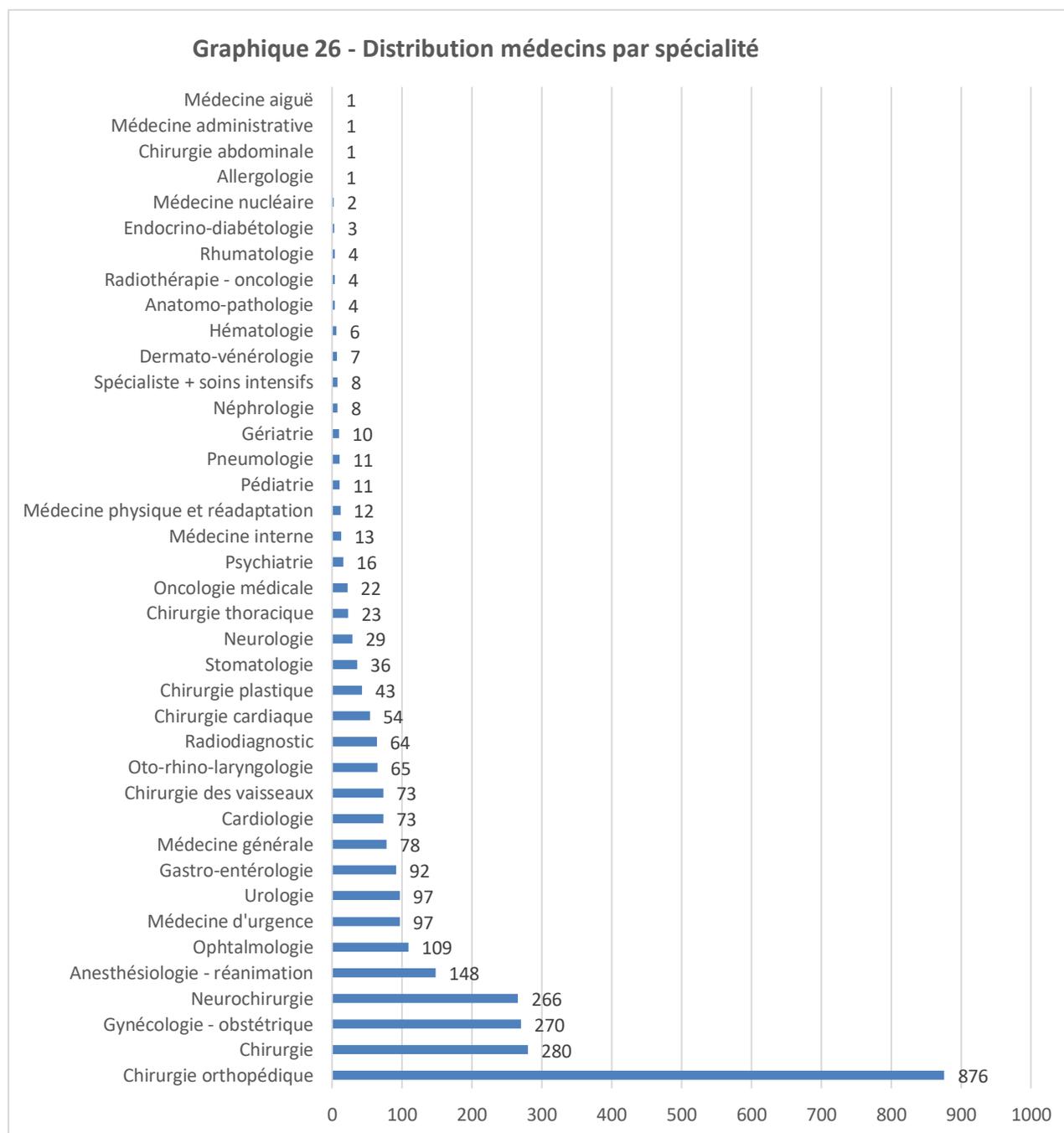


f. Types de prestataire de soins

Le graphique 25 ventile les dossiers d'accidents médicaux en fonction de la catégorie de prestataire de soins mis en cause.



Le graphique 26 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. 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.

2. Catégories

Le Fonds peut intervenir comme **demandeur** dans le cadre d'une action subrogatoire¹² pour récupérer l'indemnisation versée, celle-ci étant généralement remboursée en vertu de l'article 4, 3^e¹³, mais, le cas échéant, aussi sur la base de l'article 4, 2^e¹⁴ ou de l'article 4, 4^e¹⁵, 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 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 13 cas environ depuis le lancement du Fonds.

¹² Art. 28 de la loi relative à l'indemnisation résultant de soins de santé.

¹³ Contestation de la responsabilité du prestataire de soins.

¹⁴ Responsabilité du prestataire de soins dont la responsabilité civile n'est pas ou pas suffisamment couverte.

¹⁵ 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.

a. Litiges initiés année après année

Tableau 13 – Litiges initiés avec le Fonds en tant que demandeur ou défendeur, par type de tribunal														
Année où le litige a été initié	Procédures introduites par le Fonds en première instance		Procédures introduites par le Fonds en appel		Procédures introduites par le Fonds – Cour de Cassation		Procédures introduites contre le Fonds en première instance			Procédures introduites contre le Fonds en appel		Procédures introduites contre le Fonds – Cour de Cassation		Total
	NL	FR	NL	FR	NL	FR	NL	FR	D	NL	FR	NL	FR	
	Le Fonds en qualité de demandeur						Le Fonds en qualité de défendeur							
2012								2						2
2013														
2014	1						2	2						5
2015		2					11	6		1	1			21
2016	8	4	4				9	8						33
2017	6	7	4				9	11		2	4			43
2018	9	4	3	4			16	8		1	2			47
2019	3	4	3	6	2	1	15	13		5	2	1		55
2020	13	11	5	2			16	10		8	4			69
2021	12	14	5	1			23	13	1	8	4			81
2022	4	16	6				20	18	1	5			1	70
2023	11	27	1	2			18	16		8	1			84
Total	67	89	31	15	2	1	138	107	2	38	18	1	1	510

Source : Fonds des accidents médicaux

Dans le tableau 13, nous voyons qu'au total 205 procédures ont été introduites auprès des tribunaux néerlandophones et francophones par le Fonds. Sur les 205 procédures introduites par le Fonds comme demandeur, 156 ont été introduites en première instance, 46 en appel et 3 en cassation depuis 2014.

En outre, le même tableau indique le nombre de procédures introduites contre le Fonds, avec le Fonds comme défendeur. Dans 247 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. Dans 56 cas, une procédure a été introduite en degré d'appel contre le Fonds et, dans 2 cas, un pourvoi en cassation.

Évolution du nombre de litiges initiés année après année avec le Fonds comme demandeur.

Le graphique suivant illustre l'évolution des litiges initiés par le Fonds par type de tribunal

Graphique 27

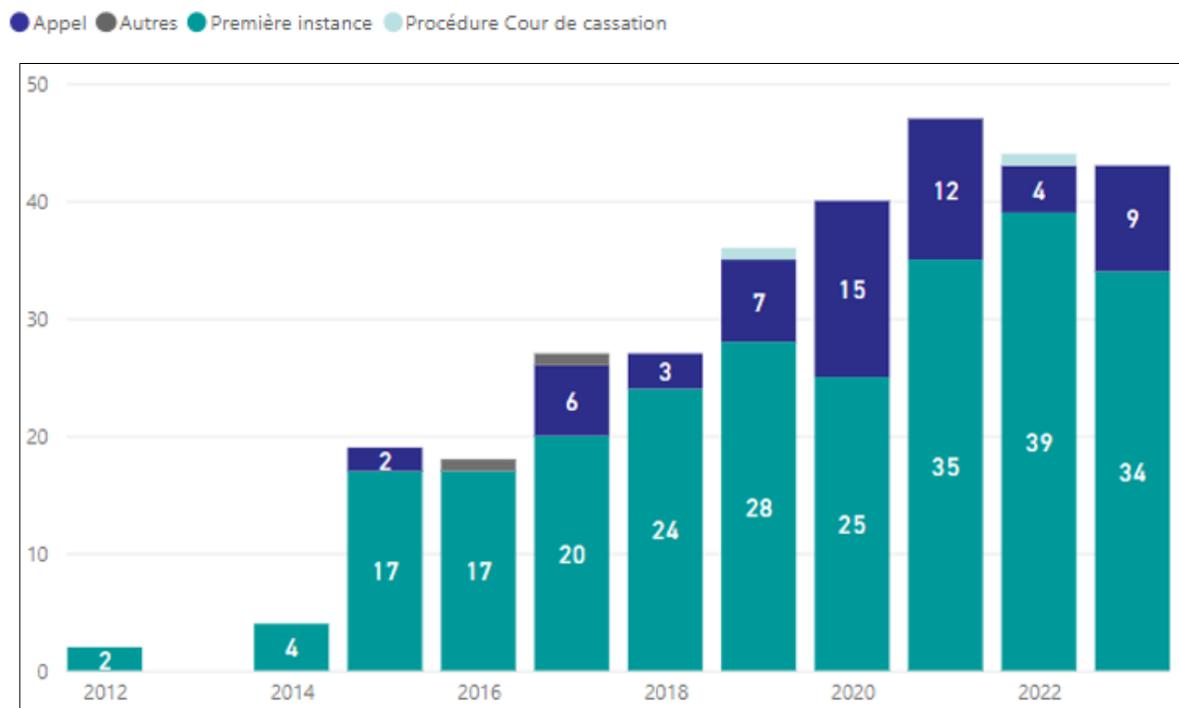
● Appel ● Première instance ● Recours en cassation



Évolution du nombre de litiges initiés année après année avec le Fonds comme défendeur

Le graphique 28 illustre l'évolution des litiges initiés contre le Fonds par type de tribunal

Graphique 28¹⁶

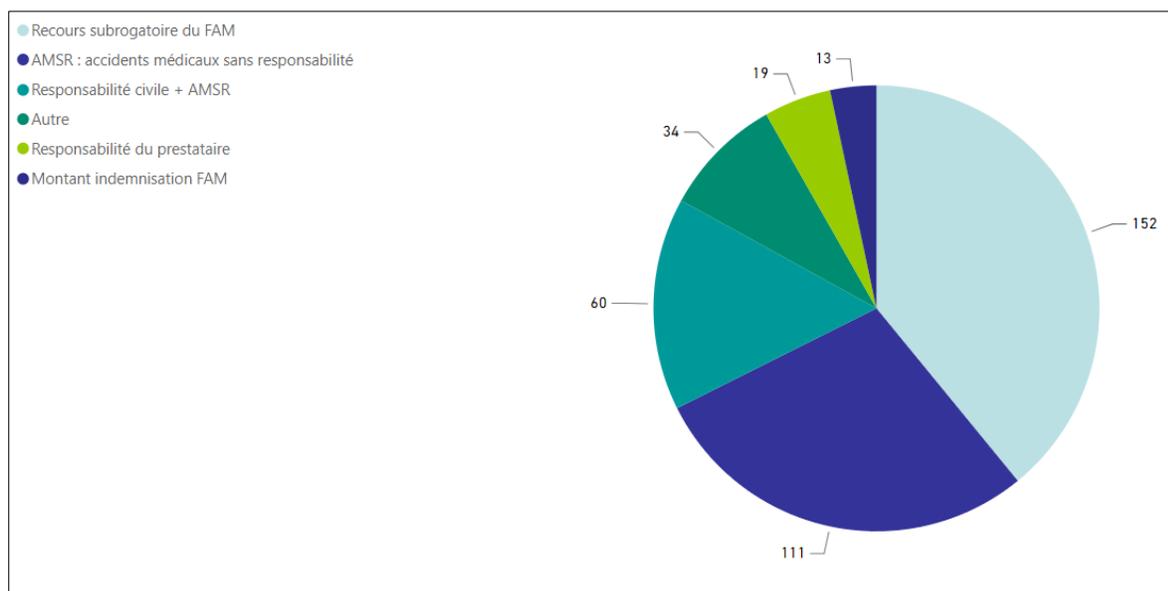


¹⁶ La partie « Autre » dans le graphique concerné concerne le Conseil d'État ou la Cour constitutionnelle.

Représentation graphique du type ou du motif du litige

Le graphique 29 donne une image globale du motif ou de l'objet du litige.

Graphique 29¹⁷



¹⁷ La partie « Autre » dans le graphique 29 concerne par exemple les litiges sur la gravité.

b. Résultat des procédures

Tableau 14 – Le nombre de décisions prises année après année et le résultat de ces décisions													
Année du jugement	Résultat des procédures introduites <u>par</u> le Fonds en première instance		Résultat des procédures introduites <u>par</u> le Fonds en appel		Résultat des procédures introduites <u>par</u> le Fonds devant la Cour de Cassation		Résultat des procédures introduites <u>contre le</u> Fonds en première instance		Résultat des procédures introduites <u>contre</u> le Fonds en appel		Résultat des procédures introduites <u>contre</u> le Fonds devant la Cour de Cassation		Nombre total de décisions par an
	Le Fonds en qualité de demandeur						Le Fonds en qualité de défendeur						
FAM	Avantage	Désavantage	Avantage	Désavantage	Avantage	Désavantage	Avantage	Désavantage	Avantage	Désavantage	Avantage	Désavantage	
2015	NL						1						1
	FR												
2016	NL						1	6					7
	FR	1											1
2017	NL	1						4					5
	FR	1	1				3	3	2				9
2018	NL	3	3		2		3	9	2				22
	FR	1	1				1	1	1	1			6
2019	NL	2	4		3		9	2	2				23
	FR	1	2		2			1					6
2020	NL	3	1	1	3		7	6				1	23
	FR				1		2		2				6
2021	NL	3						3		1			7
	FR		1				1			1			3
2022	NL	2	6				4	4	1	1			18
	FR	1		2			1	1	1				6
2023	NL	2	3	1			6	3		1			16
	FR	3	2				1						6
Total		24	24	4	11		40	43	10	5		1	165

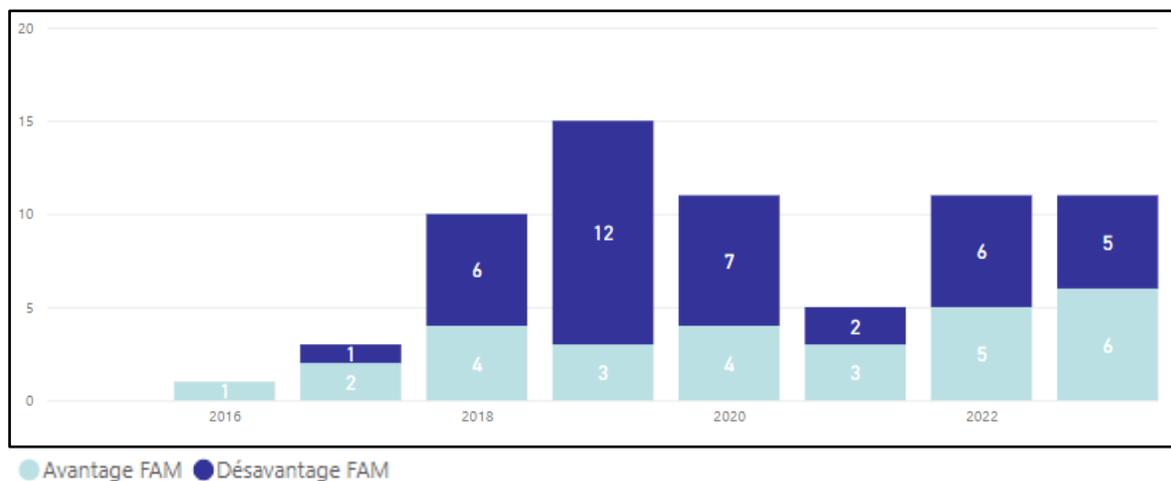
Source : Fonds des accidents médicaux

Le tableau 14 montre le nombre de décisions et le résultat (en faveur du Fonds ou contre le Fonds) en première instance, en degré d'appel et en pourvoi en cassation avec le Fonds comme demandeur ainsi qu'avec le Fonds comme défendeur.¹⁸ Les graphiques ci-dessous illustrent l'évolution de ces résultats.

¹⁸ La partie « Autre » n'est pas incluse dans le tableau 14 car, en général, elle ne dit rien sur le résultat final du contentieux. Elle concerne généralement la nomination d'un expert judiciaire, mais aussi, bien que dans une bien moindre mesure, la compétence du juge. Dans quelques cas, nous constatons également un jugement ou un arrêt mixte (en partie fondé/en partie non fondé).

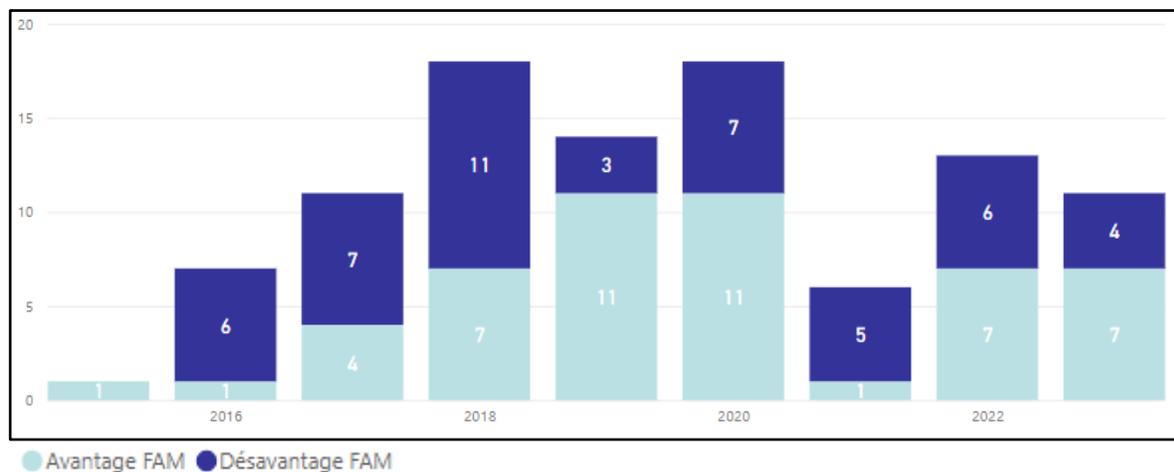
Évolution des résultats (pos/nég) année après année avec le Fonds comme demandeur.

Graphique 30



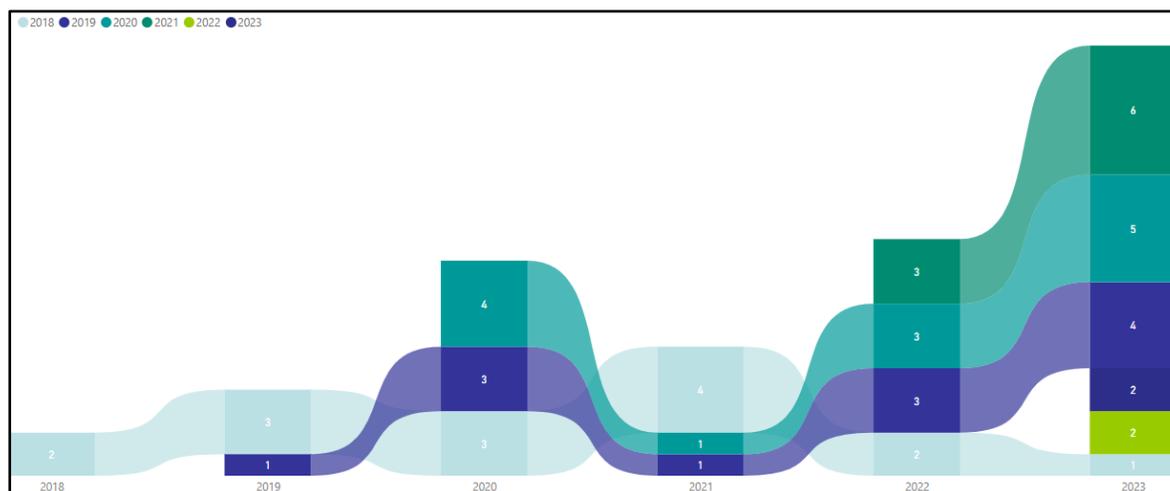
Évolution des résultats (pos/nég) année après année avec le Fonds comme défendeur.

Graphique 31



Évolution des dossiers de litiges fermés année après année

Graphique 32



Le graphique 32 montre l'évolution du nombre de dossiers de contentieux clôturés. Le graphique montre à la fois l'année de début du contentieux (en haut) et l'année de clôture du dossier (en bas).

Un dossier clôturé ne signifie pas nécessairement qu'une décision du tribunal est disponible. Il est possible, par exemple, que l'une des parties renonce à la procédure en cours d'instance, donnant ainsi au dossier le statut de « clôturé ».

Plusieurs procédures peuvent également avoir eu lieu dans un même dossier.

Le tableau ci-dessous montre le nombre de dossiers initiés et le nombre de dossiers toujours en cours par année de démarrage

Tabel 15 – nombre de dossiers initiés et toujours en cours par année de démarrage		
L'année de début	Dossiers initiés	Dossiers en cours
2018	41	26
2019	38	26
2020	54	41
2021	66	57
2022	59	57
2023	74	72
Total	332	279

Source : Fonds des accidents médicaux

Partie 4

Gestion financière et
encadrement - 2023

Après avoir abordé les statistiques relatives aux activités « missions » du Fonds, analysons le budget et le coût des différentes missions du Fonds ainsi que les réalisations des années précédentes. C'est pourquoi cette 4^{ème} partie est consacrée aux informations financières, aux budgets 2023 et 2024 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 (indemnisations) et une partie relative aux dépenses de fonctionnement du Fonds (budget de gestion).

Outre les chiffres relatifs aux indemnisations, nous commenterons également les statistiques financières des expertises qui sont nécessaires pour l'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 et contre le Fonds ainsi que les données concernant les différentes recettes perçues par le Fonds.

I. Budgets et réalisations – Missions

Le tableau ci-dessous présente les moyens 2023 mis à disposition du Fonds pour exécuter ses missions ainsi que les réalisations pour l'année 2022.

Tableau 16		
Rubrique	Budget 2023	Réalisations 2022
8157 – Contentieux relatif aux missions de l'institution	1.400.000	1.277.885
8158 – Honoraires autres que pour le contentieux	450.000	494.254
80500 – Dépenses diverses missions FAM :	19.050.000	16.787.252
• Indemnisations : 11.830.000 €		13.849.066
• Sinistres catastrophiques : 5.000.000 €		1.235.756
• Expertises contradictoires : 2.220.000 €		1.702.430
TOTAL	20.900.000	18.559.391

Le tableau ci-dessous présente les moyens mis à disposition du Fonds en 2024 pour exécuter ses missions ainsi que les réalisations pour l'année 2023.

Tableau 17		
Rubrique	Budget 2024	Réalisations 2023
8157 – Contentieux relatif aux missions de l'institution	1.350.000	1.424.831
8158 – Honoraires autres que pour le contentieux	300.000	365.371
80500 – Dépenses diverses missions FAM :	16.280.000	20.414.109
• Indemnisations : 11.300.000 €		17.967.981
• Sinistres catastrophiques : 3.000.000 €		0
• Expertises contradictoires : 1.980.000 €		2.446.129
TOTAL	17.930.000	22.204.311

Le contentieux relatif aux missions de l'institution représente le montant estimé pour payer des avocats dans le cadre de procédures judiciaires 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, les dépenses diverses missions Fonds constituent de loin le montant le plus important, puisqu'il s'agit du montant prévu pour indemniser les victimes. Ce poste est réparti en trois catégories distinctes, à savoir les indemnisations résultant d'un sinistre catastrophique ou d'un autre type d'accident médical, ainsi que les expertises contradictoires qui seront réalisées.

Dans la suite de ce rapport, nous confrontons ces budgets avec les dépenses de missions réalisées en 2023 et plus particulièrement les dépenses liées aux expertises, qu'elles soient unilatérales ou contradictoires, et aux indemnités.

II. Budgets et réalisations - Gestion

A côté du budget des missions (interventions), il y a 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 2023 et 2024. Les réalisations des années précédentes sont également reprises dans ces tableaux.

Tableau 18		
Rubrique	Budget 2023	Réalisations 2022
Personnel	6.564.313 (68,05%)	5.292.625
Fonctionnement ordinaire	820.486 (8,51%)	717.307
Investissements mobiliers	2.833 (0,03%)	0
Fonctionnement informatique	1.710.330 (17,73%)	1.834.354
Investissements informatiques	515.977 (5,35%)	160.612
Impôts et contentieux	32.225 (0,33%)	0
<u>TOTAL budget de gestion</u>	<u>9.646.164</u>	<u>8.004.898</u>

Tableau 19		
Rubrique	Budget 2024	Réalisations 2023
Personnel	6.248.043 (72,74%)	5.574.641
Fonctionnement ordinaire	476.514 (5,55%)	748.977
Investissements mobiliers	2.444 (0,03%)	0
Fonctionnement informatique	1.830.420 (21,31%)	1.709.716
Investissements informatiques	0	102.287
Impôts et contentieux	32.225 (0,37%)	0
<u>TOTAL budget de gestion</u>	<u>8.589.646</u>	<u>8.135.621</u>

Parmi les dépenses prévues par le budget de gestion, on retrouve les dépenses de personnel, 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.

Pour ce qui est de la répartition du budget de gestion, on constate, sans surprise, que les dépenses de personnel sont les plus importantes avec plus de 68% du budget en 2023 et près de 73% en 2024. On retrouve ensuite les dépenses de fonctionnement nécessaires afin que le Fonds puisse exercer les missions qui lui sont confiées dans les meilleures conditions possibles et, en particulier grâce au développement informatique. Les investissements, quant à eux, ne représentent qu'une part minime du budget de gestion.

III. Comparaison budget et réalisations 2023

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 2023.

Tableau 20 – Budget et réalisations 2023 (EUR)				
Rubrique	Budget 2023	Réalisations 2023	Différence	Taux d'utilisation
Missions				
Contentieux	1.400.000 €	1.424.831 €	-24.831 €	101,77%
Honoraires autres que contentieux	450.000 €	365.371 €	84.629 €	81,19%
Indemnisations	11.830.000 €	17.967.981 €	-6.137.981 €	151,88%
Sinistres catastrophiques	5.000.000 €	0 €	5.000.000 €	0,00%
Expertises contradictoires	2.220.000 €	2.446.129 €	-226.129 €	110,19%
TOTAL Missions	20.900.000 €	22.204.311 €	- 1.304.311 €	106,24%
Gestion				
Personnel	6.564.313 €	5.574.641 €	989.672 €	84,92%
Fonctionnement ordinaire	820.486 €	748.977 €	71.509 €	91,28%
Investissements mobiliers	2.833 €	0 €	2.833 €	0,00%
Fonctionnement informatique	1.710.330 €	1.709.716 €	614 €	99,96%
Investissements informatiques	515.977 €	102.287 €	413.690 €	19,82%
Impôts et contentieux	32.225 €	0 €	32.225 €	0,00%
TOTAL Gestion	9.646.164 €	8.135.621 €	1.510.543 €	84,34%
TOTAL GLOBAL	30.546.164 €	30.339.932 €	206.232 €	99,32%

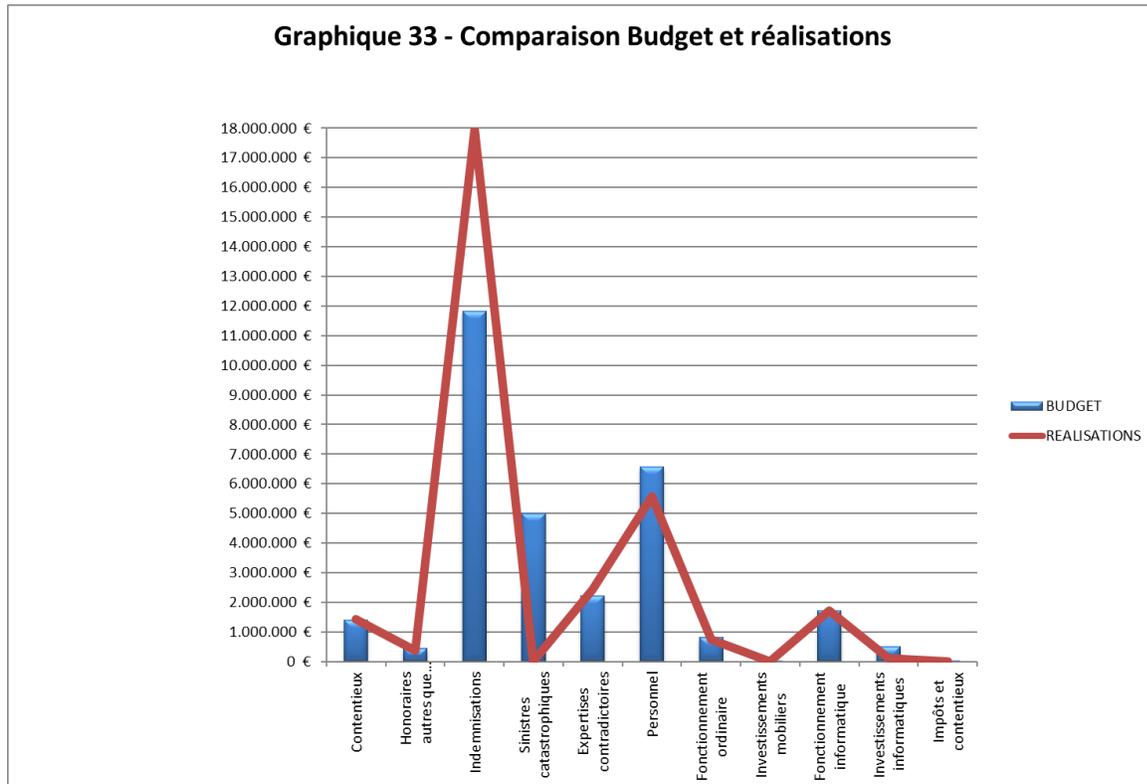
La première constatation que l'on peut faire de ce tableau est que l'intégralité du budget 2023 du Fonds a été utilisée. En effet, au niveau global, près de 100% des moyens alloués au Fonds ont été utilisés afin de réaliser ses missions et d'assurer son fonctionnement quotidien. On observe une augmentation importante par rapport à l'exercice 2022, où le taux d'utilisation global était d'environ 91%. Cette augmentation est principalement due à un dépassement budgétaire du budget des missions (106,24% en 2023 contre environ 89% en 2022) mais qui est largement compensé par une sous-utilisation du budget de gestion (84% en 2023 contre 97% en 2022).

En analysant plus en détail ce tableau, on constate une utilisation plus élevée du budget des missions qui provient d'un dépassement budgétaire pour les postes liés aux expertises, au contentieux et principalement aux indemnités classiques (< €1 million) mais qui est en partie compensé par une sous-utilisation en ce qui concerne les sinistres catastrophiques pour lesquels aucune réalisation n'a été observée en 2023. Pour rappel, les sinistres catastrophiques sont définis comme des indemnités d'un montant supérieur à 1.000.000 €. Ils peuvent être assimilés à des indemnités, ce qui permet de relativiser le dépassement budgétaire constaté. En effet, si on fusionne ces deux postes, on arrive à un taux d'utilisation pour les indemnités de 106,76% (16.830.000 € de budget pour 17.967.981 € de dépenses) et plus de 151,88%.

En ce qui concerne le budget de gestion, celui-ci a été utilisé à hauteur de 84,34%. Les plus grandes sous-utilisations étant à attribuer aux dépenses de personnel et d'investissements informatiques qui ont été moins importantes que prévu cette année, et dont les taux d'utilisation sont respectivement de 85% et de 20%.

Enfin, on remarque également que les dépenses relatives au fonctionnement informatique et ordinaire ont été utilisées dans leur totalité.

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



IV. Statistiques financières concernant les missions.

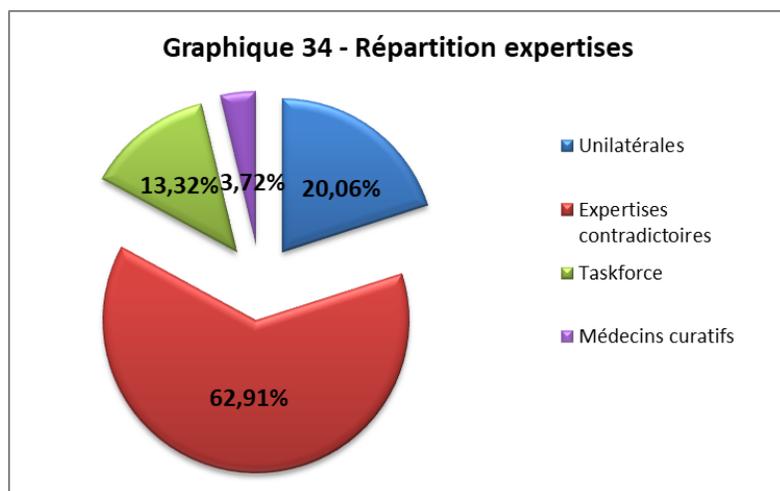
Dans cette partie, nous retrouvons les statistiques et informations relatives au coût des expertises et des indemnisations.

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.

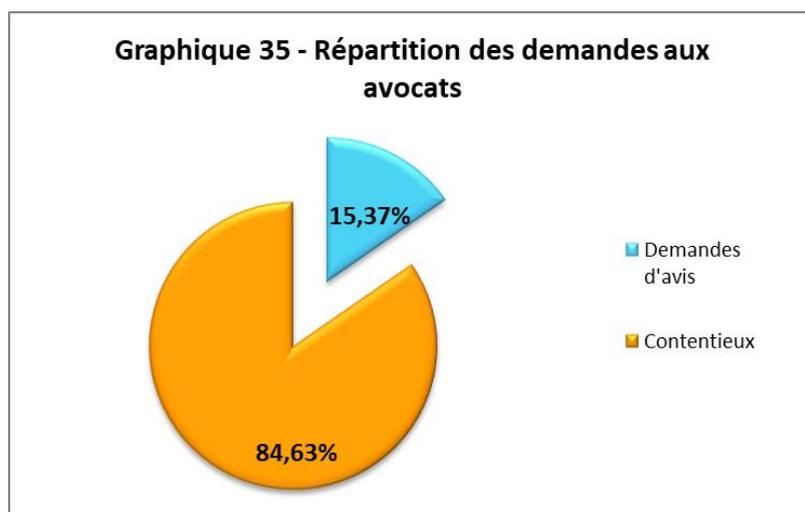
Tableau 21 – Coûts des expertises et indemnisations			
Type	Nombre d'expertises facturées / Indemnisations versées	Montant total	Montant moyen
EXPERTISES	8.201	14.148.109,76 €	1.725,17 €
Unilatérales	1.645	1.814.750,31 €	1.103,19 €
Expertises contradictoires	5.159	11.976.071,13 €	2.321,39 €
Taskforce	1.092	326.891,60 €	299,35 €
Médecins curatifs	305	30.396,72 €	99,66 €
FRAIS D'AVOCATS	3.729	7.253.491,82 €	1.945,16 €
Demandes d'avis	573	1.033.701,30 €	1.804,02 €
Contentieux	3.156	6.219.790,52 €	1.970,78 €
Indemnisations (Capital)	831	75.914.598,60 €	91.353,31 €
Indemnisations (Sinistres catastrophiques)	6	3.320.895,52 €	553.482,59 €
Indemnisations (Rentés)	221	284.049,55 €	1.285,29 €
TOTAL	12.988	100.921.145,25 €	-

Les expertises contradictoires restent toujours bien plus nombreuses que les expertises unilatérales. Les proportions d'expertises contradictoires et unilatérales dans l'ensemble des expertises menées par le Fonds sont respectivement de 62,91% et 20,06% (graphique 34).

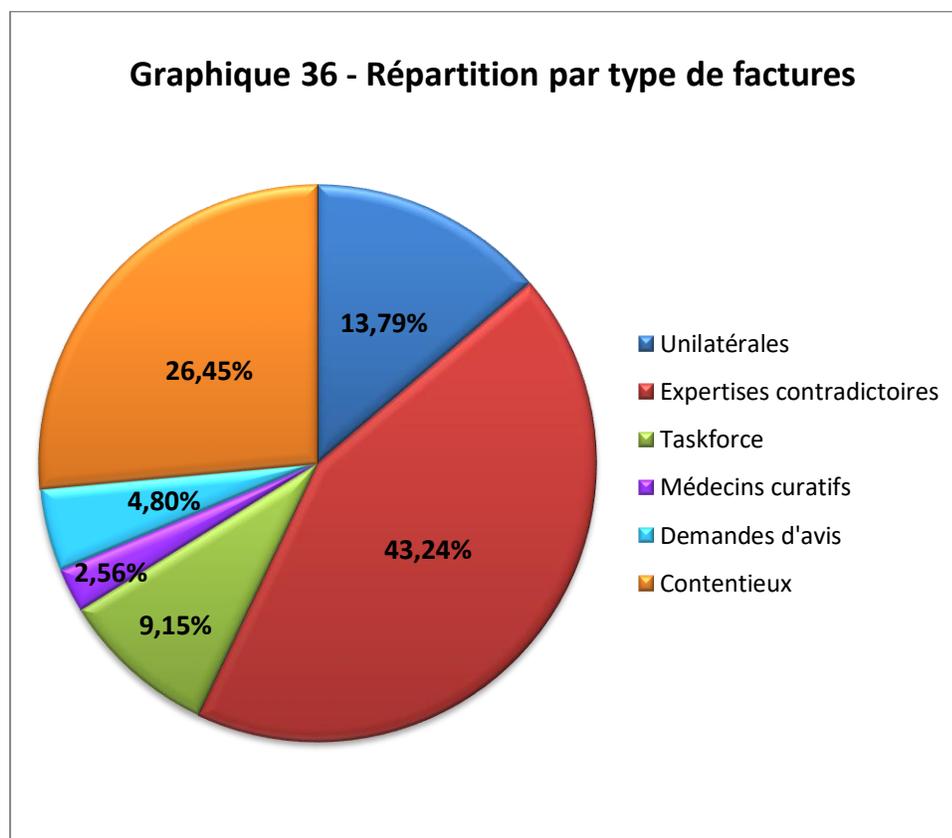
En ce qui concerne les autres types d'expertise, à savoir les expertises liées à la Taskforce et les analyses de dossiers réalisées par des médecins curatifs pour accélérer le traitement de certains dossiers, on constate que celles-ci représentent respectivement 13,32 et 3,72% de l'ensemble des expertises.



Nous constatons également que près de 85% des demandes auprès d'avocats concernent la représentation du Fonds dans le cadre de procédures judiciaires. Cela représente une augmentation de 3% par rapport à l'année précédente, ce qui confirme la tendance observée des dernières années (+7% en 2021 + 5% en 2022). En effet, le nombre de dossiers portés devant les tribunaux ne cesse d'augmenter et cela se répercute sur les demandes auprès des avocats, qui s'orientent désormais davantage sur les procédures judiciaires que sur la relecture des avis, qui devient de plus en plus faible au fil des années.



Enfin, en analysant les graphiques 34 et 35, nous pouvons constater que près de 69% des factures sont liées à des expertises demandées dans le cadre du traitement d'un dossier. Les factures relatives à des frais d'avocats représentant plus de 31% des factures honorées. Ce constat est assez stable par rapport à l'année précédente.



Si on analyse le coût de chaque type d'expertise, on constate que les expertises contradictoires représentent le coût le plus élevé, soit un coût moyen de 2.321,39 € par facture. Ensuite viennent les expertises judiciaires avec un coût moyen de 1.970,78 € par facture, les demandes d'avis avec un coût moyen de 1.804,02 € par facture et les expertises unilatérales avec un coût moyen de 1.103,19 € par facture.

En ce qui concerne les indemnisations, au 31/12/2023, le Fonds avait versé un total de 837 indemnisations dont 168 ont été payées en 2023.

Depuis sa mise en place, le Fonds a également procédé au versement de 221 rentes mensuelles et/ou annuelles dans le cadre de 12 dossiers d'indemnisation. Étant donné la périodicité des versements et les montants beaucoup plus faibles de ces rentes, celles-ci sont isolées du reste des indemnisations et ne sont pas comprises dans les 837 indemnisations mentionnées ci-dessus.

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.

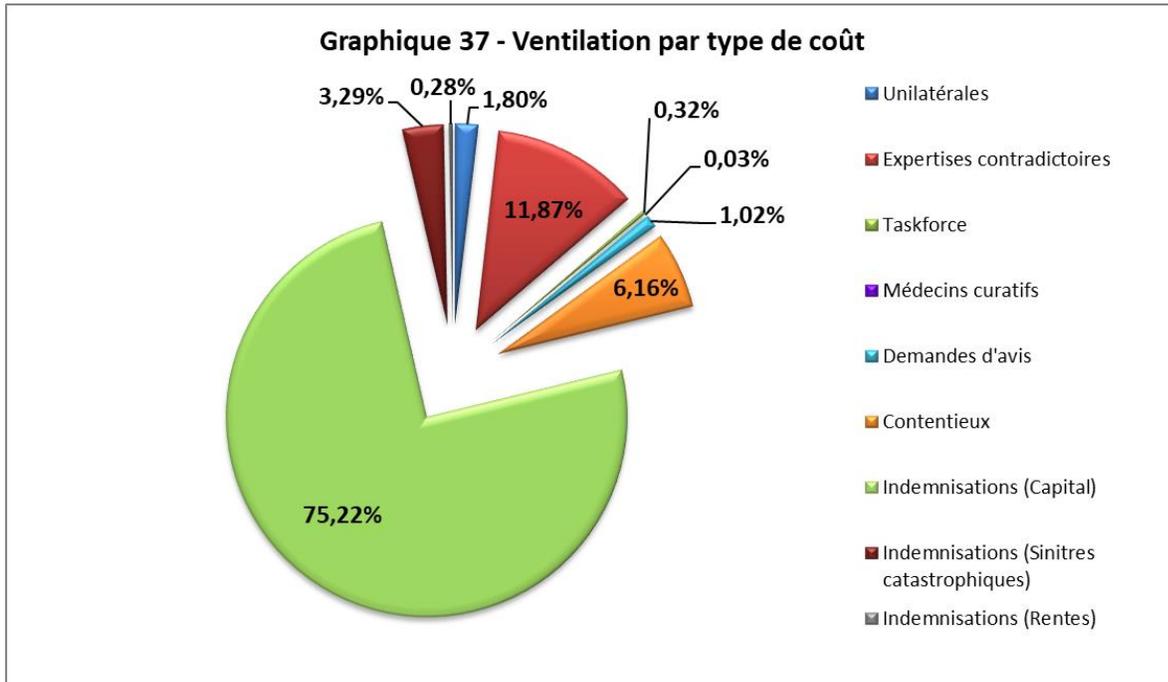
Tableau 22 – Indemnisations payées par le Fonds (EUR)					
Mois	2019	2020	2021	2022	2023
Janvier	521.361,09 €	833.964,98 €	688.263,20 €	1.952.555,43 €	1.620.206,89 €
Février	1.253.431,20 €	1.123.910,45 €	828.869,27 €	475.865,22 €	1.247.351,01 €
Mars	457.445,19 €	1.027.410,15 €	937.088,86 €	838.599,12 €	1.809.665,99 €
Avril	601.514,04 €	969.580,92 €	835.481,65 €	561.017,63 €	738.027,79 €
Mai	446.993,97 €	110.176,45 €	996.796,69 €	750.827,90 €	1.297.445,72 €
Juin	336.663,25 €	634.729,02 €	645.924,89 €	1.621.677,34 €	1.735.389,45 €
Juillet	761.052,19 €	679.377,43 €	1.378.661,44 €	2.499.670,95 €	2.373.015,64 €
Août	39.037,54 €	328.055,40 €	2.691.057,93 €	678.783,64 €	911.291,73 €
Septembre	351.549,45 €	544.838,14 €	1.407.023,60 €	745.911,38 €	1.572.044,27 €
Octobre	34.614,66 €	1.170.907,62 €	1.878.564,49 €	2.489.929,35 €	1.261.468,87 €
Novembre	297.872,22 €	142.809,18 €	960.775,76 €	1.743.117,44 €	971.341,78 €
Décembre	618.718,61 €	889.301,43 €	866.396,20 €	2.027.129,65 €	3.034.785,52 €
TOTAL	5.720.253,41 €	8.455.061,17 €	14.114.903,98 €	16.385.085,05 €	18.572.034,66 €

Les chiffres du tableau 22 sont établis à partir de données comptables et correspondent d'une part aux paiements comptabilisés en 2023 et d'autre part sur les paiements effectués en début de l'année 2023 mais comptabilisés fin 2022 qui n'ont pas été pris en compte dans le rapport annuel 2022 en raison de l'utilisation des données de trésorerie.

La principale constatation que nous pouvons retirer de ce tableau est que la tendance à une augmentation considérable des montants liés aux indemnisations, initiée en 2021, se poursuit en 2023 avec plus de 18 millions d'euros d'indemnisations versées aux victimes d'accidents médicaux ce qui représente une augmentation de plus de 2 millions par rapport à 2022.

Cela démontre une nouvelle fois les efforts importants réalisés pour accélérer le traitement des dossiers et indemniser un maximum de victimes dans un délai le plus raisonnable possible.

Si on compare les montants des indemnités avec ceux des expertises décrits ci-dessus, on constate que ceux-ci sont logiquement bien plus importants puisqu'ils représentent près de 75% (environ 76 millions) du montant total des frais encourus par le Fonds depuis sa création.



Terminons cette partie consacrée aux données financières en évoquant les récupérations perçues par le Fonds suite à une indemnisation. En 2022, le Fonds avait récupéré, dans le cadre de 5 dossiers, tout ou une partie des montants versés suite à une indemnisation, et ce pour un montant total d'un peu plus de 180.000 €. En revanche, en 2023, le Fonds a récupéré un montant total de 692.758,01 € dans le cadre de 10 dossiers (dont 2 dossiers où plusieurs récupérations ont été perçues) ce qui représente une augmentation de plus de 500.000 € par rapport à l'année dernière.

Le tableau ci-dessous permet de constater l'ensemble des montants récupérés et reçus par le Fonds depuis 2016 classés en trois catégories : les frais de justice, les honoraires divers et les indemnisations.

Les frais de justice sont constitués de montants à récupérer suite à une décision judiciaire comme certaines indemnités de procédure et les honoraires divers étant des récupérations de montants indus d'expertises par exemple.

Tableau 23 – Les montants récupérés par le Fonds			
Année	Frais de justice	Honoraires divers	Indemnisations
2016	1	4	0
	1.537,94 €	4.225,59 €	0,00 €
2017	0	3	0
	0,00 €	17.800,00 €	0,00 €
2018	6	3	0
	50.970,38 €	3.980,39 €	0,00 €
2019	10	6	2
	24.746,84 €	7.347,22 €	78.239,40 €
2020	4	3	5
	5.553,43 €	1.026,45 €	392.889,08 €
2021	6	3	12
	10.031,81 €	33.437,36	532.966,41 €
2022	27	5	5
	94.042,04 €	6.892,89 €	183.649,18 €
2023	36	7	13
	42.744,61 €	20.879,18 €	692.758,01 €
Total nombre	90	34	37
Total montant	229.627,05 €	95.589,08 €	1.880.502,08 €

On constate bien évidemment que la catégorie relative aux indemnisations constitue la principale source de montants récupérés, puisqu'elle représente plus de 85% de celles-ci.

