

Rapport d'activités du Fonds des accidents médicaux – 2013



Sommaire

Préface	3
Mot de la direction générale.....	4

Partie 1 - Missions du Fonds des accidents médicaux	5
---	---

I. Mission d'avis, d'indemnisation et de médiation (Art.8, § 1er).....	6
II. Mission de prévention, d'enregistrement et de reporting.....	7

Partie 2 - Organes de gestion.....	9
------------------------------------	---

I. Missions du Conseil d'administration	10
II. Composition du Conseil d'administration	10
III. Réunions et réalisations du Conseil d'administration	12
IV. Comité de gestion dans le cadre de l'intégration du FAM au sein de l'INAMI.....	13
Le Comité de gestion du FAM.....	13

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

I. Organigramme du Fonds des accidents médicaux	16
II. Expertise externe.....	17
III. Outil	18

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

Statistiques call center	20
--------------------------------	----

4 ^e Partie bis - Données statistiques - Première interprétation des données de 1.000 déclarations	41
--	----

I. Introduction	42
II. Critères de gravité	43
1. Généralités	43
2. Nombre de patients qui répondent peut-être aux critères décès, invalidité permanente (IP) ou incapacité de travail temporaire (ITT)	43
3. Nombre total de patients avec indices sérieux que le dommage atteint le seuil de gravité visé à l'article 5.....	44
4. Conclusion.....	44
5. Répartition par spécialité des 476 cas qui répondent aux critères de gravité	45
III. Prestataires de soins	46

IV. Lieu.....	47
V. Prestation de soins.....	48
1. Prestation de soins - sous-catégorie "général".....	49
2. Prestation de soins - sous-catégorie « Diagnostic ».....	49
VI. Le premier dommage.....	50
1. Premier dommage - général.....	51
2. Infections nosocomiales : aperçu.....	52
VII. La lésion permanente : cause de l'invalidité ou du décès.....	54
VIII. Conclusion.....	54

5^e Partie - Informations financières

« missions ».....	55
I. Budget 2013 et 2014 – Missions.....	56
II. Budget 2013 et 2014 - Gestion.....	58
III. Statistiques financières concernant les missions.....	59

6^e Partie - Recommandations pour prévenir les dommages résultants de soins de santé.....61

7 ^e Partie - Avis du FAM.....	63
I. Position du Comité de gestion au sujet du caractère gratuit de la procédure et des postes de dommages indemnisables.....	64
II. Position du Comité de gestion au sujet du concept de dommage anormal et d'accident médical sans responsabilité (AMSR).....	65
1. La loi et les « indicateurs de travail » pour l'accident médical sans responsabilité.....	65
2. Algorithme dommage anormal.....	66
3. Les indicateurs.....	67

Préface

Cher lecteur

Le Fonds des accidents médicaux a connu en 2013 une année très chargée. Des procédures internes et des logiciels ont dû être mis au point, des experts ont dû être recrutés par voie de marchés publics dans des disciplines médicales les plus diverses tandis que l'équipe interne a dû être renforcée et formée. Il convient d'y veiller pour garantir la qualité et le traitement rapide des demandes.

En effet, chaque mois, un grand nombre de patients et leurs ayants cause s'adressent au FAM. En moyenne, le Fonds reçoit mensuellement quelque quatre-vingt demandes. Une première analyse nous révèle par ailleurs que la moitié des demandes concernent des dommages graves. La loi ne manque donc pas son objectif.

Le Fonds a pour mission première de donner des avis et d'organiser l'indemnisation des accidents médicaux conformément aux dispositions légales prévues en la matière. Une autre mission, tout aussi importante, est de formuler des recommandations en matière de prévention d'accidents et d'établir des statistiques concernant les indemnisations accordées. Pour la première fois dans l'histoire de la Belgique, des informations concernant des accidents médicaux seront gérées de manière centralisée, ce qui permettra, obligatoirement, d'en tirer des enseignements. Pour pouvoir relever ce défi sociétal, ces données doivent d'emblée être rassemblées et catégorisées. Cet effort ne sera visible qu'à terme mais il peut difficilement être surestimé.

Le défi est donc de taille et le Comité de gestion suit la chose de près, en permanence, de concert avec les autres acteurs concernés. Sur la base d'une analyse des besoins, le cadre du personnel a été plus que doublé au cours du premier semestre 2014. Cette extension doit permettre de ramener au même niveau les entrées et les sorties des dossiers et d'endiguer au plus vite le retard encouru, sans nuire à la qualité des avis donnés.

Selon différents angles de perception, le lancement de cette nouvelle institution qu'est le FAM est unique en son genre et ouvre de nouvelles perspectives. C'est grâce au dévouement quotidien apprécié jour après jour et à l'expertise des membres de l'équipe que le Fonds pourra répondre à vos attentes.

Présidente
Geneviève Schamps

Vice-président
Steven Lierman

Mot de la direction générale

L'année 2013 fut pour le Fonds des Accidents Médicaux une année importante mais compliquée :

Sur le plan structurel et institutionnel, le Fonds a quitté sa structure autonome d'OIP pour devenir le sixième service de l'INAMI et le troisième secteur de l'Assurance maladie – invalidité, à côté du secteur des Soins de Santé et du secteur des Indemnités, en charge de l'indemnisation des accidents médicaux.

Sur le plan de l'activité surtout, 2013 a vu se poursuivre un flux toujours plus important de nouvelles demandes (plus de 100 par mois), preuve que nos citoyens avaient de grandes attentes et de grands besoins en matière d'accidents médicaux et de soutien des pouvoirs publics.

Sans langue de bois, admettons directement que nous avons été dépassé à la fois par le flux et la gravité de la majorité des demandes à une structure fraîchement opérationnelle (septembre 2012) et par, justement, l'adéquation de cette structure, de ses moyens d'actions et donc de son niveau d'opérationnalisation. Les dossiers reçus demandaient plus d'expertises, plus d'analyses que prévus initialement et les moyens d'interventions tardaient à se déployer, tant au niveau du personnel interne prévu, des moyens IT aptes à soutenir nos travaux que du recrutement et de la mise en place du réseau d'experts médicaux et juridiques externes.

Notre Comité de Gestion qui a remplacé notre Conseil d'Administration en mai 2013 a du faire avec nous le constat de ces paradoxes de notre succès et des difficultés inhérentes à un nouveau service public en développement, et ce, de plus en période de limitation voir de gel des recrutements. Ensemble nous avons pu arrêter un masterplan en mai 2014 pour, notamment, outre des procédures et des indicateurs de suivi, renforcer significativement nos équipes internes et nos soutiens externes. Nous travaillons activement au déploiement de ces mesures, malgré le contexte budgétaire difficile pour l'ensemble du secteur public.

Malgré ces difficultés qui ont entraîné une accumulation de dossiers et donc des retards importants dans le traitement des demandes, le rapport 2013 fournit quand même, pour la première fois, une série de données et d'analyses notamment médicales sur la réalité des accidents médicaux, qui nous sont déclarés.

Comme vous pourrez le lire, il est trop tôt pour tirer de véritables conclusions ou d'éventuelles recommandations. Nous en sommes, en 2013, au stade des premiers indicateurs, qui demandent des analyses plus approfondies, notamment avec les prestataires de soins, pour comprendre les causes et les remèdes des problèmes soulevés à l'occasion d'une prestation de santé, censée, normalement améliorer ou conserver l'état de santé et non pas aboutir à une dégradation soudaine, imprévue ou anormale de celui-ci. Même si heureusement, la toute (toute) grande majorité des prestations médicales réalisées n'est pas accompagnée d'incidents.

L'INAMI ne ménagera pas ses efforts pour mettre en place les moyens nécessaires permettant au Fonds des Accidents Médicaux de jouer pleinement son rôle tant sur le plan des demandes individuelles que des recommandations collectives et dans des délais plus compatibles avec les attentes des divers intervenants et de la société.

Bonne lecture.

Jo DE COCK
Directeur général ff
Du Fonds des Accidents Médicaux

Benoît COLLIN
Directeur général ff
Du Fonds des Accidents Médicaux

Partie 1

Missions du Fonds des
accidents médicaux

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

Les missions du FAM sont décrites à l'article 8 de la loi sur les accidents médicaux du 31 mars 2010 (Loi relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé – M.B. du 2.4.2010).

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

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

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

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

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

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

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

Le FAM est en outre chargé d'établir des statistiques sur les 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 FAM estime devoir émettre. Ce rapport ne peut contenir que des données anonymes et donc aucune donnée à caractère personnel.

Partie 2

Organes de gestion

I. Missions du Conseil d'administration

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

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

L'intégration du FAM au sein de l'INAMI a entraîné la suppression du Conseil d'administration qui a été remplacé par un Comité de gestion. Cette disparition du Conseil d'administration est intervenue le 1er avril 2013. Bien que ces deux organes présentent certaines similitudes, plusieurs traits les distinguent nettement, comme cela ressort de la suite de ce rapport.

Sous réserve des dispositions de la loi de 1954 précitée, le Conseil d'administration disposait de tous les pouvoirs nécessaires à l'administration du FAM. Il exerçait également le pouvoir de nomination au sens de l'article 2 de l'arrêté royal du 8 janvier 1973 fixant le statut du personnel de certains organismes d'intérêt public.

Dans cette structure, le directeur général du FAM était chargé de la gestion journalière de l'institution sous le contrôle du Conseil d'administration. Le Conseil d'administration n'avait pas vocation à intervenir dans le traitement des dossiers individuels. Cette tâche revenait à l'administration du FAM chargée de traiter les demandes individuelles sous la responsabilité du directeur du FAM. En revanche, il appartenait au Conseil d'administration de définir la politique d'indemnisation à suivre, dont l'exécution revenait au directeur général.

II. Composition du Conseil d'administration

Dans la mesure où le FAM est en partie financée par l'INAMI, la composition du Conseil d'administration a été inspirée de la composition du Comité général de gestion de l'INAMI. Les représentants des patients ont été inclus dès lors qu'ils sont directement concernés par la matière.

Les conditions de désignation des membres du Conseil d'administration ont été fixées par l'arrêté royal du 15 novembre 2010 (M.B. 15.12.2010). Le fonctionnement du Conseil d'administration était quant à lui déterminé par certaines dispositions de la loi du 16 mars 1954, par l'arrêté royal du 12 octobre 2011 (M.B. 17.10.2011) et par un règlement d'ordre intérieur.

Le Conseil d'administration du FAM se composait comme suit :

- 1° quatre membres représentant l'autorité
- 2° quatre membres représentant les organisations représentatives de l'ensemble des employeurs et les organisations représentatives de travailleurs indépendants
- 3° quatre membres représentant les organisations représentatives de l'ensemble des travailleurs salariés
- 4° quatre membres représentant les organismes assureurs
- 5° cinq membres représentant les praticiens professionnels, dont trois médecins au moins
- 6° trois membres représentant les institutions de soins de santé, dont au moins un médecin hygiéniste
- 7° quatre membres représentant les patients
- 8° deux professeurs ou chargés de cours de droit, spécialisés en droit médical.

Le Conseil d'administration et chacun des groupes représentés en son sein comptaient autant de membres de langue française que de membres de langue néerlandaise. Pour juger si cette dernière condition était remplie, les représentants des praticiens professionnels et des institutions de soins de santé étaient considérés comme un seul groupe.

Le président et le vice-président étaient d'un rôle linguistique différent.

L'avis relatif à la nomination du président, du vice-président et des membres du Conseil d'administration du FAM a été publié au Moniteur Belge le 16 août 2011 (voir annexe 1).

Après cette nomination des membres, le Conseil d'administration a pu se réunir pour la première fois le 23 septembre 2011.

III. Réunions et réalisations du Conseil d'administration

Le Conseil d'administration a, dès sa première séance, organisé un système de groupes de travail (G.T.). Les groupes de travail étaient une émanation du Conseil d'administration et en reflétaient la composition mais de manière restreinte.

Les groupes de travail étaient chargés de préparer les discussions au sein du conseil afin de les faciliter mais ne prenaient pas de décisions. Ils tentaient de dégager des consensus et positions communes au terme d'une discussion technique et les conclusions de ces discussions étaient ensuite soumises au Conseil d'administration pour discussion et approbation.

L'agenda des groupes de travail était arrêté par le président du C.A. et le vice-président et il pouvait concerner l'ensemble des questions qui intéressaient le FAM. Les sujets traités ont concerné essentiellement le budget (contrôle du budget élaboré pour le FAM), les ressources humaines (discussions relatives à l'organigramme du FAM, aux descriptions de fonctions des agents à recruter), les procédures appliquées par le FAM (courriers-types envoyés aux demandeurs, formulaires d'introduction des demandes, procédures internes, etc.), les concepts juridiques non définis de la loi du 31 mars 2010 (critères de gravité, accident médical sans responsabilité, délais, etc.), la communication du FAM (discussion relative au site internet élaboré pour le FAM, les FAQ utilisés par le call center du FAM, etc.), l'outil informatique développé pour le FAM (programme GENIDOC et détermination des informations à répertorier dans les programmes informatiques en vue de l'élaboration de statistiques fiables et utiles).

Les discussions au sein des groupes de travail et du Conseil d'administration ont permis d'énoncer une série de directives et d'interprétations qui ont rendu possible l'opérationnalité du FAM au 1er septembre 2012 et le traitement des premières demandes.

Outre l'important travail du Conseil sur les processus et les directives de gestion, il a également pu définir et défendre les moyens nécessaires à la gestion et aux missions du FAM : budget, organigramme, suivi des engagements RH, programmes IT, etc.

Depuis le démarrage effectif en septembre 2012, le Conseil suit attentivement les statistiques du FAM : dossiers et call center (voir partie 4) et l'évolution générale du traitement des dossiers.

Malgré l'intégration du FAM au sein de l'INAMI, les différentes lignes de conduites, interprétations et décisions prises par le Conseil d'administration restent parfaitement valables et d'actualités. L'administration du FAM continue de s'en servir au quotidien pour l'accomplissement de ces missions.

Conseil d'administration
08/03/2013
Source : Fonds des accidents médicaux

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

Dans le cadre de l'intégration du FAM en tant que nouveau service de l'INAMI, le Conseil d'administration est remplacé par un Comité de gestion (C.G.) (Art. 27 de la loi du 19 mars 2013 portant dispositions diverses en matière de santé (I), M.B., 29 mars 2013, ed. 2, p. 20188) . La création de ce Comité de gestion garantit l'autonomie du nouveau service dans l'exécution et le suivi de ses missions légales.

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

Contrairement à ce qui existait avant l'intégration du FAM au sein de l'INAMI, le Comité de gestion dispose à présent dans la loi (article 137 quinquies de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994), d'une disposition qui définit clairement ses compétences.

1. Le Comité de gestion du FAM

- 1° gère, avec le service et son directeur général, les missions prévues par la loi du 31 mars 2010 précitée
- 2° 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
- 3° Propose le budget des frais d'administration du service au Comité général
- 4° Donne un avis au Comité général sur la proposition annuelle de cadre du personnel du service
- 5° Est informé par le directeur général du service des procédures de marchés publics relatifs aux missions du service ou à sa gestion, et notamment ceux dont il a délégué de l'administrateur général de l'Institut
- 6° Établit son règlement d'ordre intérieur et le soumet pour approbation au Roi.

Aujourd'hui, le Comité de gestion continue à travailler avec un système de groupe de travail qui fonctionne exactement comme ce qui existait pour le conseil d'administration. A cet égard, il existe une continuité très claire entre les deux organes.

En dehors des actes posés par le Comité de gestion dans le cadre de ses compétences générales énumérées (points 1 à 6) ci-dessus, ce dernier est également amené à prendre d'autres décisions importantes. Celles-ci sortent alors clairement du cadre de ses activités courantes tout en relevant de ses compétences. Il s'agit pour le Comité de gestion de prendre des décisions à caractère plus stratégique ou organisationnel. Le Comité de gestion peut également être amené à énoncer des recommandations destinées à prévenir la survenance d'accidents médicaux.

Parmi ces décisions à caractère stratégique ou organisationnel, nous pouvons relever les suivantes:

- Entérinement par le C.A. (séance du 8/3/2013) des conclusions des GT rendues en 2012 ;
 - Gravité du dommage
 - Outil informatique GENIDOC
 - Workflow
 - Dommage anormal
 - Données médicales
 - Expertises – caractère contradictoire
- Directives données par le C.G. (3/5/2013) concernant la rédaction et l'utilisation des templates par l'administration du FAM et les documents relatifs aux expertises et aux avis du FAM
- Avis du comité de gestion (20/9/2013) concernant la communication des procès-verbaux des réunions du C.A./C.G. du FAM en vertu de la loi relative à la publicité de l'administration
- Validation des BPM (Business Process Model) phase 1 et 2 : description des processus et procédures internes à l'administration du FAM

Tableau 1 - Tableau des réunions du C.G. et G.T.

Comité de gestion	Groupe de travail
08/03/2013	08/03/2013
03/05/2013	03/05/2013
07/06/2013	07/06/2013
23/08/2013 (annulé faute de quorum)	08/11/2013
20/09/2013	
11/10/2013	
Source : Fonds des accidents médicaux	

Partie 3

Structure administrative et
équipe

I. Organigramme du Fonds des accidents médicaux

Au 31 décembre 2013, la situation du personnel du Fonds des accidents médicaux (FAM) était la suivante :

Tableau 2				
Q	Fonction	Régime linguistique	Entrée en fonction	Sexe
1	Directeur Général		à engager	
1	Juriste coordinateur	FR	2010	♂
1	Juriste coordinateur	NL	2010	♀
1	Médecin Junior	FR	01/05/2013	♀
1	Médecin coordinateur senior	NL	01/01/2013	♂
1	Médecin junior	FR	16/04/2013	♀
1	Médecin junior	NL	15/11/2013	♀
1	Secrétariat FR	FR	2012	♀
1	Secrétariat NL	NL	2012	♀
1	Assistant scanning	NL	01/09/2013	♀
	Equipe gestion dossier			
1	Juriste gestion dossier	FR	2012	♀
1	Juriste gestion dossier junior	FR	engagé 2013, en service en 2014	♀
1	Gestionnaire de dossier	FR	2011	♂
1	Gestionnaire de dossier	FR	01/04/2013	♀
1	Gestionnaire de dossier	FR	01/05/2013	♀
1	Juriste gestion dossier	NL	2012	♀
1	Juriste gestion dossier junior	NL	01/11/2013	♀
1	Gestionnaire de dossier	NL	2010	♀
1	Gestionnaire de dossier	NL	01/07/2013	♂
1	Gestionnaire de dossier	NL	à engager	
0,5	Economiste	FR	2012	♂
1	ICT coordinateur	NL	2011	♂
21,5	CADRE DU PERSONNEL 2013			
19,5	en service ou engagé			
2	à engager			

Les différentes actions de recrutement réalisées en 2013 au niveau du personnel peuvent être synthétisées comme suit :

Tableau 3			
1	Médecin Junior	FR	♀
1	Médecin coordinateur senior	NL	♂
1	Médecin junior	FR	♀
1	Médecin junior	NL	♀
1	Assistant scanning	NL	♀
1	Juriste gestion dossier junior	FR	♀
1	Juriste gestion dossier junior	NL	♀
1	Gestionnaire de dossier	FR	♀
1	Gestionnaire de dossier	FR	♀
1	Juriste gestion dossier junior	NL	♀
1	Gestionnaire de dossier	NL	♂
11	Personnes engagées en 2013	5 FR – 6 NL	9 ♀ - 2 ♂
7	Agents niveau A	3 FR – 4 NL	6 ♀ - 1 ♂
3	Agents niveau B	2 FR – 1NL	2 ♀ - 1 ♂
1	Agent niveau C	1 NL	1 ♀ - 0 ♂
Source : Fonds des accidents médicaux			

Il ressort de ces deux tableaux que 13 engagements étaient prévus pour 2013. Deux procédures de recrutement prévues en 2013 se sont donc poursuivies en 2014, dont celle relative au directeur général du FAM.

II. Expertise externe

Deux marchés publics ont été clôturés au second trimestre 2013 afin de constituer un réseau d'experts, tant sur le plan juridique que médical, pour permettre au FAM d'exécuter ses missions.

Au niveau juridique, le FAM dispose depuis lors d'un réseau d'avocats en mesure de traiter des dossiers contentieux dans l'ensemble du pays et de fournir des avis juridiques complets à la demande du FAM en dehors d'un contentieux particulier.

Au niveau médical, le réseau qui a été constitué permet désormais au FAM de disposer d'une réserve d'experts dans les différentes spécialités médicales. Ces experts sont sollicités pour intervenir dans les expertises unilatérales ou contradictoires organisées par le FAM dans la cadre de la gestion des demandes qu'il traite. Ces experts peuvent également être amenés, en dehors d'une expertise particulière, à fournir au FAM des explications d'ordre scientifiques liées à un ou plusieurs cas qui lui sont soumis dans des matières pour lesquelles le FAM ne dispose pas de suffisamment de ressources en interne.

Le réseau d'experts au niveau médical, constitué au terme de la procédure de marché public, ne permet pas toujours de satisfaire les besoins du FAM. Dans certains cas, le FAM ne dispose pas suffisamment d'experts pour une spécialité déterminée ou parfois ceux-ci ne peuvent pas être désignés pour des raisons d'incompatibilité ou d'agenda. C'est pourquoi, dès la clôture du marché public, le FAM a été et est encore constamment à la recherche de nouveaux experts pour étoffer son réseau et le compléter.

III. Outil

Un événement important pour le FAM fut son intégration au sein de l'INAMI au début de l'année 2013. Cette intégration a permis, de poursuivre et d'approfondir la collaboration avec les services ICT en ce qui concerne l'infrastructure, les projets de développement et les processus de travail.

En 2013, le lancement d'une série d'importants projets technologiques fut annoncé :

- le projet DAMO, acronyme de « Dossier Accidents Médicaux, - Medische Ongevallen ». Ce projet vise le développement et la mise en pratique d'une application informatique permettant la gestion et le traitement de types d'informations structurées et non structurées dans le contexte d'un dossier, et dont l'accès à ces informations est sécurisé ;
- la phase préliminaire du développement d'une technologie permettant d'envoyer des communications écrites entrantes et sortantes de manière numérique et uniformisée au départ et à destination du dossier électronique ;
- le système de gestion de la sécurité de l'information qui fait l'objet d'une attention particulière. Dans le cadre de ce programme, des actions ont été entreprises en vue d'améliorer le stockage des données médicales tandis que les travaux préparatoires ont été entamés concernant les audits de pré-certification.

Le lancement du projet DAMO a été précédé par une période de travail intensif sur la description des processus de travail et la définition des besoins fonctionnels pour le gestionnaire de dossiers que la technologie doit satisfaire. D'emblée, les fondements ont été jetés pour la sélection des partenaires en vue de la réalisation technologique du projet.

Partie 4

Statistiques d'activités

« missions » de la
période analysée et
commentaires

Dans cette partie, les statistiques d'activités « missions » seront présentées. Le FAM étant actif depuis le 1er septembre 2012, il est intéressant de mettre en évidence certaines tendances. Dans un premier temps, les statistiques du call center seront abordées. Celles-ci permettront notamment de voir si le nombre d'appels émis diminue ou si au contraire, le public continue de solliciter le call center. Les statistiques d'activités seront ensuite présentées afin de donner des informations générales concernant les dossiers et leur suivi au sein du FAM. Concernant ces statistiques d'activités, nous nous attacherons à faire un comparatif entre les données récoltées en 2012 et leur évolution pour l'année 2013.

I. Statistiques call center

Commençons donc par jeter un œil sur les statistiques du call center. Celles-ci sont reprises dans le tableau ci-dessous portant sur l'année 2013. On y retrouve le nombre total d'appels au cours de chaque mois, le volume d'appels décrochés dans les 30 secondes (service level), la proportion d'appels francophones et néerlandophones ou encore l'abandon rate correspondant au taux d'appels abandonnés par l'appelant avant d'obtenir la communication avec un opérateur.

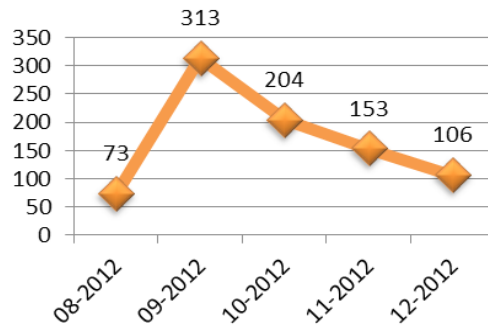
Reporting FAM	01-2013	02-2013	03-2013	04-2013	05-2013	06-2013	07-2013	08-2013	09-2013	10-2013	11-2013	12-2013	Moyenne Gemiddelde
Nombre total d'appels	139	114	109	96	78	59	68	53	107	128	96	77	95
Nombre total d'appels cumulés	139	253	362	458	536	595	663	716	823	951	1047	1124	-
Service Level	90%	95%	95%	95%	94%	89%	97%	90%	99%	95%	96%	93%	94,00%
Abandon rate	1%	0%	0%	2%	0%	1%	3%	5%	0%	0%	0%	1%	1,08%
NL rate	33%	35%	36%	24%	42%	29%	45%	53%	51%	32%	39%	35%	37,83%
FR rate	67%	65%	64%	76%	58%	71%	55%	47%	49%	68%	61%	65%	62,17%
FAQ rate	90%	89%	88%	96%	94%	91%	89%	90%	94%	93%	91%	93%	91,50%

Source : Fonds des accidents médicaux

Les principales informations fournies par ces tableaux concernent le nombre d'appels et la répartition linguistique des appels. En ce qui concerne le nombre d'appels reçus en 2013, le tableau ci-dessus fait ressortir un nombre moyen d'appel par mois inférieur à 100. Ceci représente une diminution par rapport à l'année précédente puisqu'en 2012, la moyenne était de 170 appels par mois. En ce qui concerne la répartition des appels, il est intéressant de constater que c'est au cours des premiers mois de l'année que le plus grand nombre d'appels est enregistré avec une petite remontée aux mois de septembre et octobre. On peut donc dire que le call center est toujours sollicité à l'heure actuelle mais dans des proportions qui tendent à diminuer par rapport à 2012. Ce qui est logique puisque 2012 était l'année de démarrage du FAM.

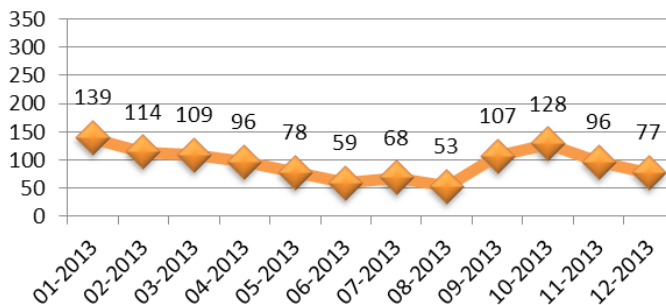
Par ailleurs, on constate également une très bonne réactivité au niveau du service puisque 94% des appelants sont mis en communication avec un agent dans les 30 secondes. Si l'on tient compte d'un taux d'abandon de 1,08%, cela signifie que moins de 5% des appelants doivent patienter plus de 30 secondes avant d'avoir un interlocuteur. C'est un chiffre bien meilleur qu'en 2012 mais qui peut aisément s'expliquer par le nombre moins important d'appels reçus par le call center.

Graphique 1 - Nombre d'appels par mois en 2012



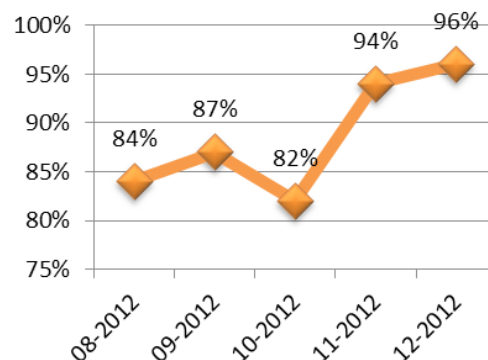
Source : Fonds des accidents médicaux

Graphique 2 - Nombre d'appels par mois en 2013

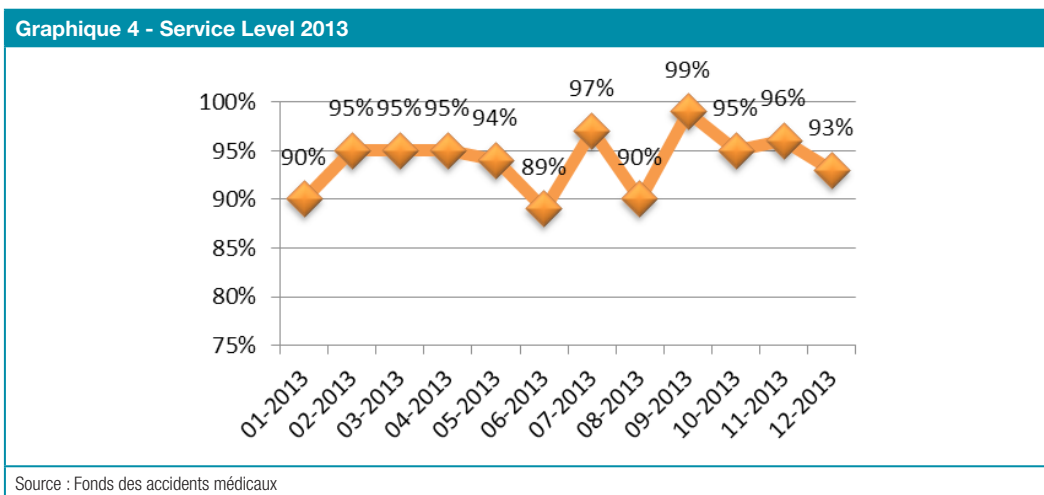


Source : Fonds des accidents médicaux

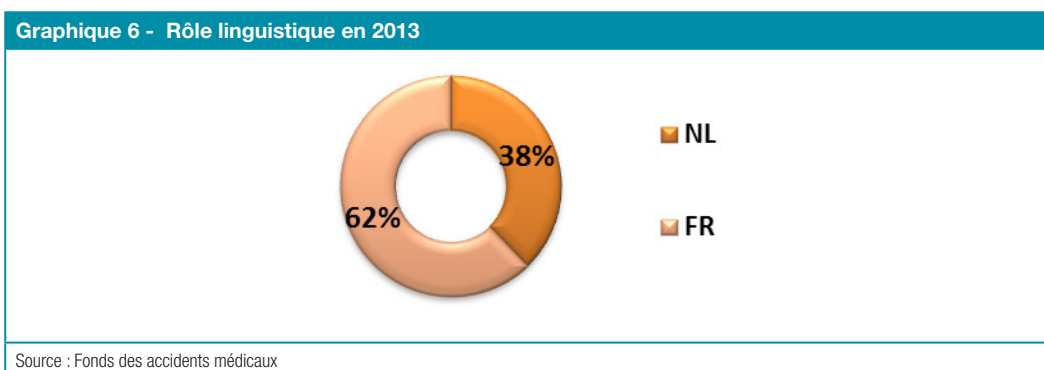
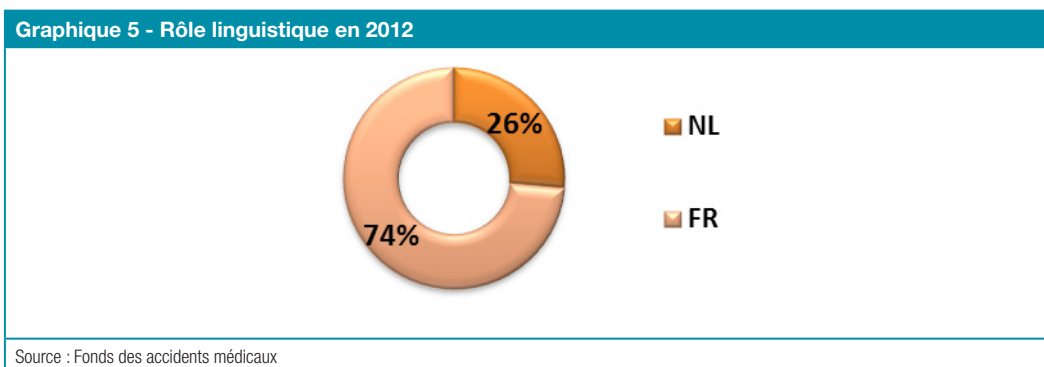
Graphique 3 - Service Level 2012



Source : Fonds des accidents médicaux



La deuxième constatation très intéressante que fait ressortir ce tableau concerne la répartition linguistique des appels. Comme on peut le constater sur les schémas ci-dessous, il y a eu au cours de cette année 2013 un rééquilibrage relatif des appels. En effet, même si la tendance reste en faveur des appels francophones, on constate qu'on est passé d'une proportion 3/4 – 1/4 à une proportion 2/3 – 1/3. Si on y regarde de plus près, on constate même que pour certains mois, la proportion d'appels néerlandophones est supérieure à celles des appels francophones (août et septembre 2013). Il faudra suivre attentivement cette répartition en 2014 afin de voir si cet écart continue à se résorber ou s'il se maintient à ce niveau.



Enfin, il est important pour le FAM de savoir quelles questions le public se pose à son sujet. C'est pourquoi une liste de FAQ a été créée afin de mieux informer le public et diminuer le nombre d'appels concernant ces questions. Ci-dessous se trouve la liste des FAQ depuis le mois d'août 2012 sur base de laquelle le FAQ rate du tableau ci-dessus a été déterminé. La moyenne de 91,50% que l'on obtient signifie simplement que 91,5% des appels émis auprès du call center concernent au moins une des questions ci-dessous. C'est un taux assez semblable à celui de 2012 qui était de 91%.

Frequently Asked Questions

Date de l'intervention par rapport à l'introduction d'un dossier.
 Demande d'envoi du formulaire par la poste.
 Recevabilité du dossier ?
 Comment transmettre le dossier ?
 Puis-je introduire pour x ?
 J'ai reçu un courrier du FAM, que dois-je faire ?
 Coexistence de procédures (fonds + justice) ?
 Pouvez-vous me donner le suivi de mon dossier ?

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

II. Statistiques d'activités – Missions

Abordons à présent les statistiques d'activités du FAM en précisant tout d'abord que ces statistiques se rapportent à la période Janvier 2013 – Décembre 2013. Un comparatif sera effectué avec l'année 2012 afin de pouvoir analyser l'évolution des données et tirer les conclusions nécessaires. Enfin, pour certaines statistiques, nous décrivons également l'évolution de la situation depuis le lancement du FAM en 2010.

Les différentes informations présentées ci-dessous concernent principalement des statistiques générales relatives aux dossiers introduits au cours de la période précitée. Parmi ces statistiques, on retrouvera la répartition linguistique et géographique, le lieu de l'accident ou encore le nombre de dossiers introduits et déjà clôturés. A côté de ces statistiques générales, on retrouvera également des informations relatives aux deux grandes phases du traitement des dossiers, comme par exemple la recevabilité de ceux-ci. Enfin, le délai entre l'ouverture d'un dossier et son état au 31.12.2013 sera analysé afin de le comparer au délai indicatif prévu dans la loi et d'appréhender la « gestion du stock » de dossiers déposés.

1. Dossiers ouverts, fermés, rouverts et répartition linguistique

Commençons par examiner la répartition linguistique des dossiers ainsi que leurs statuts d'une part pour l'année 2013 et d'autre part depuis le lancement du FAM.

Pour l'année 2013, la situation se présente comme suit :

Tableau 5				
Nombre de dossiers 2013	Langue			
Statut	D	F	N	Total
Fermé	-	38	12	50
Ouvert	6	455	580	1.041
Rouvert	-	5	-	5
Total	6	498	592	1.096

Source : Fonds des accidents médicaux

Le tableau ci-dessus nous indique que 1096 dossiers ont été introduits auprès du FAM en 2013. En ce qui concerne la répartition linguistique de ces dossiers, on constate une légère domination des dossiers néerlandophones avec 54% contre 45% pour les francophones. Il est intéressant de noter que par rapport à 2012, la tendance s'est inversée puisqu'on est passé de plus de 60% de dossiers francophones à 45% en 2013 alors que la part des dossiers néerlandophones est passée de 38% à 54%. Les dossiers germanophones restent, quant à eux, largement minoritaires dans l'ensemble des dossiers introduits.

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

Un dossier ouvert est un dossier qui a été introduit auprès du FAM et qui est toujours en traitement au sein de celui-ci. Il peut se trouver en phase 1 (détermination de sa recevabilité, réception des documents,...) ou en phase 2 (étude juridique ou médicale, expertise, ...).

A l'inverse, un dossier fermé est un dossier qui n'est plus en cours de traitement et ce pour diverses raisons : il a donné lieu à une indemnisation acceptée par toutes les parties, il a été jugé irrecevable administrativement, ... A ce jour, la plupart des dossiers fermés le sont à cause de leur irrecevabilité en phase 1.

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

Ces notions étant définies, on peut constater que la plupart des dossiers introduits en 2013 sont toujours ouverts ou rouverts à l'heure actuelle. En effet, seuls un peu moins de 5% des dossiers introduits en 2013 ont été clôturés.

Les tableaux et graphiques ci-dessous permettent de comparer cette situation spécifique à l'année 2013. La situation peut être comparée avec l'état des dossiers depuis le lancement du FAM.

Tableau 6				
Nombre de dossiers	Langue			Total
	D	F	N	
Fermé	-	102	44	146
Ouvert	8	715	716	1.439
Rouvert	-	18	3	21
Total	8	835	736	1.606

Source : Fonds des accidents médicaux

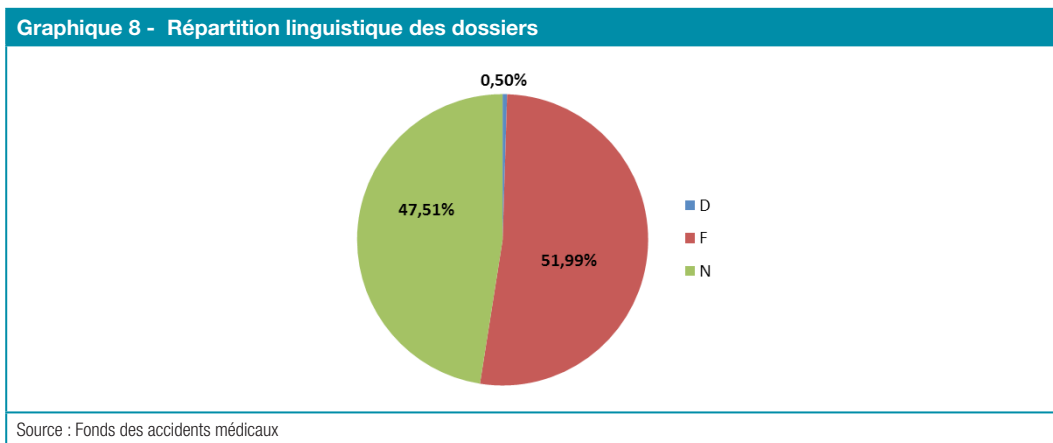
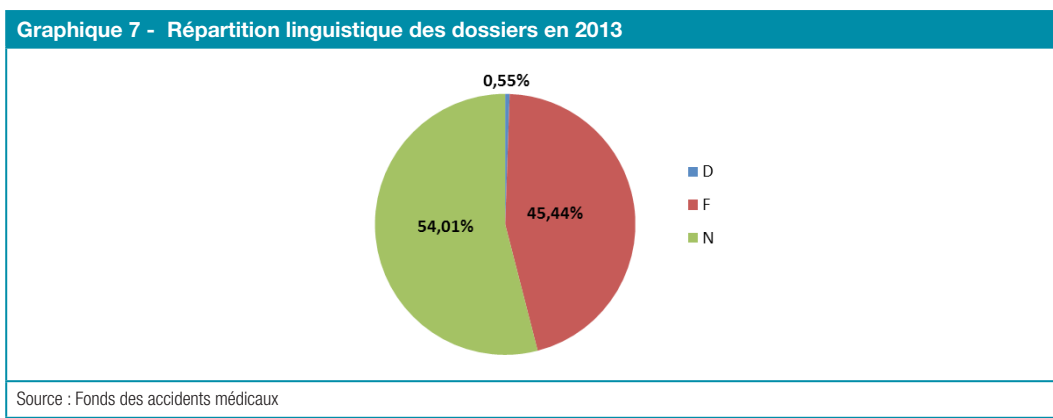


Tableau 7													
Année	Mois												
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	Algemeen totaal
2010					2	0	1	0	2	1	2	3	11
2011	6	2	3	1	4	1	2	1	9	4	1	2	36
2012	8	4	14	6	10	16	9	21	113	97	95	70	463
2013	143	96	108	93	65	84	57	62	105	107	105	71	1096
Total général	157	102	125	100	81	101	69	84	229	209	203	146	1606

Source : Fonds des accidents médicaux

A fin 2013, on constate que 1606 dossiers ont été déposés auprès du FAM dont 1096 en 2013, 463 en 2012, 36 en 2011 et 11 pour 2010. Depuis le lancement effectif en septembre 2012 du traitement des dossiers, il y a en moyenne une centaine de nouveaux dossiers par mois (91,3 en 2013 et 93,7 pour les 4 mois de traitement 2012). Il y a un stock de 135 dossiers datant d'avant la phase de traitement en septembre 2012.

Au niveau linguistique, on constate que la répartition 2013 entre dossiers néerlandophones et francophones se rééquilibre par rapport aux chiffres du rapport 2012.

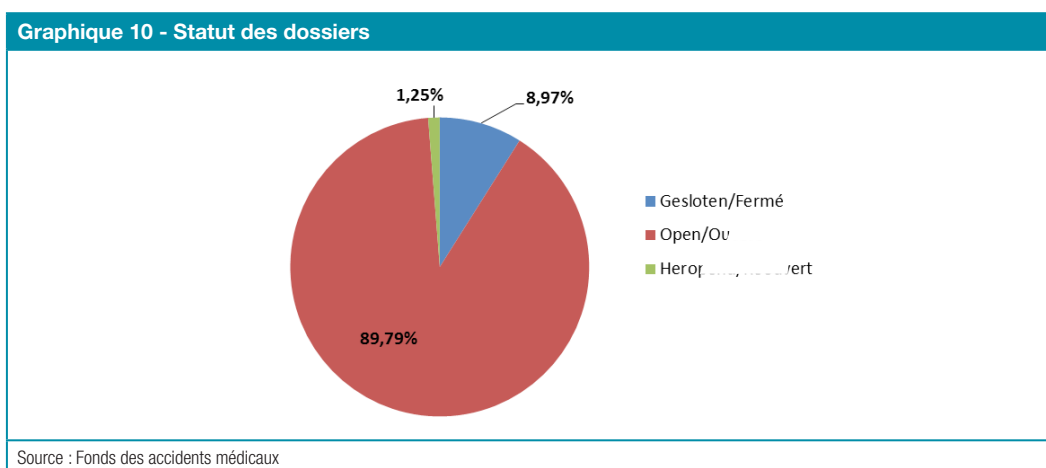
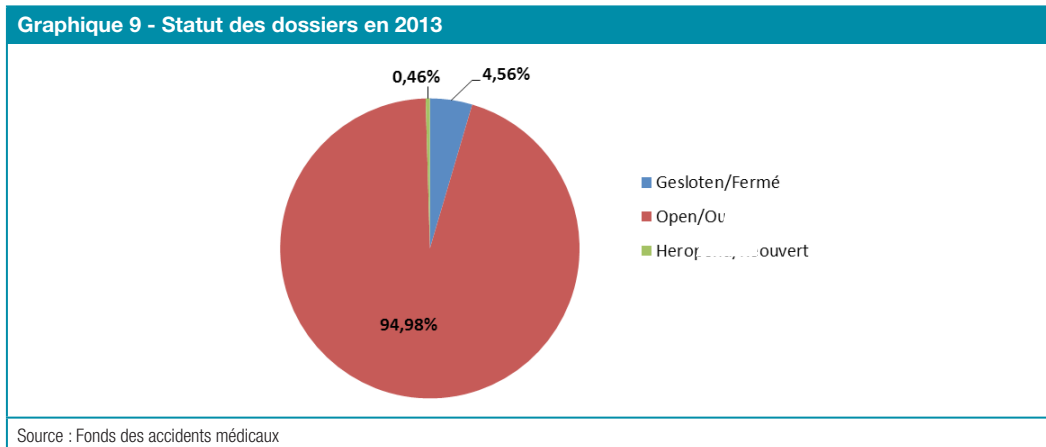


Tableau 8					
Année	Statut				
	Fermé	Rouvert	Ouvert	Total général	%
2010	9	0	2	11	82%
2011	21	1	14	36	58%
2012	66	14	383	463	14%
2013	50	6	1040	1096	5%
Total général	146	21	1439	1606	9%

Source : Fonds des accidents médicaux

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

Environ 5% des dossiers 2013 ont pu être clôturés en 2013 alors que sur le stock global et la période totale de traitement, on atteint un taux de clôture d'environ 9%, mais avec une évolution décroissante selon les années de dépôt.

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

Mais de toute manière, il est clair que la grande majorité des dossiers (au moins 85%) sont encore en traitement en cette fin d'année 2013. Nous devons donc constater un retard important et cumulé par rapport aux délais indicatifs repris dans la législation.

Tenant compte de ce tableau, on peut indiquer, à l'inverse du taux de clôture, que sur les 1606 dossiers déposés auprès du FAM depuis le début du FAM jusqu'en fin 2013, 1460 dossiers, soit en moyenne 91% des dossiers déposés, sont toujours ouverts et donc non clôturés fin 2013 (qu'ils le soient par un avis quant à la responsabilité ou l'indemnisation ou pour d'autres raisons – irrecevabilité, abandon de la procédure, etc.).

La répartition par année des dossiers encore ouverts indique cependant qu'ils sont de 71% pour des dossiers 2013, 27% pour des dossiers 2012, et moins de 2% des dossiers 2011 et 2010.

2. Répartition des dossiers par phase

La proportion de dossiers fermés, ouverts et rouverts étant présentée, il est intéressant de voir comment les dossiers ouverts et rouverts sont répartis au sein des différentes phases du processus. Comme dans le point précédent, il est utile de préciser brièvement ce que visent ces phases 1 et 2, avant de présenter les résultats.

La phase 1 est la phase initiale dans le traitement des dossiers ; il s'agit de la phase au cours de laquelle les gestionnaires de dossiers ouvrent le dossier et réunissent les documents nécessaires pour déterminer si ce dernier est recevable sur le plan administratif. Il s'agit donc d'une phase administrative qui débute par la réception de la demande d'avis de la victime ou de ses ayants droits et qui se termine lorsque la recevabilité administrative du dossier est déterminée. A ce moment, soit le dossier est irrecevable administrativement et il est fermé, soit il est recevable administrativement et on ouvre alors la 2ème phase de traitement. Cette seconde phase est sans doute la plus importante du processus puisque c'est au cours de celle-ci que vont se dérouler les études médicales et juridiques qui permettront au FAM de donner un avis sur la responsabilité et sur le droit à indemnisation. Cette deuxième phase se termine lorsque le FAM a rendu son avis. Une troisième phase consistera, le cas échéant, en l'émission de l'avis sur l'indemnisation proposée par le responsable du dommage ou de la proposition d'indemnisation du FAM.

Année	Phases				
	Phase 1 Initiale	Phase 2 Recherche	Total général	% Phase 1	% Phase 2
2010		2	2	0%	100%
2011	1	14	15	7%	93%
2012	18	379	397	5%	95%
2013	138	908	908	13%	87%
Total général	157	1303	1460	11%	89%

Source : Fonds des accidents médicaux

Le tableau ci-dessus laisse apparaître qu'en moyenne 89% de l'ensemble des dossiers introduits et non clôturés fin 2013 se trouvent dans la seconde phase de traitement, (évolution normale selon l'ancienneté des dossiers : entre 100% pour les dossiers 2010 et 87% pour les dossiers 2013)

Concernant la problématique évoquée du retard de traitement, il est important de constater que les dossiers 2013 qui se trouvent encore fin 2013 en phase 1 (138 soit 13%) constituent principalement des dossiers du dernier trimestre 2013 (115 sur 138). L'équipe essaye et réussit donc à traiter la phase 1 sans trop grand retard, sauf dossier complexe, et à faire passer au plus vite les dossiers vers la phase 2. Elle essaye également de finaliser la phase 2 dans l'ordre d'arrivée des dossiers (gestion par ancienneté) afin de ne pas (trop) augmenter le délai de traitement entre la date de dépôt et la finalisation de l'avis.

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

Le **délai moyen global par année de dépôts des dossiers** entre la date d'ouverture du dossier (début phase 1) et le **31/12/2013** pour les dossiers **encore ouverts** (1460 dossiers) est le suivant :

Tableau 10		
2010	503,5 jours calendriers	2 dossiers
2011	507,5 jours	15 dossiers
2012	433,9 jours	397 dossiers
2013	184,1 jours	1046 dossiers
Source : Fonds des accidents médicaux		

On ne peut pas parler ici d'un véritable délai moyen de traitement puisque nous n'analysons que les dossiers encore ouverts au 31.12.2013. De plus le délai comprend également des phases non actives d'attente de passage à une autre sous-phase principalement de la phase 2. Ces périodes d'attente s'expliquent par la saturation du nombre de dossiers par rapport à la capacité de les faire évoluer dans une sous-phase de traitement suivante.

Sachant que le délai indicatif légal est de 6 mois pour la phase 2 (remise d'un avis après recevabilité du dossier) et d'environ 1 à 2 mois pour la phase 1 (recevabilité), le délai indicatif légal global est de 7 à 8 mois, soit de 210 à 240 jours.

Sur cette base, le délai moyen global calculé couvre à la date du 31.12.2013 :

Tableau 11			
Année	X délai indicatif 240J	Retard x délai indicatif	Retard en jours
2010	2,09	1,09	263,5
2011	2,11	1,11	267,5
2012	1,80	0,80	193,9
2013	0,76	-0,24	-55,9
Source : Fonds des accidents médicaux			

Les causes de ce retard sont multiples et cumulatives :

- Le nombre d'agents de l'équipe interne du FAM par rapport au cadre prévu n'a été atteint qu'au dernier trimestre 2013
- Les expertises médicales externes n'ont pu être lancées qu'à partir de mai 2013 et elles sont souvent rendues dans un délai plus long qu'initialement prévu au sein des 6 mois de délai indicatif
- Un flux continu d'une centaine de nouveaux dossiers par mois entraîne actuellement une saturation par rapport au temps de traitement actuellement nécessaire.
- Les dossiers semblent généralement présenter un taux de gravité conséquent, induisant une analyse et une expertise plus longue que prévue.
- L'équipe n'est pas encore à 100% opérationnelle en vitesse de croisière du mode de traitement des dossiers. Pour beaucoup d'agents (gestionnaires, juristes ou médecins), il s'agit d'une première ou d'une récente expérience dans le domaine.
- Le FAM a démarré en septembre 2012 ; beaucoup de procédures sont dès lors encore dans une première mise en route ou doivent faire l'objet d'adaptations, ce qui ralentit le traitement.
- Le dimensionnement de l'équipe semble donc, par rapport au temps de traitement moyen dans les sous-phases et au flux continu de nouveaux dossiers, inférieur aux besoins pour respecter les délais indicatifs qui semblent également peu réalistes par rapport aux délais moyens de traitement tant internes qu'externes (expertises).

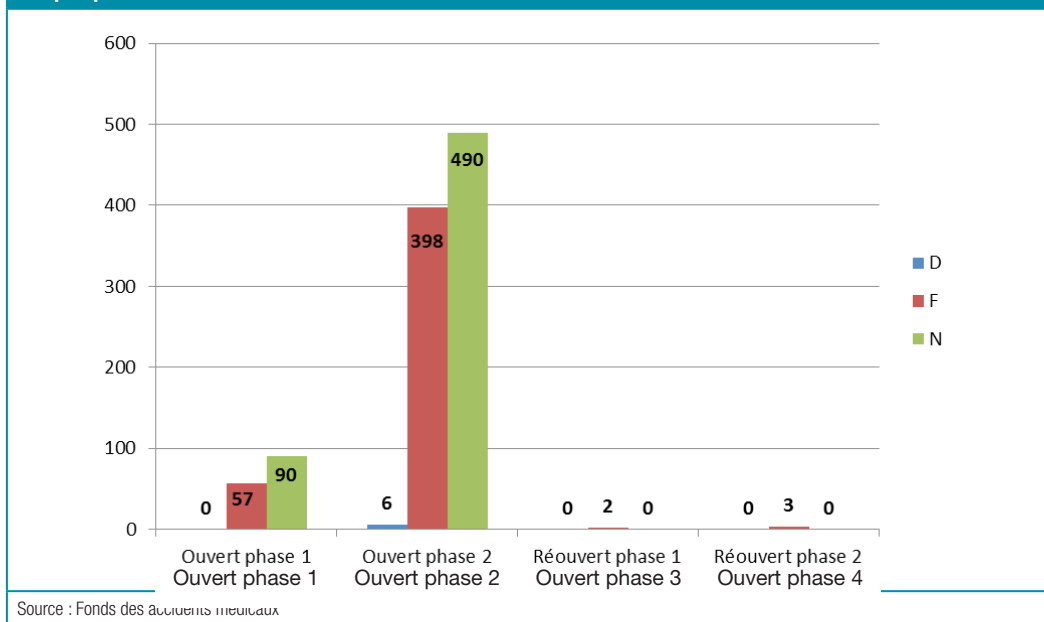
Suite à ces constats et après une analyse approfondie basée sur les statistiques de traitement plus détaillées enfin disponibles en 2014, la direction générale et le Comité de Gestion ont arrêté une série de mesures en mai 2014 :

- augmentation conséquente (environ le double) du cadre du personnel au niveau juristes et médecins,
- recours à des bureaux d'experts externes au niveau juridique, ...

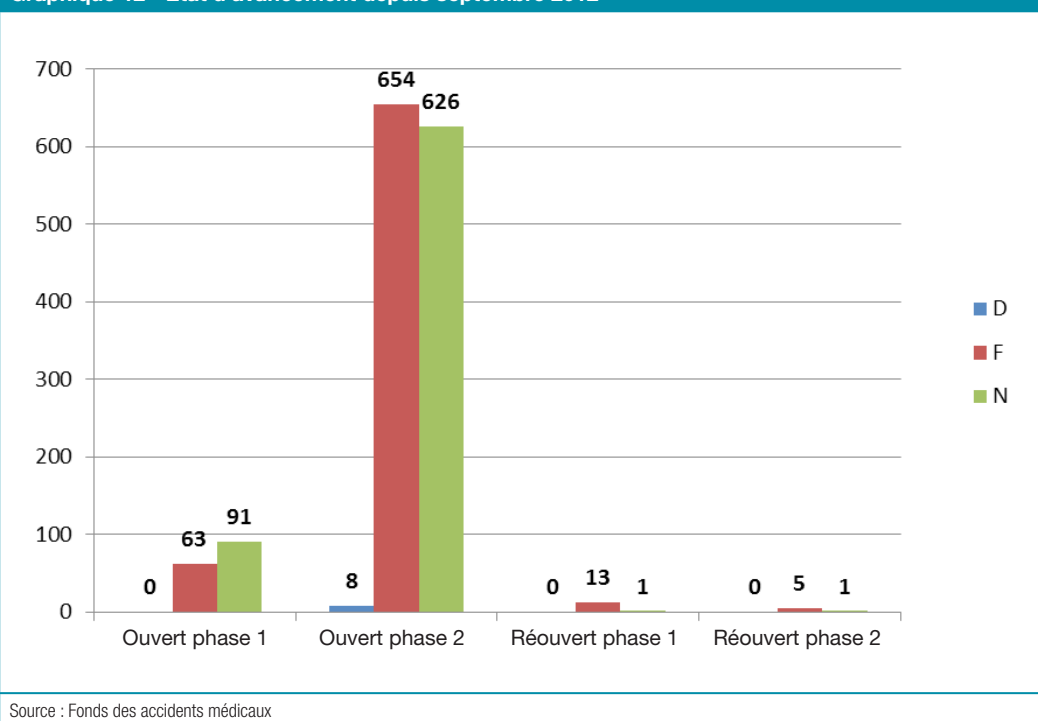
Cela implique une augmentation conséquente du budget de gestion surtout à partir de 2015 à obtenir des autorités si l'on souhaite que le FAM puisse remplir ses missions dans le respect d'un délai raisonnable de traitement.

Les graphiques ci-dessous donnent un aperçu de l'avancement, dans les deux phases, des dossiers introduits d'une part en 2013, et d'autre part depuis le lancement du FAM en septembre 2012, et ce, selon le rôle linguistique des dossiers.

Graphique 11 - Etat d'avancement en 2013



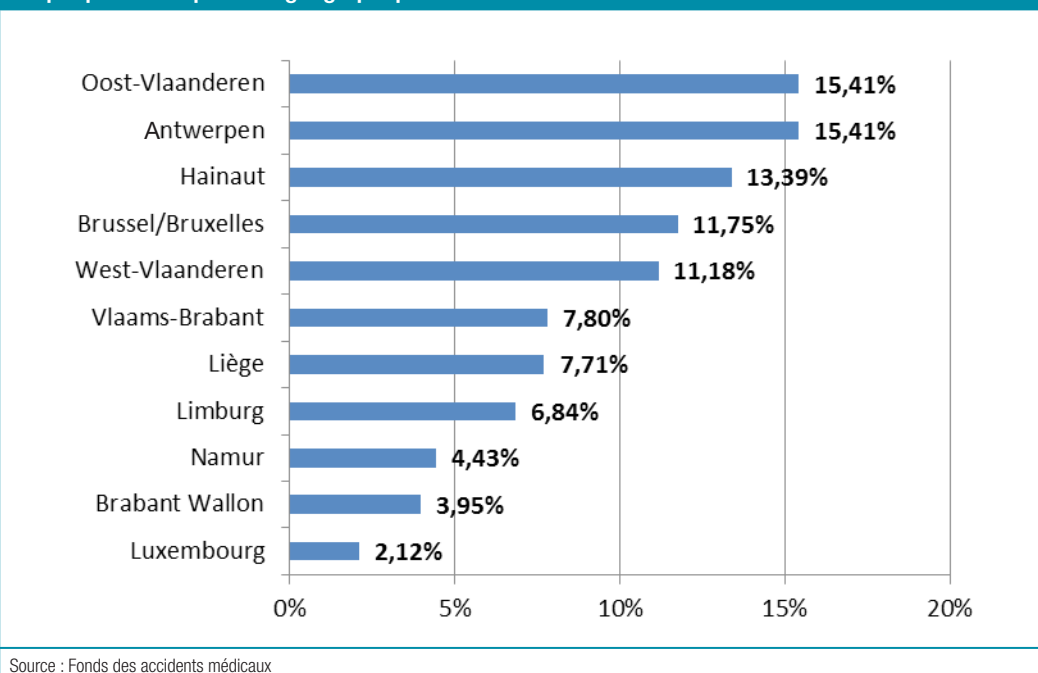
Graphique 12 - Etat d'avancement depuis septembre 2012



3. Répartition géographique des dossiers

En ce qui concerne la répartition géographique, il est important de préciser que les dossiers sont répartis en fonction du lieu de domicile du demandeur et non en fonction du lieu où s'est déroulé le sinistre. Ces statistiques apparaîtront dans le rapport 2014.

Graphique 13 - Répartition géographique 2013



La graphique décroissant ci-dessus permet de constater que deux provinces se situent en tête avec chacune 15,41% des demandes, à savoir la Flandre Orientale et Anvers. Derrière ce elles, se trouvent la province de Hainaut, la région de Bruxelles-Capitale et la Flandre Occidentale avec respectivement 13,39%, 11,75% et 11,18%. Enfin, la province de Luxembourg comprend seulement 2% de l'ensemble des demandes.

Sur le plan régional, 31,61% des dossiers sont introduits par des demandeurs domiciliés en Région Wallonne, 11,75% en Région de Bruxelles-Capitale et 56,64% en Région Flamande.

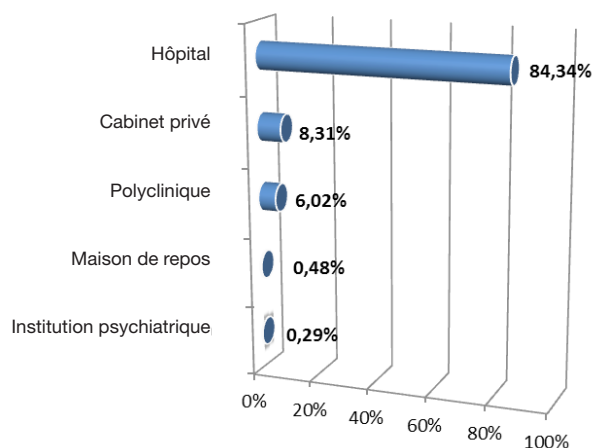
Par rapport à 2012, on constate un changement puisque le Hainaut arrivait en tête avec près de 20% des demandes devant Bruxelles-Capitale avec 17% et Liège avec 14%. Cette modification s'explique en partie par une très forte augmentation dans les provinces de « West-Vlaanderen » et « Oost-Vlaanderen » avec respectivement + 6,01% et +6,18% et une diminution générale dans les provinces wallonnes.

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

4. Répartition des dossiers par lieu (type) de la prestation de santé en lien avec le sinistre déclaré

Le relevé suivant concerne le lieu de la prestation de santé en lien avec le sinistre selon la déclaration du demandeur. Il permet d'indiquer la répartition des sinistres au sein des différents lieux où des prestations de soins de santé peuvent être fournies. Il convient de préciser que la mention du lieu est effectuée sur base de l'information émanant de la demande introduite ; il ne s'agit pas avec certitude du lieu où le sinistre a eu réellement lieu ; celui-ci peut être différent. En effet, il se peut que la victime déclare que le dommage résulte, selon elle, d'une prestation effectuée à l'hôpital, par exemple, mais que suite aux analyses réalisées par le FAM, il soit constaté que la prestation à l'origine du dommage a été effectuée ailleurs, dans un cabinet privé ou dans une maison de repos.

Graphique 14 - Lui de l'accident

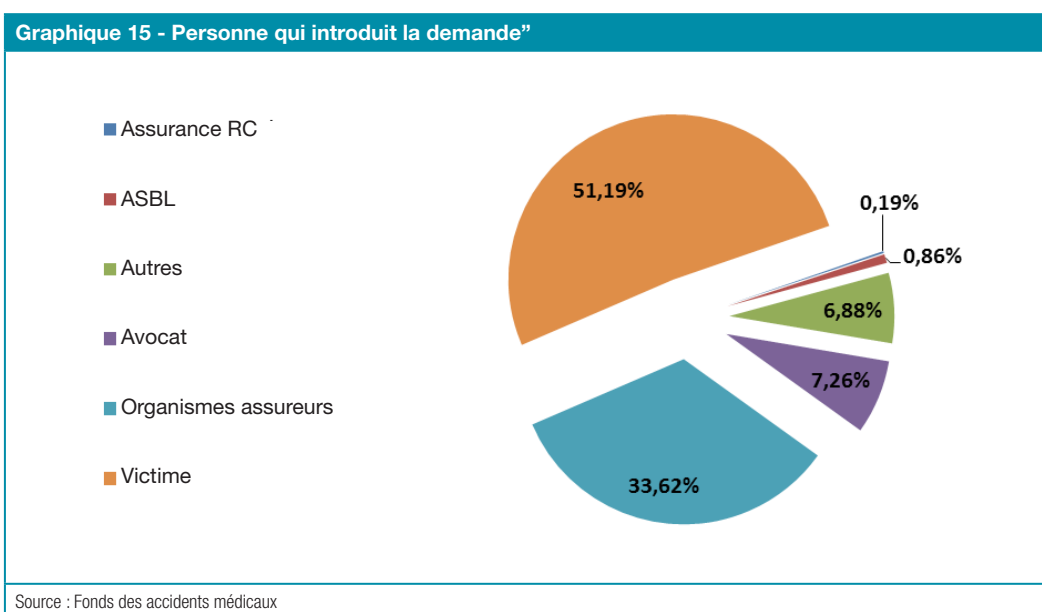


Source : Fonds des accidents médicaux

Le lieu de la prestation de soins de santé le plus fréquent est l'hôpital. En effet, plus de huit accidents sur dix surviennent en un tel établissement, que ce soit durant une hospitalisation ou en prestations ambulatoires au sein d'un hôpital. Très loin derrière les hôpitaux, apparaissent les cabinets privés avec 8,31% des sinistres et les polycliniques avec 6,02%. Enfin, certains dossiers font référence à des sinistres survenus dans une maison de repos ou une institution psychiatrique mais il s'agit de cas beaucoup plus rares.

5. Répartition des dossiers par la personne qui introduit la demande

La répartition des dossiers en fonction de l'introducteur de la demande est une donnée qui peut sembler anodine car une tendance pourrait être de penser que c'est la victime qui introduit directement la demande. Or, même si la majeure partie des dossiers sont effectivement introduits par elle, ce n'est pas le cas de tous les dossiers. Ainsi, comme l'indique le graphique ci-dessous, il peut arriver que la victime ne soit pas en mesure d'introduire la demande ou qu'elle préfère se faire assister par une tierce personne.



Le graphique ci-dessus souligne que, dans un cas sur deux, c'est la victime elle-même qui introduit la demande auprès du FAM. Ceci représente une diminution de 12% par rapport à l'année 2012. Celle-ci s'explique notamment par une augmentation substantielle du nombre de dossiers introduits par les organismes assureurs, qui a presque doublé en un an.

D'autres intervenants peuvent aussi introduire une demande pour la victime, il s'agit des avocats, pour environ 7% et des ASBL (organisations de patients, par exemple) pour environ 1%.

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

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

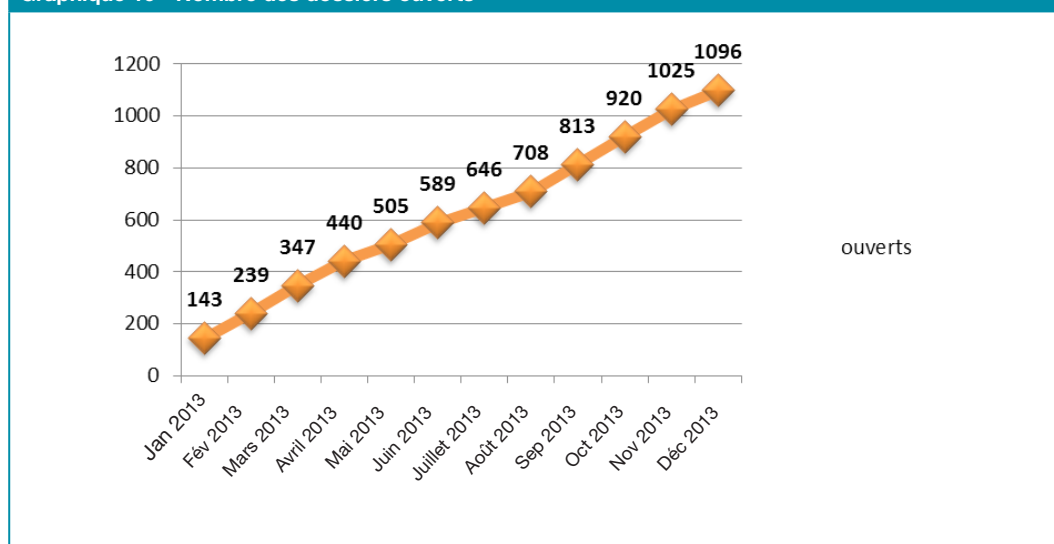
Les données relatives au nombre de dossiers introduits par mois permettent notamment de déterminer s'il y a une croissance constante du nombre de dossiers, s'il y a des périodes plus creuses ou à forte activité, ou encore si des effets de démarrage et si un rythme de croisière apparaissent.

Tableau 12

Mois	Nombre de dossiers	Dossiers cumulés
Jan 2013	143	143
Fév 2013	96	239
Mars 2013	108	347
Avr 2013	93	440
Mai 2013	65	505
Juin 2013	84	589
Juillet 2013	57	646
Août 2013	62	708
Sep 2013	105	813
Oct 2013	107	920
Nov 2013	105	1025
Déc 2013	71	1096
Total	1096	Moyen = 92/mois

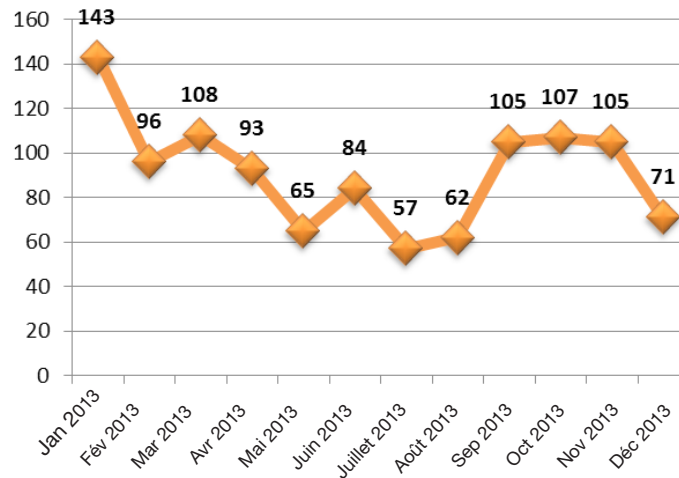
Source : Fonds des accidents médicaux

Graphique 16 - Nombre des dossiers ouverts



Source : Fonds des accidents médicaux

Graphique 17 - Nombre des dossiers



Source : Fonds des accidents médicaux

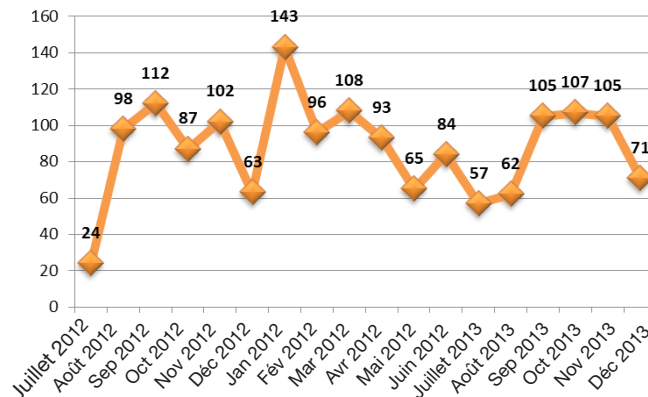
L'analyse du tableau et des graphiques précédents permet de tirer plusieurs enseignements concernant le nombre de dossiers introduits.

Tout d'abord, au regard du graphique du nombre de dossiers cumulés, on remarque une croissance assez constante durant toute l'année 2013. En effet, on se retrouve face à une ligne pratiquement droite qui montre que l'afflux de dossiers est relativement stable et continu avec une moyenne d'environ 92 dossiers par mois.

L'analyse des chiffres mois par mois permet toutefois de constater qu'il y a eu une introduction de dossiers plus importante dans le premier trimestre 2013 et de septembre à novembre 2013.

Afin de suivre l'évolution du nombre de dossiers entrants, il est intéressant de faire le même exercice, non plus pour la seule année 2013 mais depuis le lancement du FAM, en ce qui concerne le nombre de dossiers ouverts par mois. Cet exercice produit le graphique suivant.

Graphique 18 - Nombre des dossiers ouverts par mois



Source : Fonds des accidents médicaux

En moyenne d'août 2012 à décembre 2012, 97 dossiers ont été introduits chaque mois. Comparée à la moyenne 2013 de 92 dossiers, cela indique que le flux reste globalement constant après 16 mois de fonctionnement.

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

Le tableau suivant présente le nombre de dossiers clôturés par mois en phase 1 et 2 pour l'année 2013.

Tableau 13		
Mois	Nombre de dossiers fermés en phase 1	Nombre de dossiers fermés en phase 2
Jan 2013	13	
Fév 2013	7	
Mars 2013	8	1
Avril 2013	4	
Mai 2013	1	
Juin 2013	3	
Juillet 2013	1	
Août 2013	3	
Sep 2013	2	
Oct 2013	2	
Nov 2013	2	
Déc 2013	3	
Total	49	1

Source : Fonds des accidents médicaux

Un rapide coup d'œil sur ce tableau permet de constater que l'entièreté ou presque des dossiers clôturés l'ont été en phase 1, lors de la vérification administrative du dossier. Ce constat est normal, étant donné qu'au 31 décembre 2013, très peu de dossiers étaient suffisamment avancés dans la phase 2 pour pouvoir décider de les clôturer et ainsi arrêter l'évaluation médicale et juridique devant mener à un avis du FAM.

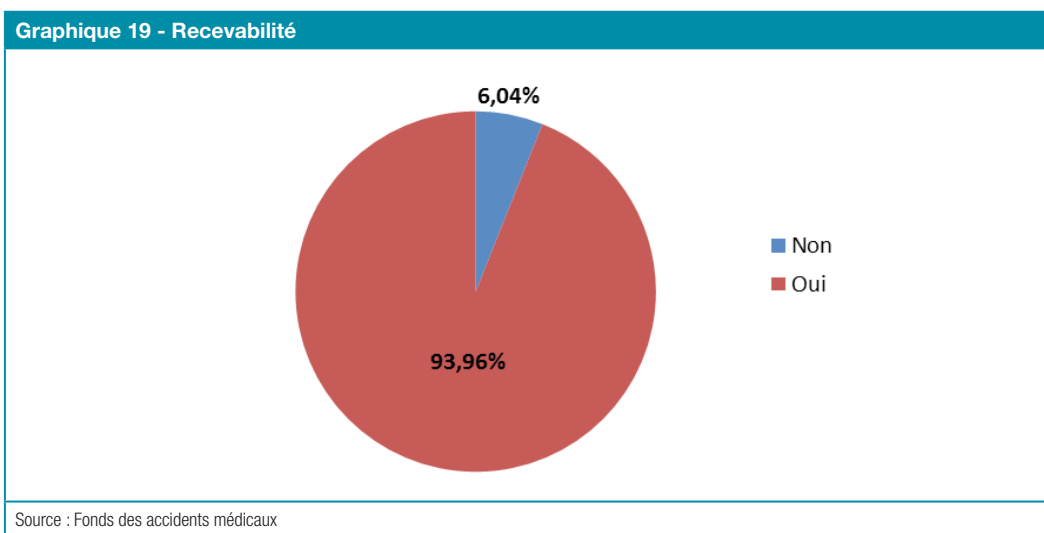
8. Nombre de dossiers recevables et irrecevables et répartition linguistique

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

Tableau 14				
Nombre de dossiers	Langue			Total
	D	F	N	
Recevabilité				
Non		41	20	61
Oui	6	405	538	949
Total	6	446	558	1010

Source : Fonds des accidents médicaux

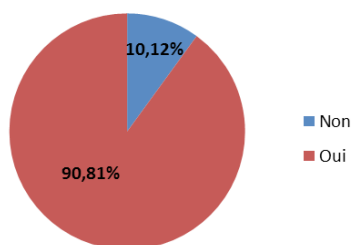
La différence de 86 dossiers qui existe entre le nombre de dossiers introduits en 2013 (1096) et le total des dossiers recevables ou irrecevables (1010) correspond aux dossiers pour lesquels on ne sait pas encore, à la date du 31 décembre 2013, s'ils sont recevables ou non administrativement (analyse en phase 1 pas encore faite sur les critères de recevabilité).



Le graphique ci-dessus laisse apparaître qu'en 2013, seuls 6% des dossiers introduits ont été irrecevables administrativement. Cela représente une diminution de près de 3,5% par rapport à 2012, ce qui semble logique puisque le public est censé être de mieux en mieux informé sur les procédures et les critères de recevabilité du FAM. Notamment la cause d'irrecevabilité basée sur la date du fait générateur (à partir d'avril 2010) est moins présente dans les dossiers introduits en 2013.

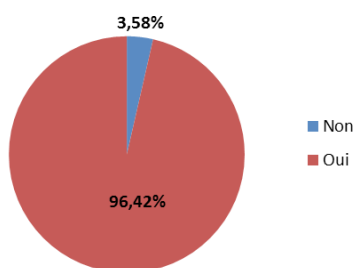
Il reste maintenant à voir si cette diminution générale des dossiers irrecevables provient davantage de dossiers francophones ou néerlandophones. Les graphiques ci-dessous fournissent une réponse à cette question :

Graphique 20 - Recevabilité FR



Source : Fonds des accidents médicaux

Graphique 21 - Recevabilité NL



Source : Fonds des accidents médicaux

D'emblée, on constate que, comme en 2012, la proportion de dossiers irrecevables est plus importante en ce qui concerne les dossiers francophones. Cependant, on constate une plus grande diminution (-2,8%) de l'irrecevabilité du côté francophone par rapport aux dossiers néerlandophones (-0,9%) entre 2012 et 2013.

4^e Partie bis
Données statistiques
Première interprétation
des données de
1 .000 déclarations

I. Introduction

- Les chiffres présentés dans ce rapport sont uniquement basés sur les demandes et les documents communiqués par les demandeurs. Il convient de toujours garder cette donnée à l'esprit dans le cadre de l'interprétation du rapport.
- Les chiffres donnent une image de la perception du demandeur au moment de la demande. Ils permettent d'avoir une meilleure idée de la raison pour laquelle une demande a été introduite: soit parce que le demandeur souhaitait obtenir des éclaircissements sur une complication, soit parce qu'il soupçonnait une faute ou un accident médical remboursable.
- Les chiffres ne permettent toutefois pas de savoir si la demande est justifiée et ne permettent aucunement de savoir s'il y a une responsabilité ou un « accident médical sans responsabilité » (AMSR) au sens de la loi.
- Les constatations suivantes, basées sur ces premières statistiques, sont cependant importantes pour l'avenir.
 - Les chiffres donnent une image de la gravité des demandes. La plupart des demandes concernent des complications graves ou probablement graves :

93 décès, 383 cas graves d'invalidité permanente (IP) ou d'incapacité de travail temporaire (ITT), au total 476/1000, c.-à-d. près de la moitié des demandes.
 - Les chiffres donnent également une image des catégories de prestataires de soins, des spécialités, qui sont le plus concernées par les demandes. Il n'est pour le moment pas encore possible d'en indiquer la cause. Une explication pourrait se trouver dans le fait que certaines spécialités comportent davantage d'actes chirurgicaux. Ce sont les traitements chirurgicaux qui donnent le plus souvent lieu à des demandes. Naturellement, d'autres explications ne sont à priori pas à exclure. Les chiffres permettent au FAM de s'orienter : le FAM prêter une attention particulière aux prestations de soins qui donnent lieu au plus grand nombre de demande et ce, pour quelque raison que ce soit : on en recherchera les causes ; l'action suivante sera prise en concertation avec les prestataires de soins concernés et/ou via leurs associations professionnelles.
 - Enfin, les chiffres donnent une image des traitements qui donnent le plus souvent lieu à des demandes. Il convient encore une fois d'insister sur le fait que les chiffres actuels ne permettent absolument aucune évaluation de la qualité des traitements ni des prestataires de soins concernés.

II. Critères de gravité

1. Généralités

Les critères relatifs à la « gravité du dommage » sont définis à l'article 5 de la loi relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé (LIDS) ; ils sont au nombre de quatre . La première analyse (sur la base de la demande et des premières données du dossier) ne comprend pas le critère « dommage qui occasionne des troubles particulièrement graves, y compris d'ordre économique, dans les conditions d'existence du patient » (art. 5, 3°), parce que cette donnée est trop incertaine lors de la demande, c.-à-d. préalablement à une évaluation médicale par le FAM.

Les critères incapacité de travail temporaire (ITT), invalidité permanente (IP) et décès ont été pris en compte.

2. Nombre de patients qui répondent peut-être aux critères décès, invalidité permanente (IP) ou incapacité de travail temporaire (ITT)

Tableau 15 - Patients décédés (art. 5, 4°)

Décès	93/1000
--------------	---------

Tableau 16 - Demandes avec une invalidité permanente présumée de 25% ou plus (art. 5, 1°)

I.P.	≥25%	<25%	Inconnue
	296	584	27

Tableau 17 - Demandes avec une incapacité de travail temporaire présumée (art.5,2°)

ITT	≥6m	<6m	Inconnue
	204	690	13

Tableau 18 - Demandes avec soit une I.P. $\geq 25\%$, soit une ITT ≥ 6 mois, soit la combinaison des deux		
BI $\geq 25\%$	TAO $\geq 6m$	Aantal (BI en/of TAO)
x	x	117
-	x	87
x	-	179
		Total: 383
Source : Fonds des accidents médicaux		

3. Nombre total de patients avec indices sérieux que le dommage atteint le seuil de gravité visé à l'article 5

il s'agit du nombre de patients qui répondent aux critères de gravité décès, ITT, IP ou ITT et IP combinées

$$= 93 \text{ (décès)} + 383 \text{ (ITT et/ou IP)} = 476.$$

c.à.d. **47,6% des demandes**

4. Conclusion

Environ la moitié des demandes concernent des dossiers dans lesquels il y a des indices que le dommage est suffisamment grave. Avant le lancement du FAM, la question avait été posée de savoir si le FAM ne serait pas submergé de demandes concernant des complications de moindre importance. Cette crainte s'avère jusqu'à présent non justifiée.

5. Répartition par spécialité des 476 cas qui répondent aux critères de gravité

Prestataire de soins	Nombre	% (arrondi)	% cumulé
Orthopédie	137	28,80	28,80
Gynécologie-obstétrique	52	10,90	39,70
Chirurgie générale	43	9,00	48,70
Neurochirurgie	37	7,80	56,50
Anesthésie	29	6,00	62,50
Médecine générale	15	3,20	65,70
Chirurgie vasculaire	14	3,00	68,70
Art infirmier	14	3,00	71,70
Ophthalmologie	12	2,60	74,30
Médecine d'urgence	10	2,10	76,40
Chirurgie cardiaque	9	1,90	78,30
Otorhinolaryngologie	9	1,90	80,20
Radiologie	9	1,90	82,10
Urologie	9	1,90	84,00
gastroentérologie	8	1,70	85,70
Cardiologie	8	1,70	87,40
Indéterminé	6	1,30	88,70
Neurologie	6	1,30	90,00
Pédiatrie	5	1,10	91,10
Pneumologie	5	1,10	92,20
Physiothérapie et rééducation fonctionnelle	4	0,80	93,00
Oncologie	4	0,80	93,80
Médecine interne générale	3	0,60	94,40
Psychiatrie	3	0,60	95,00
Sage-femme	2	0,40	95,40
Discipline chirurgicale inconnue	2	0,40	95,80
Soins intensifs	2	0,40	96,20
Chirurgie thoracique	2	0,40	96,60
Chirurgie plastique	2	0,40	97,00
Hôpital	2	0,40	97,40
Dentiste généraliste/inconnu	2	0,40	97,80
Chirurgie maxillofaciale et stomatologie	2	0,40	98,20
Discipline interniste inconnue	2	0,40	98,60
Hématologie	1	0,20	98,80
Radiologie	1	0,20	99,00
Radiothérapie	1	0,20	99,20
Rhumatologie	1	0,20	99,40
Médecine adm.	1	0,20	99,60
Bandagiste-orthésiste-prothésiste	1	0,20	99,80
Gériatrie	1	0,20	100,00

Source : Fonds des accidents médicaux

III. Prestataires de soins

Tableau 20 - Prestataires de soins qui étaient probablement concernés			
Spécialité des prestataires de soins	Nombre	%	% cumulé
Orthopédie	286	28,6	28,6
Gynécologie-obstétrique	94	9,4	38,0
Chirurgie générale	84	8,4	46,4
Neurochirurgie	64	6,4	52,8
Anesthésie	54	5,4	58,2
Ophthalmologie	32	3,2	61,4
Dentiste généraliste/inconnu	30	3,0	64,4
Médecine d'urgence	28	2,8	67,2
Médecine générale	27	2,7	69,9
Indéterminé	25	2,5	72,4
Art infirmier	24	2,4	74,8
Urologie	24	2,4	77,2
Gastroentérologie	24	2,4	79,6
Chirurgie vasculaire	24	2,4	82,0
Radiologie T	23	2,3	84,3
Otorhinolaryngologie	19	1,9	86,2
Cardiologie	19	1,9	88,1
Chirurgie plastique	15	1,5	89,6
Chirurgie cardiaque	11	1,1	90,7
Chirurgie maxillofaciale et stomatologie	11	1,1	91,8
Médecine interne générale	10	1,0	92,8
Neurologie	8	0,8	93,6
Hôpitaux	6	0,6	94,2
Kinésithérapie	6	0,6	94,8
Oncologie	6	0,6	95,4
Pédiatrie	6	0,6	96,0
Pneumologie	6	0,6	96,6
Physiothérapie et rééducation fonctionnelle	5	0,5	97,1
Psychiatrie	4	0,4	97,5
Chirurgie thoracique	4	0,4	97,9
Médecine administrative	2	0,2	98,1
Anatomopathologie	2	0,2	98,3
Soins intensifs	2	0,2	98,5
Sage-femme	2	0,2	98,7
Gériatrie	2	0,2	98,9
Radiothérapie	2	0,2	99,1
Dermatologie	1	0,1	99,2
Hématologie	1	0,1	99,3
COM	1	0,1	99,4
Bandagiste-orthésiste-prothésiste	1	0,1	99,5
Radiologie D	1	0,1	99,6
Rhumatologie	1	0,1	99,7
MRS	1	0,1	99,8
Transport de patients	1	0,1	99,9
Autres formes de médecine alternative	1	0,1	100,0

Source : Fonds des accidents médicaux

IV. Lieu

L'endroit où les soins ont été dispensés et/ou où les complications ont été provoquées peut à l'avenir s'avérer important dans le cadre de la prévention ; on pense par exemple aux problèmes en cas d'infections.

Le lieu est également enregistré dans l'analyse médicale. Pour le moment, seuls les chiffres bruts suivants peuvent être présentés, parce que l'analyse ne pourra être faite de façon suffisamment précise qu'après qu'une expertise aura été réalisée dans la plupart des dossiers.

Hôpitaux	865
Non-hôpitaux	106
Indéterminé	29

Sur la base de l'enregistrement administratif jusqu'au mois d'avril 2014 (programme « Genidoc »), nous obtenons les chiffres suivants (total 1447, réduit à 1000).

Hôpitaux	841
Non-hôpitaux	159
Indéterminé	0

Le fait que l'enregistrement administratif est effectué par le gestionnaire administratif, sur la base de la déclaration, alors que l'encodage médical est réalisé par un médecin après la première analyse du dossier médical, explique qu'il y a davantage de nuances. Nous pensons par exemple à une infection qui est constatée dans un hôpital, mais qui a peut-être été provoquée extra-muros, que ce soit ou non suite à une prestation de soins (iatrogène). Après l'analyse finale, quand toutes les données seront connues grâce à l'étude du dossier ou à l'expertise, ces relations pourront donc de nouveau changer.

V. Prestation de soins

Ces chiffres correspondent au type de prestation de soins réalisée (thérapie, diagnostic, surveillance, soins). Certaines prestations de soins, par exemples les actes portant sur la colonne vertébrale (souvent des opérations), sont dispensées par différentes disciplines. Il va de soi que nous devons tenir compte du nombre absolu de prestations de soins dispensées par chaque spécialité, pour pouvoir déterminer si l'une ou l'autre spécialité génère plus de demande que les autres. Si c'est le cas, le FAM peut examiner cela à un stade ultérieur, en collaboration avec les disciplines concernées.

Cette catégorie est développée à titre d'exemple dans les tableaux suivants : tout d'abord la sous-catégorie « action générale » et ensuite la sous-catégorie « diagnostic ».

Tableau 23- Betrokken zorgverstreking			
Action	Nombre	%	% cumulé
Orthopédie	224	22,4	22,4
Général	158	15,8	38,2
Spinal	98	9,8	48,0
Chirurgie abdominale	59	5,9	53,9
Anesthésie	55	5,5	59,4
Gynécologie	52	5,2	64,6
Obstétrique	38	3,8	68,4
Art dentaire	33	3,3	71,7
Ophtalmologie	31	3,1	74,8
Vasculaire	24	2,4	77,2
Imagerie médicale	22	2,2	79,4
Uro-andrologie	21	2,1	81,5
Nez-gorge-oreilles	20	2,0	83,5
Soins/transfert	19	1,9	85,4
Cardiologie	18	1,8	87,2
Médecine interne	17	1,7	88,9
Indéterminé	14	1,4	90,3
Nerfs périphériques	14	1,4	91,7
Chirurgie cardiaque	13	1,3	93,0
Chirurgie thoracique	12	1,2	94,2
Chirurgie plastique	11	1,1	95,3
Chirurgie cérébrale	9	0,9	96,2
Oncologie	7	0,7	96,9
Kinésithérapie	7	0,7	97,6
Médecine d'urgence	7	0,7	98,3
Maxillofaciale	5	0,5	98,8
Pneumologie	2	0,2	99,0
Neurologie	2	0,2	99,2
Radiothérapie	2	0,2	99,4
Anatomopathologie	2	0,2	99,6
Dermatologie	2	0,2	99,8
Paramédical	1	0,1	99,9
Institution	1	0,1	100,0

1. Prestation de soins - sous-catégorie « général »

La catégorie « général » est une sous-catégorie de « prestation de soins ». Elle contient des prestations de soins variées. Le nombre relativement élevé de dossiers dans lesquels le diagnostic est remis en question est frappant, mais pas vraiment inattendu. L'action « médication » comprend tous les problèmes de médication, tant les effets secondaires que les problèmes d'indication, de dosage ou d'administration.

Tableau 24 - Quelques sous-catégories	
Action	Nombre
Diagnostic	100
Médication	30
Sonde-drain-cathéter	13
Perfusion	9
Pas d'action	3
Observation	3

2. Prestation de soins - sous-catégorie « Diagnostic »

La sous-catégorie « diagnostic » a été développée par prestataire de soins. Il s'avère que la plupart des demandes dans le cadre d'éventuels problèmes de diagnostic concernent des médecins d'urgence et des médecins généralistes, qui totalisent ensemble 40 % des demandes. Ici aussi, nous insistons sur le fait qu'il s'agit encore de problèmes de diagnostics perçus, pour lesquels il n'est pas possible de décider s'il s'agit d'une conséquence d'une « faute ou d'une négligence » ou s'il s'agit d'une « erreur non fautive de diagnostic » (LIDS art. 2, 7°).

Tableau 25 - Déclaration (total=100) de problèmes de diagnostic, par prestataire de soins			
Prestataire de soins	Nombre	%	% cumulé
Médecine d'urgence	21	21,0	21,0
Médecine générale	20	20,0	41,0
Orthopédie	9	9,0	50,0
Neurologie	6	6,0	56,0
Gynécologie-obstétrique	6	6,0	62,0
Chirurgie générale	4	4,0	66,0
Gastroentérologie	3	3,0	69,0
Pneumologie	3	3,0	72,0
Indéterminé	3	3,0	75,0
Pédiatrie	3	3,0	78,0
Neurochirurgie	2	2,0	80,0
Cardiologie	2	2,0	82,0
Médecine interne générale	2	2,0	84,0
Anesthésie	2	2,0	86,0
Maladies internes	1	1,0	87,0
Urologie	1	1,0	88,0
Chirurgie vasculaire	1	1,0	89,0

Tableau 25 - Déclaration (total=100) de problèmes de diagnostic, par prestataire de soins (suite)			
Prestataire de soins	Nombre	%	% cumulé
Dermatologie	1	1,0	90,0
Physiothérapie et rééducation fonctionnelle	1	1,0	91,0
Soins intensifs	1	1,0	92,0
Radiologie	1	1,0	93,0
COM	1	1,0	94,0
Oncologie	1	1,0	95,0
Psychiatrie	1	1,0	96,0
Rhumatologie	1	1,0	97,0
Hôpital	1	1,0	98,0
Dentiste général/inconnu	1	1,0	99,0
Gériatrie	1	1,0	100,0
	total = 100		

Source : Fonds des accidents médicaux

VI. Le premier dommage

La rubrique « premier dommage » indique à hauteur de quelle structure corporelle (organe, membre, région) le dommage a été occasionné.

Le premier dommage doit donc être distingué de la « lésion permanente », qui est la cause finale de l'invalidité ou du décès.

Par exemple, une paralysie (lésion permanente) peut être causée par une lésion cérébrale (premier dommage) ou par une lésion de la moelle épinière (premier dommage). Par exemple, une infection de la prothèse de hanche (premier dommage) peut provoquer, après une endocardite, une lésion de la valvule cardiaque (lésion permanente).

1. Premier dommage - général

Tableau 26 - Lésions d'origine			
Damage	Nombre	%	% cumulé
Locomoteur (non spinal)	222	22,2	22,2
Spinal	126	12,6	34,8
Neurologique périphérique	113	11,3	46,1
Gastro-intestinal	111	11,1	57,2
Cérébral	62	6,2	63,4
Général	50	5,0	68,4
Ophthalmologique	39	3,9	72,3
Uro-néphrologique	37	3,7	76,0
Dentaire	34	3,4	79,4
Indéterminé	32	3,2	82,6
Plastique et esthétique	28	2,8	85,4
Oncologique	27	2,7	88,1
Vasculaire	27	2,7	90,8
Voies respiratoires	23	2,3	93,1
Cardiologique	23	2,3	95,4
Obstétrique	15	1,5	96,9
Nez-gorge-oreilles	9	0,9	97,8
Gynécologique	8	0,8	98,6
Anesthésie	4	0,4	99,0
Endocrinologique	4	0,4	99,4
Psychique	2	0,2	99,6
Inconnu	2	0,2	99,8
Irrigation sanguine	1	0,1	99,9
Radiothérapeutique (*)	1	0,1	100,0
(*) Catégorie distincte en raison des multiples tissus concernés et du caractère spécifique			
Source : Fonds des accidents médicaux			

2. Infections nosocomiales : aperçu

Les infections nosocomiales sont des infections qu'un patient contracte pendant un traitement à l'hôpital. Environ 1/5 des demandes concernent des infections nosocomiales. Les demandes ne concernent qu'une fraction minime du nombre total d'infections nosocomiales, qui est estimé pour la Belgique à plus de 100 000 cas chaque année. Les chirurgiens orthopédistes (notamment prothèses des articulations de la hanche et du genou) sont fortement représentés, mais aussi les chirurgiens généraux (chirurgie générale) et les gynécologues. Ensemble, ces trois groupes de prestataires de soins sont concernés par 60 % des demandes relatives à des infections nosocomiales.

a. Aperçu par type de dispensateur de soins

Tableau 27 - Aperçu des infections nosocomiales réparties par catégorie de prestataires de soins - Nombre : 207/1000			
Spécialité du prestataire de soins	Nombre	% (arrondi)	% cumulé
Orthopédie	50	24,20	24,20
Chirurgie générale	38	18,30	42,50
Gynécologie-obstétrique	37	17,80	60,30
Gastroentérologie	11	5,20	65,50
Urologie	9	4,20	69,70
Neurochirurgie	7	3,40	73,10
Art infirmier	6	2,90	76,00
Médecine générale	5	2,40	78,40
Cardiologie	5	2,40	80,80
Anesthésie	4	1,90	82,70
Chirurgie plastique	4	1,90	84,60
Indéterminé	4	1,90	86,50
Dentiste général/inconnu	3	1,50	88,00
Médecine d'urgence	3	1,50	89,50
Ophthalmologie	3	1,50	91,00
Otorhinolaryngologie	2	1,00	92,00
Maxillofaciale et stomatologie	2	1,00	93,00
Médecine interne générale	2	1,00	94,00
Radiologie thérapeutique	2	1,00	95,00
Pédiatrie	2	1,00	96,00
Chirurgie vasculaire	2	1,00	97,00
Chirurgie thoracique	1	0,50	97,50
Physiothérapie et rééducation fonctionnelle	1	0,50	98,00
Soins intensifs	1	0,50	98,50
Radiologie diagnostique	1	0,50	99,00
Chirurgie cardiaque	1	0,50	99,50
Hôpital	1	0,50	100,00
	Total = 207		

Source : Fonds des accidents médicaux

b. Répartition par type de prestation de soins

Les interventions orthopédiques, abdominales (opérations de l'estomac) et gynécologiques sont en tête de classement (elles totalisent 52 %, ce qui correspond à la prévalence par discipline concernée).

Tableau 28 - Infections nosocomiales réparties par catégorie de traitement			
Type d'action	Nombre	%(arrondi)	Cumul %
Orthopédie	43	20,70	20,70
Chirurgie abdominale	34	16,30	37,00
Gynécologie	32	15,50	52,50
Général	31	15,00	67,50
Spinal	12	5,70	73,20
Médecine interne	11	5,30	78,50
Uro-andrologie	9	4,35	82,85
Anesthésie	5	2,40	85,25
Obstétrique	5	2,40	87,65
Art dentaire	3	1,45	89,10
Ophtalmologie	3	1,45	90,55
Chirurgie plastique	3	1,45	92,00
Vasculaire	2	1,00	93,00
Nez-gorge-oreilles	2	1,00	94,00
Cardiologie	2	1,00	95,00
Chirurgie cardiaque	2	1,00	96,00
Soins/transfert	2	1,00	97,00
Indéterminé	2	1,00	98,00
Dermatologie	1	0,50	98,50
Imagerie médicale	1	0,50	99,00
Chirurgie maxillofaciale	1	0,50	99,50
Chirurgie thoracique	1	0,50	100,00
	Total = 207		

Source : Fonds des accidents médicaux

VII. La lésion permanente : cause de l'invalidité ou du décès

Il s'avère que l'invalidité qui touche finalement les victimes résulte surtout de lésions du système locomoteur ou de lésions de la moelle épinière, des racines nerveuses et des nerfs, qui concernent ensemble près de la moitié (47,5 %) des demandes.

Tableau 29 - Aperçu des causes de l'invalidité (ou du décès)			
Lésion permanente	Nombre	%	Cumul %
Locomoteur	241	24,1	24,1
Spinal	126	12,6	36,7
Neurologique périphérique	108	10,8	47,5
Général (non spécifié)	90	9,0	56,5
Gastro-intestinal	86	8,6	65,1
Cérébral	76	7,6	72,7
Ophthalmologique	40	4,0	76,7
Uro-andrologique	38	3,8	80,5
Indéterminé	34	3,4	83,9
Dentaire	31	3,1	87,0
Oncologique	22	2,2	89,2
Cicatrices-infections superficielles	20	2,0	91,2
Nez-gorge-oreilles	20	2,0	93,2
Cardiaque	16	1,6	94,8
Voies respiratoires	13	1,3	96,1
Gynécologique	10	1,0	97,1
Chirurgie plastique	9	0,9	98,00
Obstétrique	8	0,8	98,8
Vasculaire périphérique	5	0,5	99,3
Psychique	4	0,4	99,7
Endocrinologique	1	0,1	99,8
Multiple	1	0,1	99,9
Tétanos	1	0,1	100,0

VIII. Conclusion

Nous souhaitons insister sur le fait que ces chiffres représentent exclusivement ce qui est ressorti des 1000 premières demandes. Ils donnent toutefois une image de la perception que s'en font les demandeurs, mais ce n'est qu'après les expertises et les décisions juridiques finales dans les avis du FAM que l'on verra dans quelle mesure cette perception sera confirmée ou infirmée.

5^e Partie

Informations financières «
missions »

Après avoir abordé les statistiques relatives aux activités « missions » du FAM, il convient de jeter un œil sur le budget et le coût potentiel de ces différentes missions pour le FAM. C'est pourquoi cette 5ème partie est consacrée aux informations financières et plus particulièrement aux budgets 2013 et 2014 du FAM. Ces budgets seront présentés en deux parties, une partie relative aux missions du FAM et une partie relative aux dépenses de fonctionnement du FAM (budget de gestion).

Depuis plus de deux ans maintenant, de nombreuses expertises ont été réalisées par le FAM et quelques dossiers semblent pouvoir donner lieu à une indemnisation de la part du FAM. Le FAM procède d'ailleurs actuellement à la détermination des premiers montants d'indemnisations et les premières indemnisations effectives arriveront probablement dans le courant de l'année 2014. Cependant, la conséquence de cette absence d'indemnisation effective à ce jour est qu'il n'est pas possible de fournir de statistiques sur la nature et les montants d'indemnisations.

En revanche, nous aborderons ci-dessous les statistiques financières relatives aux coûts des expertises nécessaires à la bonne exécution des missions du FAM. En effet, de nombreuses expertises ont déjà été réalisées à ce jour. Cette dernière partie permettra donc d'avoir une idée plus précise du coût des expertises réalisées par le FAM.

I. Budget 2013 et 2014 – Missions

Le tableau ci-dessous présente les moyens mis à disposition du FAM en 2013 pour exécuter ses missions.

Tableau 30	
Rubrique	Budget 2013
8157 – Contentieux relatif aux missions de l'institution	110.000
8158 – Honoraires autres que pour le contentieux	805.000
80500 – Prise en charge des frais incombant aux bénéficiaires :	8.924.977
• Indemnisations : 5.111.870 EUR	
• Sinistres catastrophiques : 1.910.748 EUR	
• Infections nosocomiales : 556.829 EUR	
• EMA : 1.345.530 EUR	
Total	9.839.977

Le tableau ci-dessous présente les moyens mis à la disposition du FAM en 2014 pour exécuter ses missions.

Tableau 31	
Rubrique	Budget 2014
8157 – Contentieux relatif aux missions de l'institution	110.000
8158 – Honoraires autres que pour le contentieux	805.000
80500 – Prise en charge des frais incombant aux bénéficiaires :	11.665.329
• Indemnisations : 5.111.870€	
• Sinistres catastrophiques : 1.910.748€	
• Infections nosocomiales : 556.829€	
• EMA : 1.345.530€	
Total	12.580.329

Le contentieux relatif aux missions du FAM représente le montant estimé pour payer des avocats dans le cadre d'éventuelles 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 FAM 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 FAM 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 de sinistres et les expertises médicales amiables qui seront réalisées.

Ces budgets « missions » ont été établis sur base d'une étude KCE (rapport 107B : « Indemnisation des dommages résultant de soins de santé ») et dans les limites accordées par le gouvernement (montant annuel, à charge des frais d'administration de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, fixé par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres selon l'article 10 de la loi du 31 mars 2010) tenant compte du risque raisonnable d'indemnisation en 2013 et 2014 vu la durée de traitement d'un dossier. En effet, le budget normal et initial est nettement plus élevé en tenant compte du nombre de cas simulés et calculés par le KCE.

Dans la suite de ce rapport, nous confronterons ces budgets avec les dépenses de missions réalisées en 2013 et plus particulièrement les dépenses liées aux expertises qu'elles soient unilatérales ou contradictoires.

II. Budget 2013 et 2014 - 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 FAM au quotidien.

Les tableaux ci-dessous reprennent les budgets de gestion du FAM respectivement pour les années 2013 et 2014.

Tableau 32 - Rubrique 2013		
	Total	%
Personnel	1.058.784	42,9%
Fonctionnement ordinaire	620.239	25,1%
Investissements mobiliers	21.000	0,9%
Fonctionnement informatique	700.000	28,3%
Investissements informatiques	70.000	2,8%
Total budget de gestion	2.470.023	100%

Tableau 33 - Budget 2014		
	Total	%
Personnel	1.300.243	49,1%
Fonctionnement ordinaire	546.155	20,6%
Investissements mobiliers	21.273	0,8%
Fonctionnement informatique	709.000	26,8%
Investissements informatiques	71.000	2,7%
Total budget de gestion	2.647.671	100%

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 FAM (gestionnaires de dossiers, médecins, experts juridiques, économiste, ...) mais aussi les dépenses de fonctionnement ordinaire et informatique ainsi que les investissements mobiliers et informatiques nécessaires pour la création d'applications spécifiques au FAM ou encore la réalisation d'un système de gestion de dossiers performant.

Il faut noter que le budget 2013 a été adapté à deux reprises en cours d'année afin d'effectuer des transferts de l'enveloppe personnel vers l'enveloppe du fonctionnement ordinaire, ces transferts n'ayant pas d'impact sur le budget de gestion global.

En ce qui concerne le budget 2014, celui-ci a été revu quelque peu à la hausse afin de tenir compte de la réalité des engagements du personnel et des autres besoins sur base de l'exercice 2013.

Pour ce qui est de la répartition du budget de gestion du FAM, on constate sans surprise que les dépenses de personnel sont les plus importantes avec plus de 40% du budget de gestion. On retrouve ensuite les dépenses de fonctionnement nécessaires pour que le FAM puisse exercer les missions qui lui sont confiées dans les meilleures conditions possibles et notamment grâce au développement d'un outil informatique performant de gestion des dossiers.

III. Statistiques financières concernant les missions

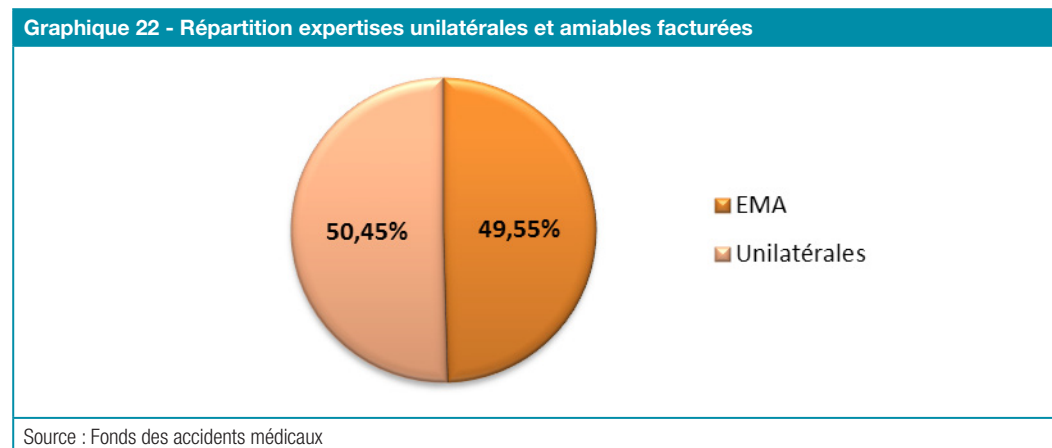
Il est temps maintenant de passer aux statistiques « missions » du FAM. En effet, comme dit précédemment, de nombreuses expertises ont été réalisées par le FAM et ont permis de récolter certaines données financières relatives aux missions du FAM. Nous nous attacherons donc, dans cette partie, à fournir des statistiques et informations concernant le coût de ces expertises. Nous devons nous limiter aux expertises pour l'instant, étant donné qu'aucune indemnisation n'a été effectivement octroyée à ce jour.

Les statistiques qui seront présentées ci-dessous, concernent principalement le coût des expertises et la répartition des coûts entre les expertises unilatérales et contradictoires.

Le tableau ci-dessous résume les données relatives aux expertises facturées depuis le démarrage du FAM (arrêtées au 28/05/14) :

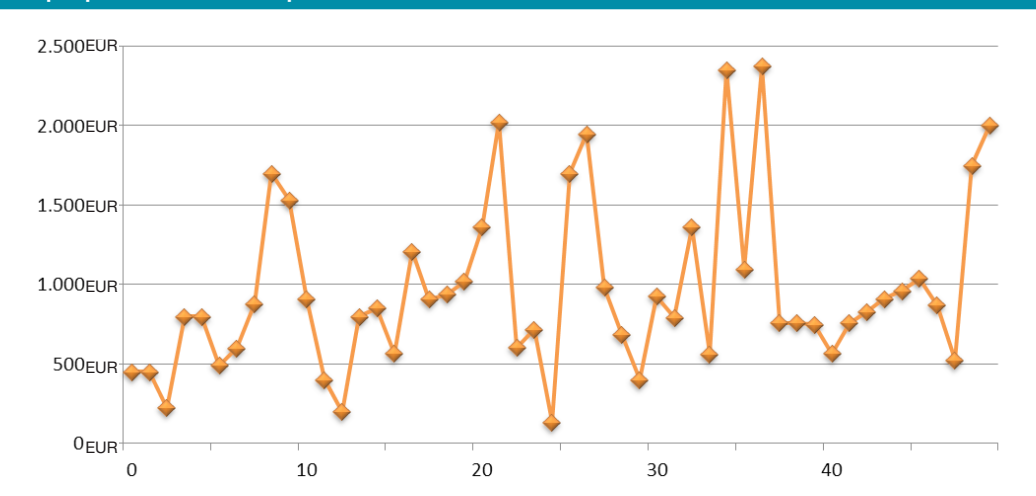
Type d'expertise	Nombre d'expertises facturées	Coût total	Coût moyen
EMA	55	73.678,56 EUR	1.339,61 EUR
Unilatérales	56	58.079,43 EUR	1.037,13 EUR
Total	111	131.757,99 EUR	-

Il ressort de ce tableau que le nombre d'expertises facturées est assez semblable, qu'il s'agisse d'expertises amiables ou unilatérales. En effet, comme le montre le graphique ci-dessous, les proportions d'expertises unilatérales et amiables facturées sont respectivement de 49,55 % et 50,45 %.



En ce qui concerne le coût de ces expertises, c'est sans surprise que l'on constate que les EMA (Expertises médicales amiables effectuées) sont plus onéreuses avec un coût moyen de 1.339,61 € contre 1.037,13 € pour les expertises unilatérales. Ce tableau est intéressant mais ne donne pas de détail sur la fourchette de coût des expertises. En effet, il est utile de voir si toutes les expertises se situent dans le même ordre de coût ou bien si quelques expertises font gonfler la moyenne. C'est pourquoi les graphiques ci-dessous reprennent l'ensemble des expertises facturées et leurs coûts respectifs.

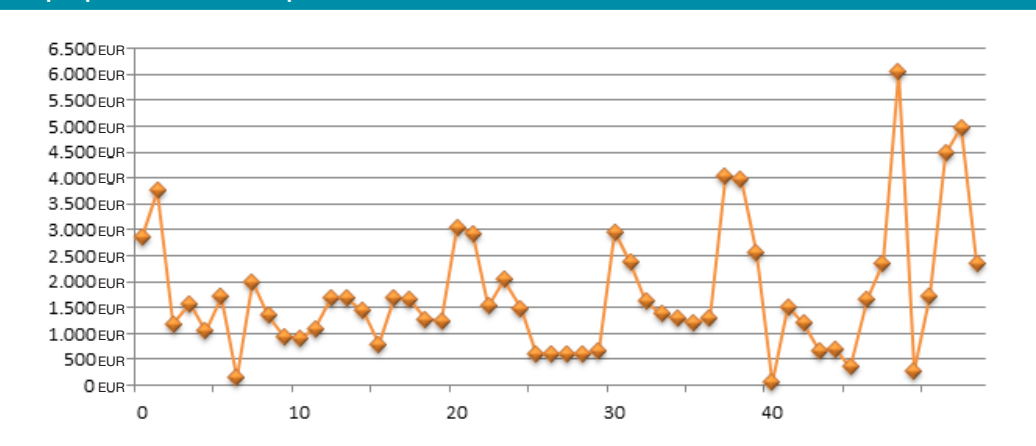
Graphique 23 - Coût des expertises unilatérales



Source : Fonds des accidents médicaux

On peut constater sur ce graphique que les coûts des expertises unilatérales sont relativement homogènes. En effet, ceux-ci se situent tous entre 50 et 2.500€ avec une moyenne proche de 1.000€ comme mentionné ci-dessus.

Graphique 24 - Coût des expertises médicales amiables



Source : Fonds des accidents médicaux

Par rapport au graphique précédent, il apparaît que les coûts des expertises amiables sont beaucoup plus variables. En effet, ceux-ci se situent dans une marge plus large comprise entre 50 et 6.000 €. Cependant, il faut nuancer cette constatation car la plupart des coûts naviguent entre 100 et 2.500€, tout comme pour les expertises unilatérales. Enfin, il est à noter qu'une expertise facturée à 13.400 € a été exclue du graphique des EMA afin de faciliter la lecture de ce dernier. Néanmoins, il est évident que cette facture a été prise en compte pour les différents calculs de coûts ci-dessus.

6^e Partie

Recommandations pour prévenir les dommages résultants de soins de santé

La loi du 31 mars 2010 prévoit que le rapport annuel d'activités contient les recommandations du FAM pour prévenir les dommages résultant de soins de santé. En effet, cette loi attribue au FAM, à côté de sa mission principale d'indemnisation et de contrôle de l'indemnisation, une mission de prévention sur base des constats pouvant être établis à la lumière du traitement des dossiers déposés et des discussions générales qui peuvent se faire jour au sein du comité de gestion du FAM. Dans cet esprit, les statistiques seront de plus en plus précises pour dessiner véritablement les profils des dossiers (lieu de la prestation, type de prestations, dispensateurs impliqués, pathologies concernées, dommages causés, etc.) et permettre d'identifier et de discuter des mesures de prévention utiles à éviter la survenance des dommages.

Le Fonds des accidents médicaux n'a pas de recommandations à émettre pour l'instant en raison du faible nombre de dossiers clôturés à la date du 31 décembre 2013.

7^e Partie
Avis du FAM

La loi du 31 mars 2010 prévoit que le rapport annuel comprend les avis du FAM sur toute matière en rapport avec ses missions (indemnisation et prévention), et ce à la demande par exemple du ministre compétent mais également d'initiative. Ici également, outre les recommandations internes issues du Comité de gestion, en vue de clarifier la procédure et les processus internes de gestion des dossiers et des avis requis sur la gestion (budget, personnel, etc.) ou sur la législation (notamment sur la nouvelle loi intégrant le FAM à l'INAMI), il est encore trop tôt pour émettre des avis ou des propositions quant à d'éventuelles modifications utiles de l'actuelle loi du 31 mars 2010 ou pour envisager d'autres éléments en rapport avec le traitement des demandes et dossiers.

Cependant, parmi les avis du Comité de gestion, il lui a semblé utile de faire part de ceux qui suivent et qui peuvent éclairer les interlocuteurs du FAM sur certains éléments.

I. Position du Comité de gestion au sujet du caractère gratuit de la procédure et des postes de dommages indemnifiables

Le FAM est confronté aux demandes de victimes qui souhaitent recevoir une indemnisation relative à d'autres postes de dommages, tels que des frais administratifs (copies, etc.), des frais de transports, des frais d'expertises techniques, frais de conseillers, etc. Le FAM doit-il indemniser ces postes au nom du caractère « gratuit » de la procédure ? Que recouvre la notion de « gratuité » de la procédure ?

Le Comité de gestion propose de considérer que la gratuité de la procédure ne concerne que le traitement interne du dossier ainsi que les expertises (unilatérales et contradictoires) diligentées par le FAM. Tous les autres postes ne sont pas inclus dans ce caractère gratuit de la procédure.

En outre, lorsque le FAM indemnise un patient (que ce soit dans le cadre d'un accident médical sans responsabilité ou dans le cadre d'un sinistre avec responsabilité dont le dommage est supérieur au seuil de gravité contesté par le dispensateur et/ou son assureur). Le FAM doit-il prendre en charge les frais d'avocat ? les frais d'autres conseils des parties ?

Le Comité de gestion propose de ne pas prendre en charge ces différents postes d'indemnisation. La loi du 21 avril 2007 relative à la répétabilité des honoraires et des frais d'avocat n'est pas d'application.

II. Position du Comité de gestion au sujet du concept de dommage anormal et d'accident médical sans responsabilité (AMSR)

1. La loi et les « indicateurs » pour l'accident médical sans responsabilité

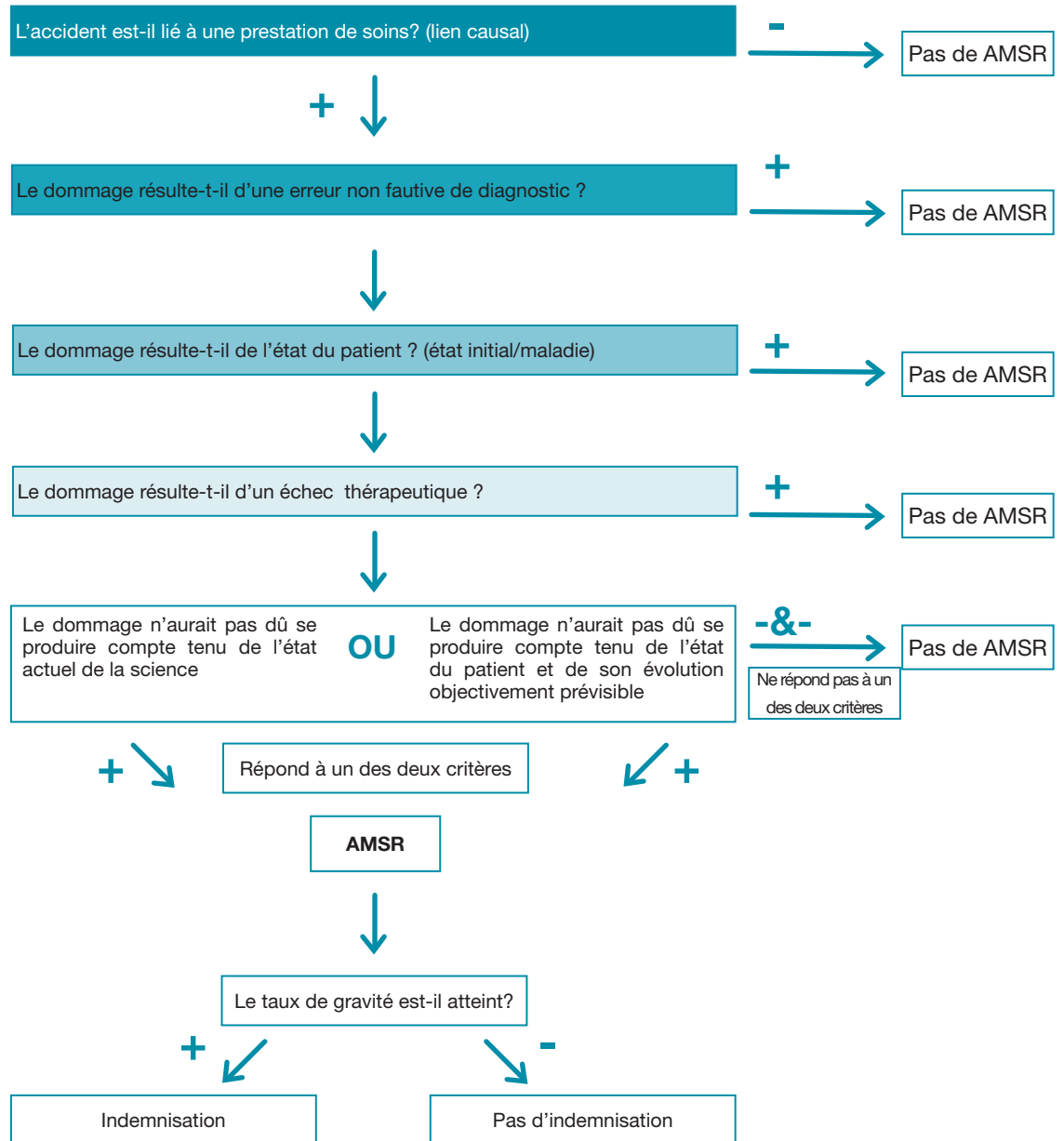
La loi, art. 2, §7°:

« L'accident médical sans responsabilité»: un accident lié à une prestation de soins de santé, qui n'engage pas la responsabilité d'un prestataire de soins, qui ne résulte pas de l'état du patient et qui entraîne pour le patient un dommage anormal. Le dommage est anormal lorsqu'il n'aurait pas dû se produire compte tenu de l'état actuel de la science, de l'état du patient et de son évolution objectivement prévisible. L'échec thérapeutique et l'erreur non fautive de diagnostic ne constituent pas un accident médical sans responsabilité;

Schéma des critères¹

1. Le dommage est la conséquence d'une prestation de soins
et
2. Le dommage ne résulte pas de l'état du patient/ de sa pathologie d'origine
et
3. Le dommage n'est pas la conséquence d'une erreur non fautive de diagnostic
et
4. Le dommage n'est pas la conséquence d'un échec thérapeutique
ET :
5. **Soit:** le dommage n'aurait pas dû se produire compte tenu de l'état actuel de la science
6. **Soit:** le dommage n'aurait pas dû se produire compte tenu de l'état du patient et de son évolution objectivement prévisible

2. Algorithme dommage anormal



3. Les indicateurs

But des indicateurs: Développer une méthodologie du FAM pour concrétiser l'interprétation des concepts. Il ne s'agit pas d'introduire de nouveaux critères mais plutôt de nommer des indicateurs qui se retrouvent implicitement dans la loi ou dans les commentaires de celle-ci. Les indicateurs doivent favoriser une évaluation objective et la transparence mais aussi permettre une motivation conséquente des avis.

a. Identifier le niveau le plus élevé de la science: "Le dommage est évitable"

- Il existe une autre technique thérapeutique
- Cette autre technique thérapeutique aurait été applicable en l'espèce
- Cette autre technique thérapeutique ne conduit, avec un niveau de quasi-certitude, probablement pas à la même complication (ou effet secondaire) ou à une complication (effet secondaire) d'une gravité comparable ou supérieure.
- Cette autre technique thérapeutique a un taux de succès identique ou comparable.

Les moyens pour mettre en évidence l'autre technique thérapeutique :

- Littérature médicale Niveau d'évidence A (Etude randomisée et contrôlée avec un grand nombre de données)
- Littérature médicale Niveau d'évidence B (Données limitées ou données non en rapport avec la population cible)
- Littérature médicale Niveau d'évidence C (Etude non randomisée ou études d'observation)
- Littérature médicale Niveau d'évidence D (Opinion d'expert basée sur l'expérience ou synthèse de la recherche)
- L'opinion non publiée d'un spécialiste de la branche concernée
- L'opinion de l'expert

b. Etat du patient et son évolution objectivement prévisible – « imprévisible »

Ici, ce sont la situation de départ, le but de la prestation de soins, la prestation de soins elle-même et la situation finale qui sont évaluées les uns par rapport aux autres.

L'état de santé global

Plusieurs facteurs généraux de risque de complication

- L'âge, la constitution, la condition physique...
- Les maladies chroniques
- Les antécédents médico-chirurgicaux
- L'usage de médicaments
- Le mode de vie

- Les raisons/causes/but de la prestation de soins

Pas d'affection (prévention, vaccination,...)
Affection bénigne, banale, auto-limitée, ...
Pathologie sans rapport avec le dommage
Le patient présente un risque accru pour cette complication

- Prestation de soins elle-même

Simple
Prouvée, connue
Risque général plus élevé (donc pas en rapport avec l'accident en question)
Risque spécifique plus élevé (qui s'est réalisé)

- Complication(s)

Faible prévalence de la complication initiale
Faible prévalence du dommage final
Série des complications consécutives
Des complications simultanées
Répercussions fonctionnelles importantes des complications

Date de publication : Février 2014

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

Réalisation : Fonds des accidents médicaux

Graphique design : Cellule communication de l'INAMI

Photo : Verypics

Dépôt légal : D/2015/0401/3