

Rapport d'activités du Fonds des accidents médicaux 2014



Sommaire

Préface	3
Mot de la direction	5
Partie 1 - Missions du Fonds des accidents médicaux.....	7
Introduction	8
I. Mission d'avis, d'indemnisation et de médiation (Art.8, § 1 ^{er}).....	8
II. Mission de prévention, d'enregistrement et de reporting.....	9
Partie 2 - Organe de gestion.....	11
Comité de gestion dans le cadre de l'intégration du FAM au sein de l'INAMI.....	12
Comité de gestion du FAM	13
Partie 3 - Structure administrative et équipe.....	15
I. Organigramme du Fonds des accidents médicaux.....	16
II. Outils.....	18
Partie 4 - Statistiques d'activités « missions » de la période analysée et commentaires.....	19
I. Statistiques Call center.....	20
II. Statistiques d'activités – Missions.....	24
1. Dossiers ouverts, fermés et rouverts et répartition linguistique.....	24
2. Répartition des dossiers par phase	28
3. Répartition géographique des dossiers	31
4. Répartition des dossiers par lieu (type) de la prestation de santé en lien avec l'accident médical déclaré.....	33
5. Répartition des dossiers par introducteur de la demande.....	34
6. Répartition du nombre de dossiers déposés et ouverts par mois.....	35
7. Répartition du nombre de dossiers clôturés par mois en phase 1 et 2	37
8. Nombre de dossiers recevables et irrecevables et répartition linguistique	37

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

I. Considérations générales	42
1. Encodage	42
2. Limitations des chiffres actuels.....	42
3. Explications concernant la présentation des chiffres	43
II. Statistiques	43
Chiffres relatifs aux dossiers.....	43
III. Autres activités des médecins.....	64
1. Médecins internes.....	64
2. Réseau d'experts externes	64
3. Présentations	64
4. Consentement éclairé	65

Partie 5 - Informations financières « missions » 67

I. Budget 2014 et 2015 – Missions	68
Commentaires	69
II. Budget 2014 et 2015 – Gestion.....	69
III. Statistiques financières concernant les missions.....	70

Partie 6 - Recommandations pour prévenir les dommages résultants de soins de santé..... 75

Recommandations pour prévenir les dommages résultants de soins de santé	76
---	----

Partie 7 - Avis du Fonds..... 77

Avis du Fonds.....	78
--------------------	----

Préface

Chère lectrice, Cher lecteur,

L'année 2014 a, à nouveau, été très active pour le Fonds des accidents médicaux ; 76 demandes par mois lui ont été adressées en moyenne. Dans le cadre de la procédure gratuite et accessible à tous, il examine tous les dossiers qui lui parviennent car il n'existe pas de seuil de recevabilité pour l'introduction d'une demande d'avis. La répartition linguistique, entre les dossiers francophones et néerlandophones, est quasi identique.

Depuis son existence, le Fonds tend à rencontrer au mieux les attentes, que celles-ci se manifestent dans le cadre d'une situation susceptible d'impliquer un ou plusieurs responsable(s) ou qu'il s'agisse d'un accident médical sans responsabilité. Une première indemnisation a été versée à un patient en décembre 2014. Ce troisième rapport d'activités souligne la progression des activités du Fonds, tout en relevant les difficultés auxquelles il est confronté.

La rubrique relative aux statistiques des activités a été affinée. Elle établit un comparatif avec l'année 2013 et, pour certains aspects, depuis le 1er septembre 2012, date de lancement du Fonds. Elle permet ainsi une analyse de l'évolution des données, en ce qui concerne le nombre de dossiers introduits et clôturés, le type de prestation de soins, le lieu de l'accident, les répartitions linguistique et géographique,... A la fin du mois de décembre 2014, 2.523 demandes ont été introduites depuis l'existence du Fonds.

Outre les statistiques générales, des informations sont fournies quant à l'état d'avancement des deux grandes phases de traitement des dossiers. L'accent est également mis sur le délai existant entre l'ouverture d'un dossier et son état à la fin de l'année 2014. L'écart par rapport au délai légal est également mentionné. Malgré les efforts permanents de l'équipe du Fonds qui traite les dossiers, un retard conséquent est à relever, la majorité des dossiers étant encore en traitement. Les causes de ce retard sont indiquées dans le rapport. L'état d'avancement des dossiers ne permet dès lors pas encore de formuler des recommandations pour la prévention de dommages résultant de soins de santé. Par ailleurs, la rubrique relative aux statistiques financières indique notamment le coût des expertises nécessaires à la bonne exécution des missions du Fonds.

Le Comité de gestion est particulièrement attentif à ce que le Fonds ait les moyens d'assurer ses missions. Il analyse notamment le reporting régulier de l'état de traitement des dossiers et identifie, via des indicateurs de gestion, les étapes qui posent problème ainsi que les éléments de solution. Il a ainsi à nouveau formulé des guidelines et établi un Master plan, en mai 2014, en concertation avec la direction générale du Fonds, afin de pouvoir rencontrer l'arriéré qui reste très important et assurer le traitement du flux continu de dossiers, dans les délais impartis légalement.

C'est particulièrement la phase 2 du traitement des dossiers qui est trop longue (analyse médicale et juridique du dossier, permettant ensuite au Fonds de rendre un avis). Parmi les mesures établies pour rencontrer les causes du retard, il a été décidé d'augmenter le cadre du personnel (juristes, médecins) et de recourir à des bureaux d'experts externes au niveau juridique. Près de la moitié des recrutements souhaités, en termes de personnel, a pu être effectuée jusqu'à présent. Le Fonds a également entrepris des démarches afin d'étoffer le réseau d'experts, notamment dans les secteurs où le besoin est davantage marqué : la gynécologie, l'anesthésie ou encore la neurochirurgie. Une amélioration du traitement des dossiers est perceptible depuis lors.

En outre, plusieurs projets technologiques, débutés en 2013, ont été poursuivis en 2014, afin d'améliorer l'exercice des activités du Fonds. Ainsi, le projet DAMO (« Dossier Accidents Médicaux / Medische Ongevallen ») développe une application informatique, afin de favoriser la gestion et le traitement de plusieurs catégories d'informations concernant un dossier. Des actions ont été entreprises pour améliorer le stockage des données médicales, tout en veillant à la sécurité de celles-ci. Cet effort devra favoriser un affinement de l'analyse des données relatives aux accidents médicaux, afin de permettre l'élaboration de recommandations dans une perspective de prévention.

Bien conscient des attentes suscitées par le Fonds et de l'important défi sociétal à rencontrer, le Comité de gestion, en collaboration avec la direction générale et l'équipe du Fonds, qui font preuve d'un particulier dévouement, poursuivra son investissement pour favoriser l'accomplissement de ses missions par le Fonds des accidents médicaux. Le renforcement de l'équipe notamment devrait permettre un processus plus rapide du traitement des dossiers et de la remise d'avis de qualité, ainsi que la formulation de recommandations à des fins de prévention. L'enjeu est en effet d'importance, dans l'intérêt de tous.

Geneviève Schamps

Présidente du Comité de gestion

Steven Lierman

Vice-président du Comité de gestion

Mot de la direction

2014 est la seconde année complète de fonctionnement du Fonds des Accidents Médicaux (FAM), nouveau service public intégré à l'INAMI depuis mai 2013 comme un troisième secteur de l'Assurance Soins de Santé et Indemnités.

La mise en place du FAM correspond à la volonté politique de gérer les accidents médicaux dans le contexte de l'assurance soins de santé. L'Etat indique qu'il convient d'assurer (dans tous les sens du mot) un traitement public, par avis ou indemnisations, des dommages découlant d'une prestation de soins de santé. Il s'agit donc d'une nouvelle assurance sociale et publique qui prend en compte les accidents et les dommages résultant du système de soins de santé mis en place notamment via l'assurance soins de santé. Nouvelle assurance, parallèle ou complémentaire à la voie judiciaire pour obtenir la reconnaissance d'un accident médical, la fixation de sa responsabilité, mais aussi l'indemnisation possible des dommages à charge du prestataire responsable ou du Fonds dans les conditions prévues par la Loi du 31 mars 2010.

En tant que responsable de l'INAMI et assurant la Direction générale du FAM, avec toute l'équipe du Fonds, avec nos partenaires au sein du Comité de gestion, avec notre réseau d'experts externes, nous sommes fiers et profondément engagés pour relever ce nouveau défi de l'assurance Soins de Santé et Indemnités.

Nous sommes donc parfaitement conscients de l'importance de nos missions tant pour les demandeurs que pour les prestataires et ce rapport d'activité est là pour en rendre compte, dans ses avancées comme dans ses difficultés, le plus lucidement et objectivement possible.

917 nouvelles demandes ont été adressées au FAM en 2014 soit environ 76 nouvelles demandes par mois. Depuis le lancement du FAM en septembre 2012, nous avons reçu à la fin 2014, 2523 demandes.

Vous pourrez, dans les parties relatives aux statistiques et activités, prendre connaissance de nombreux indicateurs intéressants sur l'origine des accidents ou des demandes ou sur les aspects médicaux de ces 2523 demandes introduites !

Mais vous constaterez aussi qu'environ 10% des demandes étaient clôturées et donc qu'environ 90% étaient encore en traitement au 31/12/2014, principalement en phase 2 (analyse médicale et juridique interne et externe (expertise) devant déboucher sur un avis du FAM) à raison de 85% des demandes encore ouvertes.

Donc clairement, pas assez d'avis finalisés (ce qui est le résultat final de notre première et principale mission d'analyse et de traitement des demandes) et donc peu d'indemnisations (ce qui est notre seconde mission dans les limites légales d'intervention). Autrement dit, un important stock de dossiers qui se cumulant conduit à un important retard et délais de traitement.

Face à ces constats, les organes de direction et de gestion du FAM ont décidé en mai 2014 de mettre en place un Masterplan avec l'objectif principal de donner les moyens au Fonds de remplir ses missions. Principalement par un renforcement important de l'équipe interne, par un appel à des appuis externes, par des indicateurs de gestion pour suivre les diverses sous-phases du traitement et identifier les points de blocage ou d'étranglement et y apporter des solutions, etc.

A ce jour environ la moitié des recrutements complémentaires ont pu être fait malgré les difficultés liées aux économies dans la fonction publique. Des bureaux juridiques externes nous aident dans la rédaction ou la validation des avis.

Les premiers résultats se font sentir depuis mi 2015 avec l'augmentation significative du nombre d'avis et des dossiers pouvant donner lieu à indemnisation.

Mais il reste à poursuivre le renforcement de l'équipe et l'extension de notre réseau d'experts médicaux, à fluidifier nos processus pour un traitement plus rapide sans perdre en qualité.

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



Introduction

L'intégration du FAM comme 6^{ème} 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 Fonds estime devoir émettre. Ce rapport ne peut contenir que des données anonymes et donc aucune donnée à caractère personnel.

Partie 2

Organe de gestion



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

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

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

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

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

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

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

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

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

Contrairement à ce qui existait avant l'intégration du Fonds 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.

Comité de gestion du FAM

- gère, avec le Service et son directeur général, les missions prévues par la loi du 31 mars 2010 précitée
- arrête les comptes et établit le budget relatif à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé comme déterminée par la loi du 31 mars 2010 précitée
- propose le budget des frais d'administration du Service au Comité général
- donne un avis au Comité général sur la proposition annuelle de cadre du personnel du Service
- est informé par le directeur 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
- 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.G. des conclusions des GT rendues concernant :

- la rédaction et l'utilisation de la mission d'expertise
- la structure des avis définitifs rendus par le Fonds
- la rédaction et l'utilisation des templates par l'administration
- la validation des BPM (Business Process Model) - phase 1 et 2
- la description et les procédures internes à l'administration du Fonds
- le caractère gratuit de la procédure et des postes de dommages indemnifiables
- la publication des avis sur le site web du FAM
- l'approbation de l'algorithme et des indicateurs permettant de définir le concept de dommage anormal.

Directives données par le C.G. (04/06/2014) pour résorber l'arriéré et assurer le traitement du flux continu des dossiers (Master plan).

Envoi de dossiers à des sous-traitants

Démarches entreprises pour augmenter le personnel

Tableau des réunions du C.G. et GT

Comité de gestion	Groupe de travail
07/02/2014	14/01/2014
28/02/2014	07/02/2014
04/06/2014	19/09/2014
27/06/2014	17/10/2014
19/09/2014	14/11/2014
14/11/2014	05/12/2014
05/12/2014	
Source : Fonds des accidents médicaux	

Partie 3

Structure administrative et équipe



I. Organigramme du Fonds des accidents médicaux

Au 31 décembre 2014, la situation du personnel du Fonds des accidents médicaux était la suivante :

Tableau 1 - Cadre du personnel				
Q	Fonction	Régime linguistique	Date d'entrée en fonction	Sexe
1	Directeur Général		À engager	
1	Juriste coordinateur	FR	2010	♂
1	Juriste coordinateur	NL	2010	♀
1	Médecin coordinateur senior	NL	2013	♂
1	Médecin junior	NL	2013	♀
1	Médecin junior	NL	01/11/2014	♀
1	Médecin junior	NL	Engagé en 2014 mais entré en service le 01/01/2015	♂
1	Médecin junior	FR	2013	♀
1	Médecin junior	FR	2013	♀
1	Médecin junior	FR	01/10/2014	♂
1	Médecin junior	FR	01/11/2014	♀
1	Secrétariat	FR	2012	♀
1	Secrétariat	NL	2012	♀
1	Assistant scanning	NL	2013	♀
1	Juriste	FR	2012	♀
1	Juriste	FR	01/01/2014	♀
1	Juriste	FR	01/09/2014	♀
1	Juriste	FR	01/09/2014	♂
1	Juriste	FR	01/10/2014	♀
1	Juriste	NL	2013	♀
1	Juriste	NL	2013	♀
1	Gestionnaire de dossiers	FR	2011	♀
1	Gestionnaire de dossiers	FR	2013	♀
1	Gestionnaire de dossiers	FR	2013	♀
1	Gestionnaire de dossiers	FR	01/08/2014	♀
1	Gestionnaire de dossiers	FR	01/10/2014	♀
1	Gestionnaire de dossiers	NL	2011	♀
1	Gestionnaire de dossiers	NL	2013	♂
1	Gestionnaire de dossiers	NL	01/06/2014	♀
1	Gestionnaire de dossiers	NL	01/08/2014	♂
0.5	Economiste	FR	2012	♂
1	ICT Coordinateur	NL	2011	♂
45.5	CADRE DU PERSONNEL 2014			
30.5	En service ou engagé			
15	A engager			

Les différentes actions de recrutement réalisées en 2014 au niveau du personnel peuvent être synthétisées comme suit :

Tableau 2 - Personnel engagé en 2014			
1	Médecin Junior	NL	♀
1	Médecin Junior	NL	♂
1	Médecin junior	FR	♂
1	Médecin junior	FR	♀
1	Juriste	FR	♀
1	Juriste	FR	♀
1	Juriste	FR	♂
2	Gestionnaire de dossier	FR	♀
2	Gestionnaire de dossier	NL	♀ ♂
11	Personnes engagées en 2014	7 FR – 4 NL	7 ♀ - 4 ♂
7	Agents niveau A	5 FR – 2 NL	4 ♀ - 3 ♂
4	Agents niveau B	2 FR – 2 NL	3 ♀ - 1 ♂
	Agents niveau C	/	/

Il ressort de ces deux tableaux que 26 engagements étaient prévus pour 2014. 15 procédures de recrutement prévues en 2014 se sont donc poursuivies en 2015, dont celle relative au directeur général du Fonds.

Comme exposé dans le rapport d'activités 2013, deux marchés publics ont été clôturés durant la période considérée afin de constituer un réseau d'experts, tant sur le plan juridique que médical. Ce réseau est destiné à permettre au Fonds d'exécuter ses missions.

En 2014, le Fonds a effectivement été amené à solliciter ses experts, tant sur le plan médical que juridique. Au niveau médical, le Fonds a fait appel à ses experts pour diligenter des expertises unilatérales et contradictoires en exécution de l'article 17 §§ 1 et 2 de la loi du 31 mars 2010. Ces expertises sont indispensables pour permettre au Fonds de rendre des avis circonstanciés concernant les causes et circonstances des accidents médicaux portés à sa connaissance.

Très rapidement, il est apparu que les experts recrutés dans le cadre des marchés publics finalisés en 2013 ne suffiraient pas pour faire face à l'afflux de demandes introduites. C'est pourquoi, tout au long de 2014, le Fonds a entrepris des démarches proactives pour étoffer son réseau d'experts. Ces démarches ont permis de trouver des experts prêts à travailler avec le Fonds dans le cadre de contrats de prestation de services particuliers en attendant de pouvoir prendre part à des nouvelles procédures de marchés publics.

Les constats opérés au cours de l'année 2014 ont permis de déterminer des secteurs en pénurie pour lesquels des marchés publics devront être finalisés par priorité dans le courant de l'année 2015. Il s'agit notamment de la gynécologie, de l'anesthésie, de la neurochirurgie, ...

Au niveau juridique, le Fonds a également dû faire appel à son réseau d'experts en 2014. En effet, quatre avis définitifs rendu par le Fonds ont donné lieu à un recours devant les tribunaux de première instance. Des avocats ont donc dû être désignés pour assurer la représentation du Fonds en justice.

Le Fonds doit également régulièrement faire appel à des juristes extérieurs de son réseau pour accomplir des recherches ou fournir des éclairages utiles pour l'accomplissement de ses missions.

II. Outils

En 2014, le développement d'une série d'importants projets technologiques débutés en 2013 a été poursuivi:

- le projet Dossier Accidents Médicaux-Medische Ongevallen (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 (projet IOC)
- 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. Ce travail d'analyse qui a eu lieu en 2013 a permis la mise en œuvre d'une phase de développement intensive en 2014. Fin 2014, tant le projet de programme DAMO que le système IOC étaient prêts pour être soumis à une phase de test qui devrait aboutir à l'entrée en production définitive dans le courant 2015.

Partie 4

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



Dans cette partie, les statistiques d'activités « missions » seront présentées. Le Fonds étant actif depuis le 1^{er} septembre 2012, il est intéressant de mettre en évidence certaines tendances. Dans un premier temps, les statistiques du Call center seront abordées. Celles-ci permettront notamment de voir si le nombre d'appels émis diminue ou si au contraire, le public continue de solliciter le Call center. Les statistiques d'activités seront ensuite présentées afin de donner des informations générales concernant les dossiers et leur suivi au sein du Fonds. Concernant ces statistiques d'activités, nous nous attacherons à faire un comparatif entre les données récoltées en 2014 et leur évolution depuis le lancement du Fonds le 1^{er} septembre 2012.

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 2014. On y retrouve le nombre total d'appels au cours de chaque mois, le volume d'appels décrochés dans les 30 secondes (service level), la proportion d'appels francophones et néerlandophones ou encore l'abandon rate correspondant au taux d'appels abandonnés par l'appelant avant d'obtenir la communication avec un opérateur.

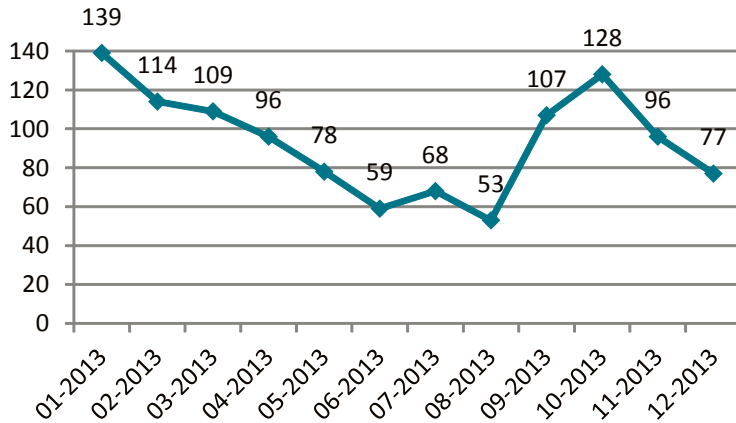
Tableau 3 - Statistiques Call center													
Reporting FAM	Mois												Moyenne Gemiddelde
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	
Nombre total d'appels	102	99	97	106	85	93	88	60	109	116	83	54	91
Nombre total d'appels cumulés	102	201	298	404	489	582	670	730	839	955	1038	1092	-
Service Level	93%	93%	83%	78%	86%	56%	83%	93%	84%	81%	99%	85%	84,50%
Abandon rate	1%	0%	1%	4%	2%	17%	1%	3%	2%	3%	1%	2%	3,08%
NL rate	39%	34%	36%	36%	44%	27%	30%	46%	57%	41%	39%	54%	40,25%
FR rate	61%	66%	64%	64%	56%	73%	70%	54%	43%	59%	61%	46%	59,75%
FAQ rate	88%	92%	85%	86%	88%	86%	89%	90%	97%	99%	95%	91%	90,50%

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 2014, le tableau ci-dessus fait ressortir un nombre moyen d'appel par mois inférieur à 100 avec 91 appels. Ceci représente une diminution par rapport aux années précédentes puisqu'en 2012, la moyenne était de 170 appels par mois et en 2013 de 95 appels par mois. En ce qui concerne la répartition des appels, celle-ci est assez homogène avec des diminutions pendant les mois de vacances que sont juillet et août mais aussi décembre. Les mois de septembre et octobre restant, comme les années précédentes, les mois avec le plus grand nombre d'appels. 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 aux années précédentes. Cette constatation est sans doute logique étant donné que la notoriété du Fonds s'accroît au fil des années.

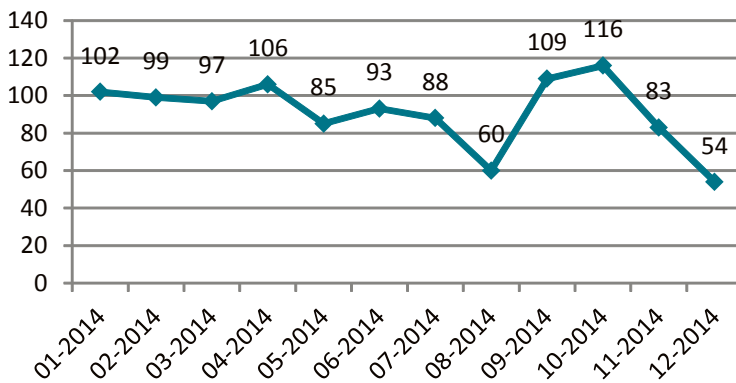
Par ailleurs, on constate une diminution au niveau du service level puisque 84,5% des appelants sont mis en communication avec un agent dans les 30 secondes alors que ce taux était supérieur à 90% dans le passé. Cependant, si l'on tient compte d'un taux d'abandon de 3%, cela signifie qu'un peu plus de 10% des appelants doivent patienter plus de 30 secondes avant d'avoir un interlocuteur.

Graphique 1 - Nombre d'appels par mois en 2013



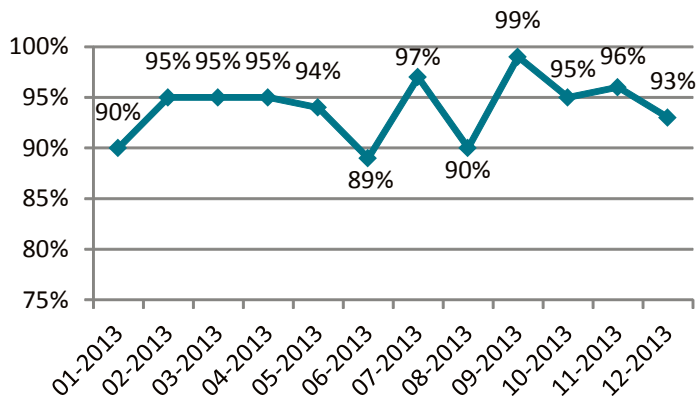
Source : Fonds des accidents médicaux

Graphique 2 - Nombre d'appels par mois en 2014



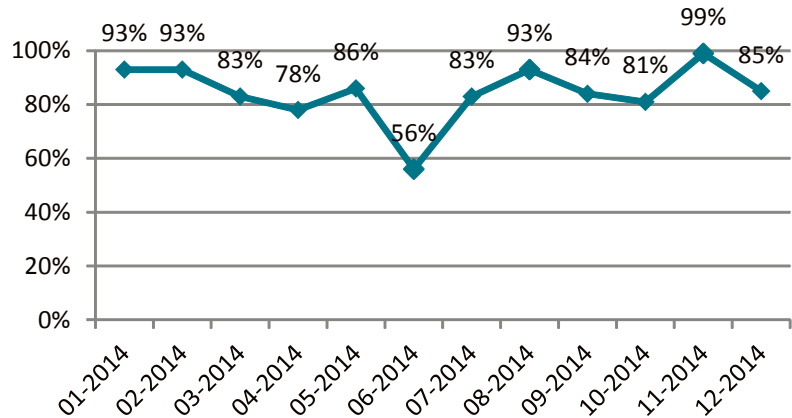
Source : Fonds des accidents médicaux

Graphique 3 - Service level 2013



Source : Fonds des accidents médicaux

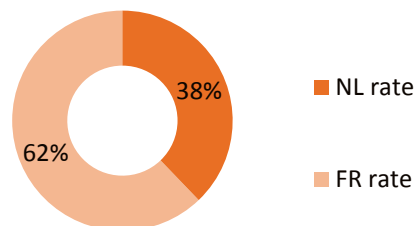
Graphique 4 - Service level 2013



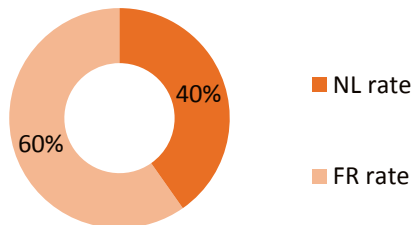
Source : Fonds des accidents médicaux

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 2014 une continuation dans le rééquilibrage linguistique qui avait commencé en 2013 concernant les 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 en 2012 à une proportion 2/3 – 1/3 en 2013 pour arriver à une proportion de 60-40 en 2014. Si on y regarde de plus près, on constate même que pour certains mois, la proportion d'appels néerlandophones est supérieure à celle des appels francophones (septembre et décembre 2014). On peut donc dire que le déséquilibre qui avait été constaté lors des premiers mois d'existence du Fonds a tendance à se résorber au fur et à mesure des années même s'il semble se stabiliser autour des 60% d'appels francophones et 40% d'appels néerlandophones. Il faudra voir en 2015 si cette tendance se confirme.

Graphique 5 - Répartition linguistique en 2013



Source : Fonds des accidents médicaux

Graphique 6 - Répartition linguistique en 2014

Source : Fonds des accidents médicaux

Enfin, il est important pour le Fonds de savoir quelles questions le public se pose à son sujet. C'est pourquoi une liste de FAQ a été créée afin de mieux informer le public et 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 90,50% que l'on obtient signifie simplement que 90,5% des appels émis auprès du Call center concernent au moins une des questions ci-dessous. C'est un taux assez semblable à celui de 2013 qui était de 91,50%.

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 ?

Source : Fonds des accidents médicaux

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

II. Statistiques d'activités – Missions

Abordons à présent les statistiques d'activités du Fonds en précisant tout d'abord que ces statistiques se rapportent à la période Janvier 2014 – Décembre 2014. Un comparatif sera effectué avec l'année 2013 afin de pouvoir analyser l'évolution des données et tirer les conclusions nécessaires. Enfin, pour certaines statistiques, nous décrirons également l'évolution de la situation depuis le lancement du Fonds 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 31/12/2014 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 et rouverts et répartition linguistique

Commençons par examiner la répartition linguistique des dossiers ainsi que leurs statuts d'une part pour l'année 2014 et d'autre part depuis le lancement du Fonds.

Pour l'année 2014, la situation se présente comme suit :

Tableau 4 - Répartition des dossiers en 2014				
Nombre de dossiers 2014	Langue			Total
	D	F	N	
Fermé	-	5	9	14
Ouvert	2	433	468	903
Rouvert	-	-	-	-
Total	2	438	477	917

Source : Fonds des accidents médicaux

Le tableau ci-dessus nous indique que 917 dossiers ont été introduits auprès du Fonds en 2014. En ce qui concerne la répartition linguistique de ces dossiers, on constate une légère domination des dossiers néerlandophones avec 51,8% contre 47,9% pour les francophones. Il est intéressant de noter que la tendance est semblable à 2013, puisqu'on est passé de 45% de dossiers francophones à 47,9% en 2014 alors que la part des dossiers néerlandophones est passée de 54% à 51,8%. Les dossiers germanophones restent, quant à eux, largement minoritaires dans l'ensemble des dossiers introduits avec moins de 1%.

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 Fonds 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 2014 sont toujours ouverts à l'heure actuelle. En effet, seuls un peu moins de 1,5% des dossiers introduits en 2014 ont été clôturés.

Les tableaux et graphiques ci-dessous permettent de comparer cette situation spécifique à l'année 2014 avec l'état de la situation des dossiers depuis le lancement du Fonds.

Tableau 5 - Répartition des dossiers depuis le 01/09/2012

Nombre de dossiers	Langue			Total
	D	F	N	
Fermé	-	145	72	217
Ouvert	10	1122	1164	2296
Rouvert	-	7	3	10
Total	10	1274	1239	2523

Source : Fonds des accidents médicaux

Graphique 7 - Répartition linguistique des dossiers

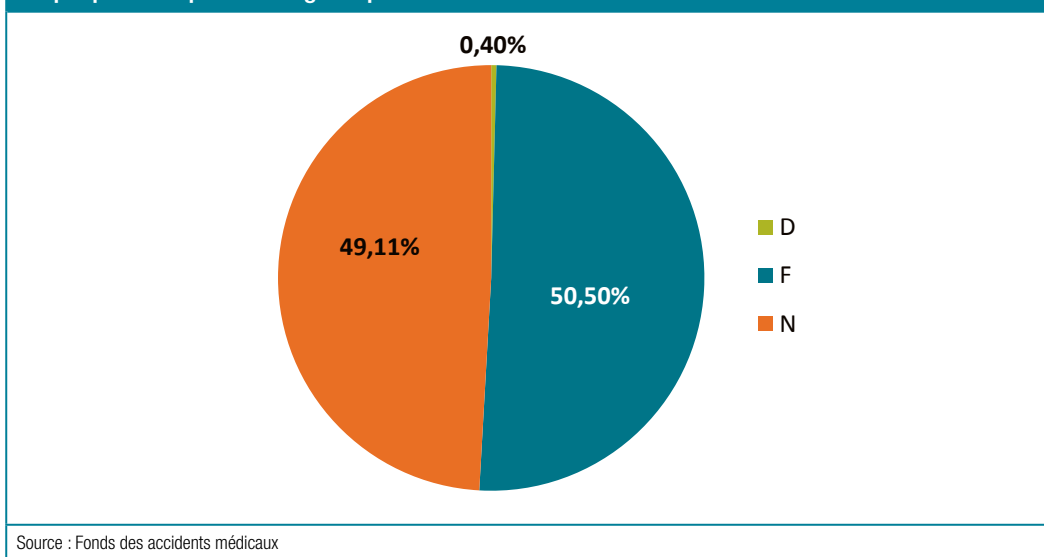
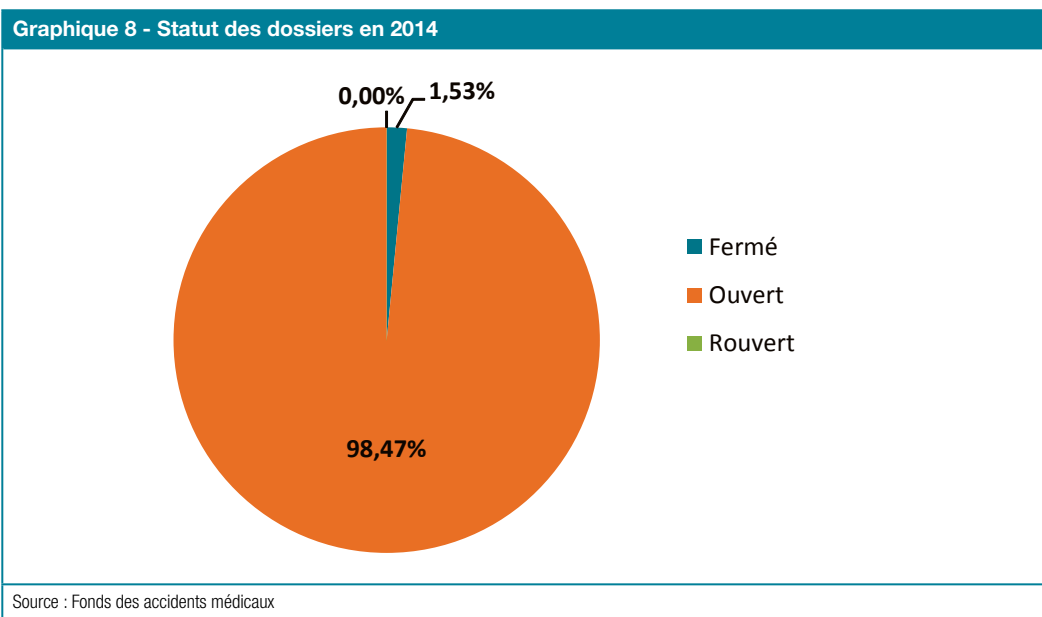


Tableau 6 - Nombre de dossiers reçus par mois													
Année	Mois												Total
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	
2010					2	0	1	0	2	1	2	3	11
2011	6	2	3	1	4	1	2	1	9	4	1	2	36
2012	8	4	14	6	10	16	9	21	113	97	95	70	463
2013	143	96	108	93	65	84	57	62	105	107	105	71	1096
2014	115	80	74	76	70	89	83	58	61	82	71	58	917
TOTAL	272	182	199	176	151	190	152	142	290	291	274	204	2523

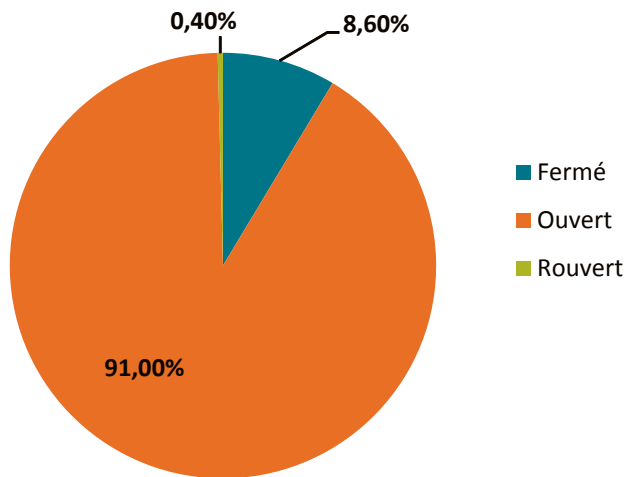
Source : Fonds des accidents médicaux

A fin 2014, on constate 2.523 dossiers déposés auprès du FAM dont 917 en 2014, 1.096 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 90 nouveaux dossiers par mois (76,4 en 2014, 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 une rééquilibration presque parfaite entre les dossiers francophones et néerlandophones.



Graphique 9 - Statut des dossiers



Source : Fonds des accidents médicaux

Tableau 7 - Statut des dossiers par année

Année	Statut			Total général	%
	Fermé	Rouvert	Ouvert		
2010	9	-	2	11	81,8%
2011	22	-	14	36	61,1%
2012	99	5	359	463	21,4%
2013	73	5	1018	1096	6,7%
2014	14	-	903	917	1,5%
TOTAL	217	10	2296	2523	8,6%

Source : Fonds des accidents médicaux

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

Environ 1,5% des dossiers 2014 ont pu être clôturés en 2014 alors que sur le stock global et la période totale de traitement, ont atteint un taux de clôture d'environ 9%, mais avec une évolution décroissante selon les années de dépôt.

Tenant compte des dossiers irrecevables qui devraient logiquement être considérés comme clôturés et des dossiers clôturés pour d'autres raisons (abandon de la procédure par le plaignant ou par manque d'informations reçues de sa part), le taux de clôture devrait être réellement revu à la hausse après check in des encodages dans le système de gestion. Néanmoins, par rapport à la même période un an plus tôt, on constate une augmentation du taux de clôture des dossiers de 3,1% en 2011, de 6,4% en 2012 et 1,7% 2013.

Mais de toute manière, il est clair que la grande majorité des dossiers (au moins 85%) sont encore en traitement. 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 2.523 dossiers déposés auprès du FAM depuis le début du Fonds jusqu'en fin 2014, 2.306 dossiers, soit un peu plus de 91 % des dossiers déposés, sont toujours ouverts et donc non clôturés (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 39% pour des dossiers de 2014, 44% pour des dossiers 2013, 16% pour des dossiers 2012, et moins de 1% 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, 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 ayant droit 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 2^e 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 Fonds de donner un avis sur la responsabilité et sur le droit à indemnisation. Cette deuxième phase se termine lorsque le Fonds a rendu son avis. La troisième phase de traitement consiste, le cas échéant, en l'émission de la proposition d'indemnisation du Fonds ou l'avis sur l'indemnisation proposée par le responsable du dommage.

Tableau 8 - Répartition par phase des dossiers ouverts

Année	Phases			Total général	% Phase 1	% Phase 2	% Phase 3
	Phase 1 Initiale	Phase 2 Recherche	Phase 3 Proposition				
2010	-	2	-	2	0%	100%	0%
2011	-	14	-	14	0%	100%	0%
2012	7	353	4	364	2%	97%	1%
2013	15	1008	-	1023	1,5%	98,5%	0%
2014	318	585	-	903	35%	65%	0%
TOTAL	340	1962	4	2306	14,7%	85,1%	0,2%

Source : Fonds des accidents médicaux

Le tableau ci-dessus laisse apparaître qu'en moyenne 85% de l'ensemble des dossiers introduits jusque fin 2014 et non clôturés se trouvent actuellement dans la seconde phase de traitement, (évolution normale selon l'ancienneté des dossiers : entre 100% ou légèrement en dessous pour les dossiers de 2010 à 2013 et 65% pour les dossiers 2014).

Concernant la problématique du retard de traitement, il est important de constater que la plupart des dossiers 2013 se trouvent maintenant dans la seconde phase de traitement alors qu'il y a un an, 13% des dossiers se trouvaient encore en phase 1. L'équipe du Fonds met donc tout en œuvre pour résorber ce retard. En ce qui concerne l'année 2014, il faut préciser que les 318 dossiers (35%) se trouvant encore en phase 1 constituent principalement des dossiers du second semestre 2014 (254 sur 318). 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 **31/12/2014** pour les dossiers **encore ouverts** (2.306 dossiers) est le suivant :

Année	Délai	Nombre de dossiers
2010	856 jours calendriers pour	2 dossiers
2011	860 jours calendriers pour	14 dossiers
2012	787,8 jours calendriers pour	364 dossiers
2013	541,9 jours calendriers pour	1023 dossiers
2014	208,8 jours calendriers pour	903 dossiers

Source : Fonds des accidents médicaux

On ne peut pas parler ici d'un véritable délai de traitement puisque nous n'analysons que les dossiers encore ouverts au 31/12/2014. 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 31/12/2014 :

Année	X délai indicatif 240J	Retard x délai indicatif	Retard en jours
2010	3,57	2,57	616,8
2011	3,58	2,58	619,2
2012	3,28	2,28	547,2
2013	2,26	1,26	302,4
2014	0,87	-0,13	- 31,2

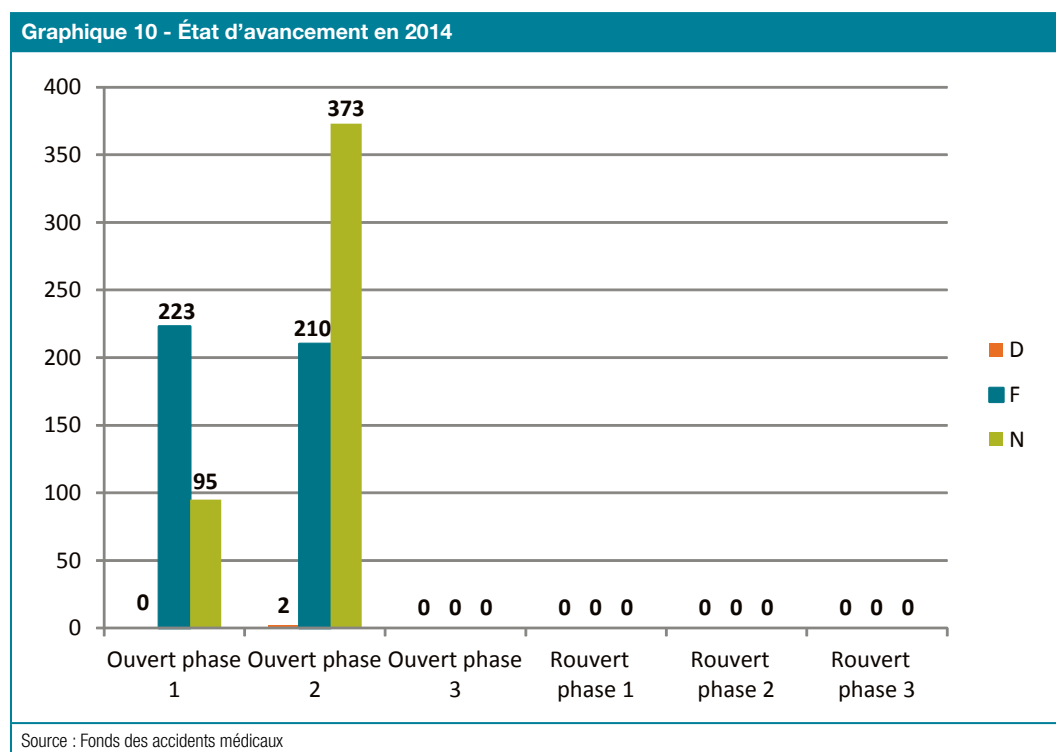
Source : Fonds des accidents médicaux

Les causes de ce retard sont multiples et cumulatives :

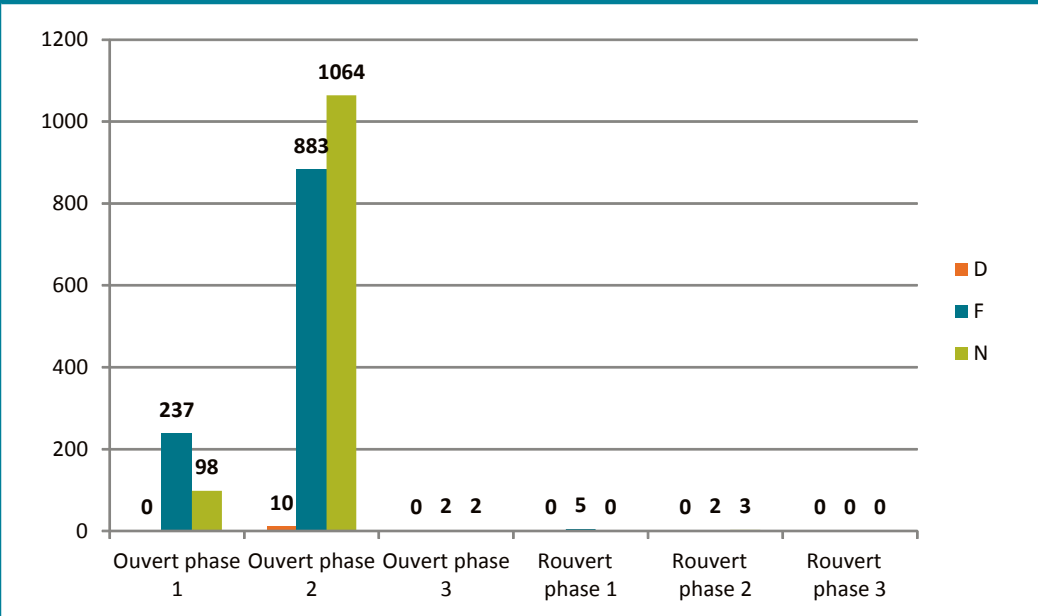
- Le nombre d'agents de l'équipe interne du FAM par rapport au cadre prévu n'a été atteint qu'au dernier trimestre 2013
- Les expertises médicales externes n'ont pu être lancées qu'à partir de mai 2013 et elles sont souvent rendues dans un délai plus long qu'initialement prévu au sein des 6 mois de délai indicatif
- Un flux continu de plus de 70 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 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 2015 (voir partie 6 ci-dessous) 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 3 phases, des dossiers introduits d'une part en 2014, et d'autre part depuis le lancement du Fonds en septembre 2012, et ce, selon le rôle linguistique des dossiers.



Graphique 11 - État d'avancement depuis septembre 2012

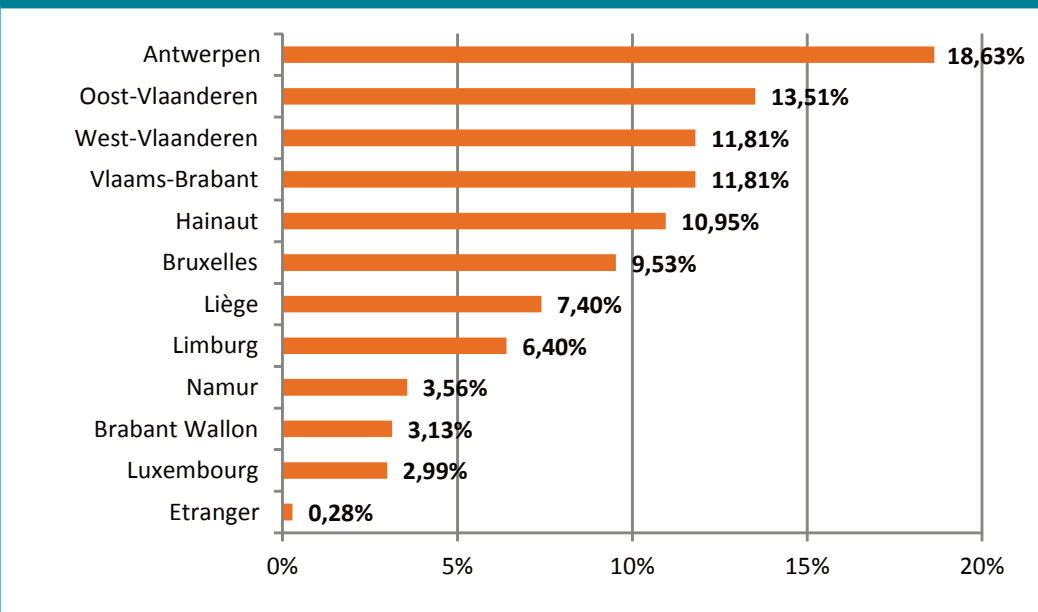


Source : Fonds des accidents médicaux

3. Répartition géographique des dossiers

En ce qui concerne la répartition géographique, il est important de préciser que les dossiers sont répartis en fonction du lieu de domicile du demandeur et non en fonction du lieu où s'est déroulé l'accident médical.

Graphique 12 - Répartition géographique 2014



Source : Fonds des accidents médicaux

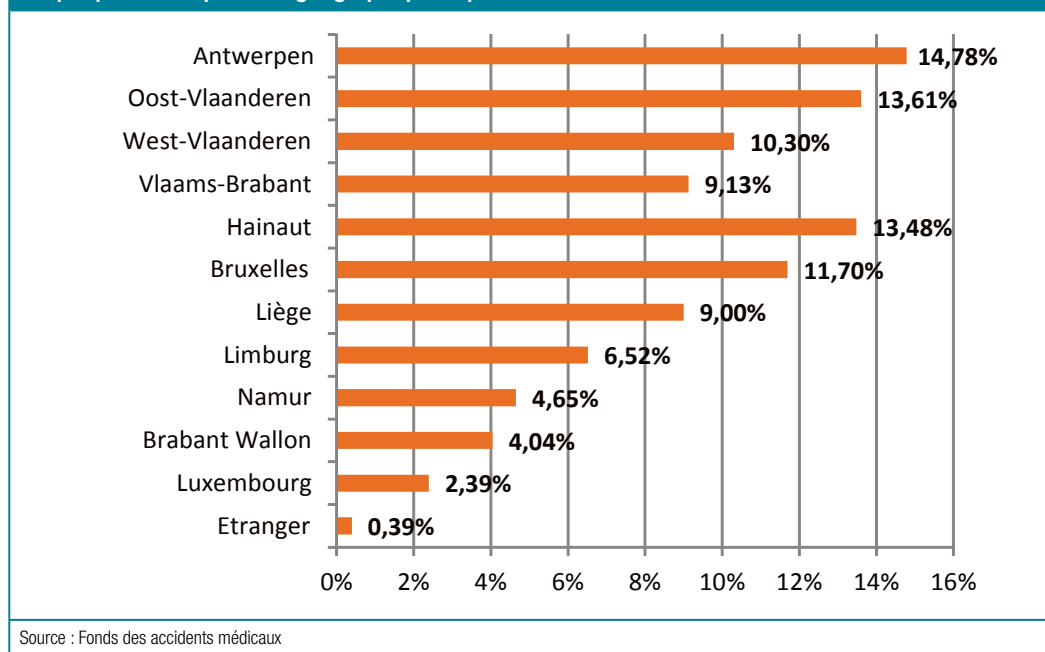
La graphique décroissant ci-dessus permet de constater que la province d'Anvers se situe largement en tête avec 18,63% des demandes. Derrière elle, se trouvent les provinces de Flandre Orientale et Occidentale ainsi que le Brabant Flamand et le Hainaut avec chacune plus de 10%. On retrouve derrière la région de Bruxelles Capitale avec 9,53%, la province de Liège avec 7,40% et le Limbourg avec 6,40%. Enfin, la province de Luxembourg comprend seulement 3% de l'ensemble des demandes. Signalons également que 0,28% des demandes proviennent de demandeurs domiciliés à l'étranger.

Sur le plan régional, 28,03% des dossiers sont introduits par des demandeurs domiciliés en région Wallonne, 9,53% en région de Bruxelles-Capitale et 62,16% en région Flamande.

Par rapport à 2013, on constate que la province d'Anvers reste en tête en augmentant son pourcentage de 3,22%. Les provinces de Hainaut, Flandre Orientale et la région de Bruxelles-Capitale diminuent respectivement de 2,44%, 1,9% et 2,22% alors que la province du Brabant Flamand augmente fortement, passant de 7,80% en 2013 à 11,81% en 2014. Les autres provinces restant à un niveau stable. Enfin, on remarque que, comme en 2013, les provinces de Namur, du Brabant Wallon et du Luxembourg occupent toujours les 3 dernières places.

Si on regarde cette statistique depuis l'ouverture du Fonds (voir graphique ci-dessous), on constate une différence par rapport à 2014 avec la province du Hainaut et la région de Bruxelles-Capitale qui ont un pourcentage bien plus important. Cela s'explique par une diminution du nombre de demandes dans ces régions en 2014. Par contre, Anvers et la Flandre Orientale confirment leur place en tête de cette répartition géographique.

Graphique 13 - Répartition géographique depuis l'ouverture du Fonds

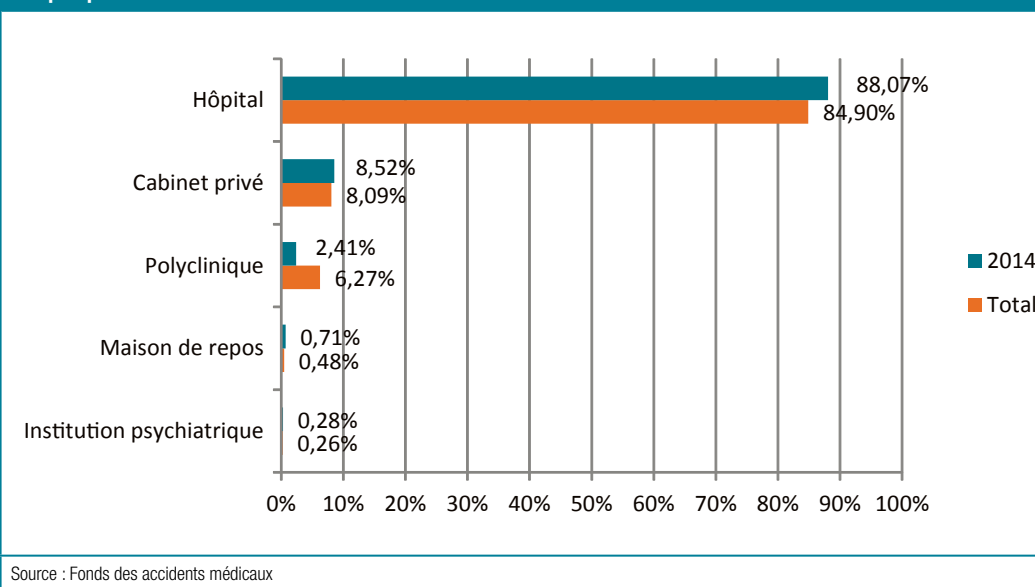


Il est à noter qu'actuellement, la donnée du lieu « géographique » de la prestation, à la base de la plainte et du dossier, n'est pas reprise, dans le système de gestion, en tant qu'indicateur statistique, ce qui ne permet pas d'en tirer une cartographie. La possibilité est étudiée d'en faire un reporting, 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 le Fonds mis 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 l'accident médical déclaré

Le relevé suivant concerne le lieu de la prestation de santé en lien avec l'accident médical selon la déclaration du demandeur. Il permet d'indiquer la répartition des accidents 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 l'accident 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 Fonds, il soit constaté que la prestation à l'origine du dommage a été effectuée ailleurs, dans un cabinet privé ou dans une maison de repos.

Graphique 14 - Lieu de l'accident

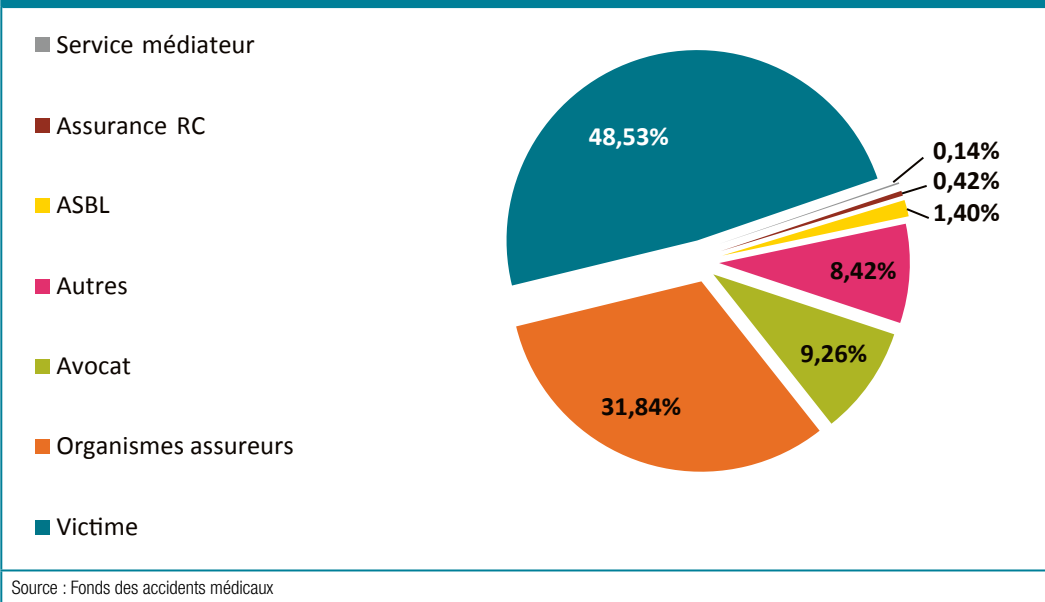


Le lieu de la prestation de soins de santé le plus fréquent est l'hôpital. En effet, plus de huit accidents sur dix (et même presque 9 sur 10 en 2014) surviennent en un tel établissement, que ce soit durant une hospitalisation ou en prestations ambulatoires au sein d'un hôpital. Très loin derrière les hôpitaux, apparaissent les cabinets privés avec plus de 8% des accidents et les polycliniques avec une moyenne de 6,27% depuis septembre 2012 mais seulement 2,41% en 2014. Enfin, certains dossiers font référence à des accidents survenus dans une maison de repos ou une institution psychiatrique mais il s'agit de cas beaucoup plus rares (moins de 1%).

5. Répartition des dossiers par personne ayant introduit la demande

La répartition des dossiers en fonction de personne ayant introduit 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 celle-ci, 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.

Graphique 15 - Personne ayant introduit la demande



Le graphique ci-dessus souligne que, dans près d'un cas sur deux, c'est la victime elle-même qui introduit la demande auprès du Fonds. Ceci représente une diminution de 2,66% par rapport à l'année 2013 compensée par une augmentation de 2% des dossiers introduits par des avocats. Derrière la victime, les organismes assureurs représentent le canal de demande le plus important avec 31,84%.

D'autres intervenants peuvent aussi introduire une demande pour la victime, il s'agit des ASBL (organisations de patients, par exemple), des services médiateurs et des assurances pour un peu plus de 2% des demandes.

Ces intervenants ne sont bien évidemment pas les seuls à introduire une demande pour une victime ; il arrive, dans certains cas, que les ayants droit, les représentants légaux ou divers mandataires introduisent une demande auprès du Fonds. Ces autres personnes ayant introduit la demande sont reprises sous la rubrique « Autres » dans le graphique ci-dessus. Cette rubrique n'est pas à négliger car elle représente plus de 8% du total des dossiers introduits.

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

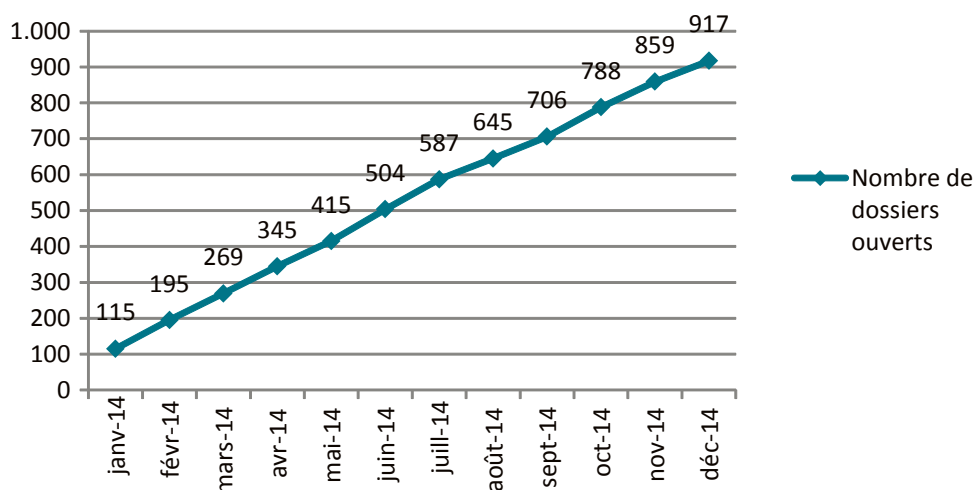
Les données relative au nombre de dossiers introduits par mois permettent notamment de déterminer s'il y a une croissance constante du nombre de dossiers, s'il y a des périodes plus creuses ou à forte activité, ou encore si des effets de démarrage ou un rythme de croisière apparaissent.

Tableau 11 - Détail du nombre de dossiers déposés par mois

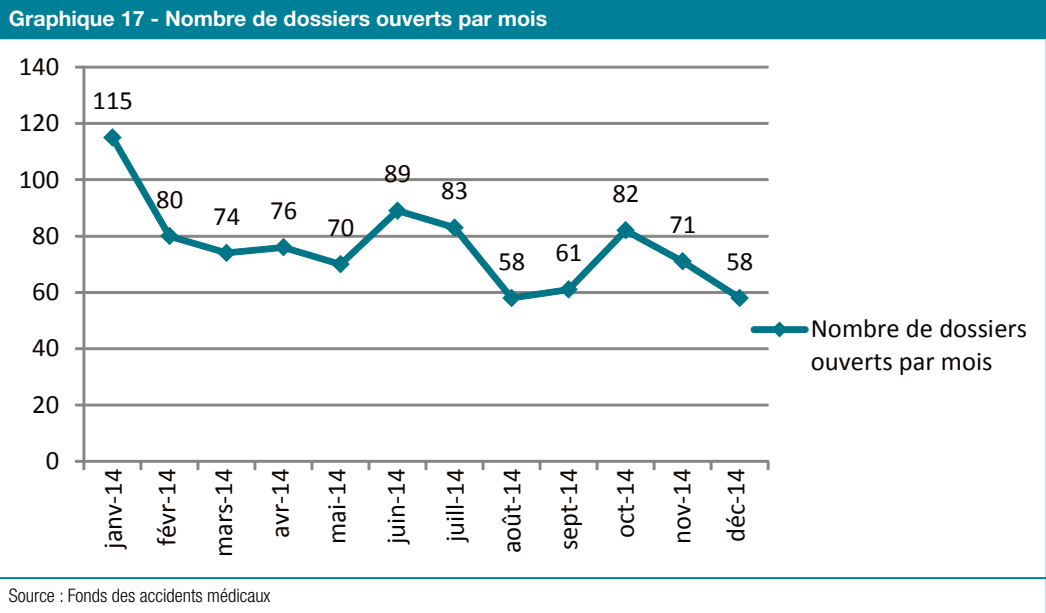
Mois	Nombre de dossiers	Dossiers cumulés
janv-14	115	115
févr-14	80	195
mars-14	74	269
avr-14	76	345
mai-14	70	415
juin-14	89	504
juil-14	83	587
août-14	58	645
sept-14	61	706
oct-14	82	788
nov-14	71	859
déc-14	58	917
TOTAL	917	Moyenne / mois : 76,4

Source : Fonds des accidents médicaux

Graphique 16 - Nombre de dossiers ouverts



Source : Fonds des accidents médicaux

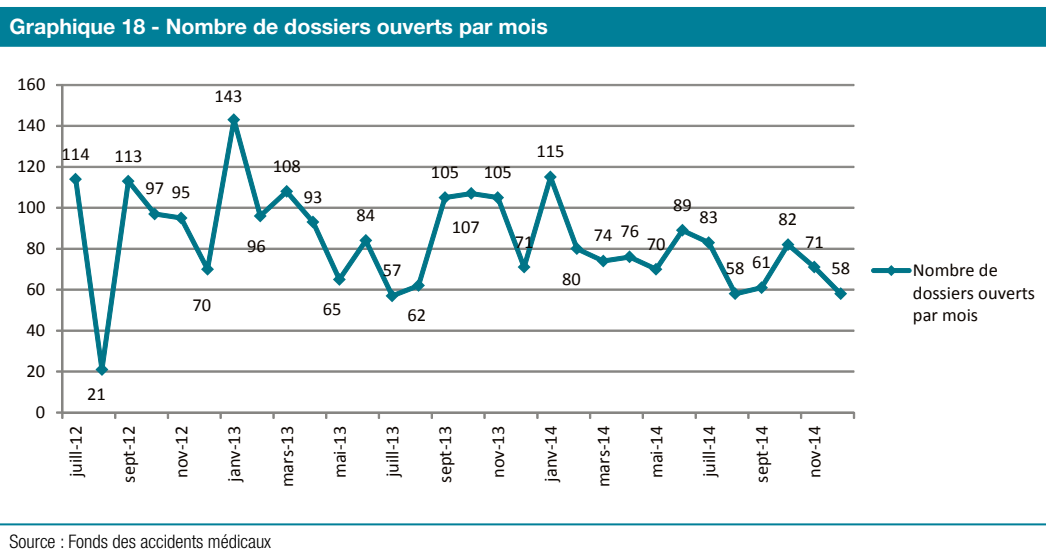


L'analyse du tableau et des graphiques précédents permet de tirer plusieurs enseignements concernant le nombre de dossiers introduits.

Tout d'abord, au regard du graphique du nombre de dossiers cumulés, on remarque une croissance très constante tout au long de l'année 2014. 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 76 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 au début de l'année 2014 ainsi qu'aux mois de juin et juillet.

Enfin, si on compare ces chiffres aux années précédentes, on constate que le nombre de dossiers moyens entrants est en nette diminution en 2014. En effet, alors qu'en 2012 et 2013, il y avait plus de 90 nouveaux dossiers introduits chaque mois auprès du Fonds, ce chiffre est retombé à 76 en 2014. En revanche, on remarque une similitude avec les années précédentes, à savoir que le premier trimestre est celui où le plus grand nombre de dossiers entrent.



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 au 31/12/2014.

Tableau 12 - Nombre de dossiers clôturés par mois en phase 1 et 2		
Mois	Nombre de dossiers fermés en phase 1	Nombre de dossiers fermés en phase 2
Janvier	20	5
Février	13	2
Mars	13	3
Avril	4	1
Mai	5	1
Juin	6	4
Juillet	7	2
Août	6	2
Septembre	31	12
Octobre	27	4
Novembre	22	4
Décembre	17	6
Total	171	46

Source : Fonds des accidents médicaux

Un rapide coup d'œil sur ce tableau permet de constater qu'une très grande majorité (78,8%) des dossiers clôturés l'ont été en phase 1, lors de la vérification administrative du dossier. Ce constat est normal étant donné qu'à l'heure actuelle un nombre important de dossiers sont en cours de traitement dans la phase 2. Néanmoins, il est important de voir qu'il y a 46 dossiers qui ont été clôturés après analyse lors de la phase 2 alors qu'il y a un an, seul un dossier avait été clôturé. Ceci montre l'avancement progressif du traitement des dossiers.

8. Nombre de dossiers recevables et irrecevables et répartition linguistique

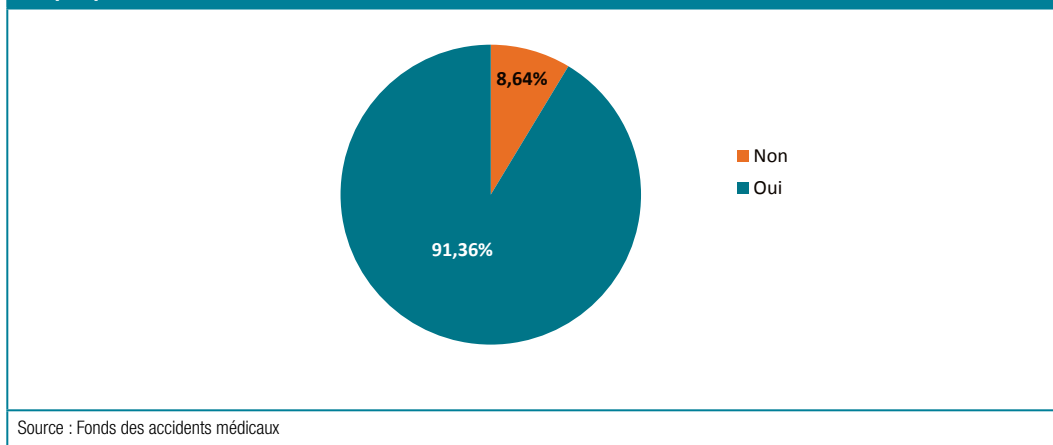
La dernière statistique d'activités développée ci-dessous concerne la recevabilité administrative des dossiers introduits auprès du Fonds. Pour rappel, la déclaration de recevabilité administrative constitue la dernière étape de la phase initiale dans le traitement des dossiers. Celle-ci est accordée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

Tableau 13 - Répartition linguistique et recevabilité des dossiers				
Nombre de dossiers	Langue			Total
	D	F	N	
Recevabilité				
Non	-	34	22	56
Oui	2	185	405	592
Total	2	219	427	648

Source : Fonds des accidents médicaux

La différence de 269 dossiers qui existe entre le nombre de dossiers introduits en 2014 (917) et le total des dossiers recevables ou irrecevables (648) correspond aux dossiers pour lesquels on ne sait pas encore, à la date du 31 décembre 2014, s'ils sont recevables ou non administrativement (analyse en phase 1 pas encore faite sur les critères de recevabilité). C'est notamment le cas pour l'ensemble des dossiers introduits en novembre et décembre 2014 (129 dossiers) pour lesquels il est logique que le Fonds attend encore des documents. Néanmoins, sur base des 10 premiers de 2014, on peut tirer les informations suivantes :

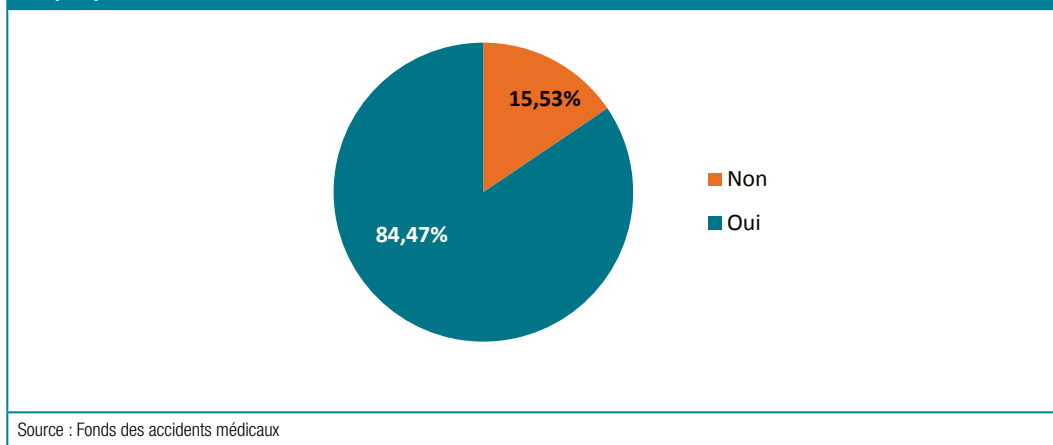
Graphique 19 - Recevabilité



Le graphique ci-dessus laisse apparaître qu'en 2014, 8,64% des dossiers introduits ont été irrecevables administrativement. Cela représente une augmentation de 2,6% par rapport à 2013. Ce constat paraît étonnant étant donné que la population doit normalement être mieux informée sur les critères d'acceptation d'une demande.

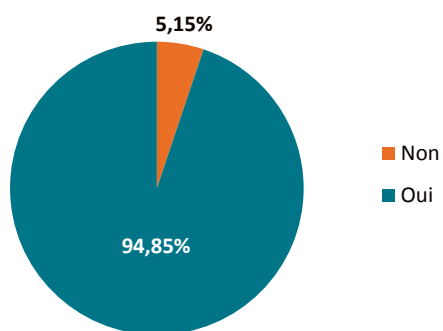
Maintenant, il est intéressant de voir si cette augmentation générale des dossiers irrecevables provient davantage de dossiers francophones ou néerlandophones. Les graphiques ci-dessous fournissent une réponse à cette question :

Graphique 20 - Recevabilité FR



D'emblée, on constate que la proportion de dossiers irrecevables est beaucoup plus importante en ce qui concerne les dossiers francophones. En effet, alors que le pourcentage d'irrecevabilité du côté néerlandophone semble se stabiliser, il explose du côté francophone avec plus de 15% ce qui représente une augmentation de plus de 6% par rapport à 2013.

Graphique 21 - Recevabilité NL



Source : Fonds des accidents médicaux

Partie 4 bis

Statistiques médicales



I. Considérations générales

1. Encodage

L'encodage des dossiers se poursuit, comme mentionné dans le précédent rapport (2013). Les dossiers examinés *sur le plan médical* jusqu'à février 2015 ont été encodés, soit lors de la première analyse par un médecin, soit après expertise. Les dossiers irrecevables n'y figurent pas. À titre d'exemple, les demandes relatives aux infections contractées avant le 2 avril 2010 à la suite d'une transfusion, n'ont pas été encodées du fait de leur irrecevabilité.

2. Limitations des chiffres actuels

Fin 2014, le nombre de dossiers où une expertise a pu être initiée, a progressivement été revu à la hausse grâce à l'extension de l'équipe des médecins. Toutefois, cela implique qu'il y a encore lieu dans ce rapport d'utiliser les *demandes* comme paramètre pour déterminer la nature des dossiers soumis au Fonds.

Toutefois, nous pouvons déjà effectuer une comparaison entre les premières demandes et les résultats des expertises.

N'oublions pas non plus que les événements peuvent peut-être se produire autrement : les dossiers sont certes traités par ordre chronologique (first in, first out), mais la priorité est donnée aux matières les plus épineuses. Par ailleurs, des dossiers relativement simples peuvent être finalisés plus rapidement et influencer également les chiffres.

Les chiffres de la « première analyse » sont basés *sur la demande* et déterminés, d'une part, par la perception du demandeur et, d'autre part, par l'appréciation du médecin interne en fonction des *premières données, qui sont presque toujours incomplètes étant donné qu'il s'agit de pièces communiquées par le demandeur*. Les chiffres de l'analyse « au moment de l'avis » reflètent l'appréciation finale du Fonds.

Les dossiers codés en première analyse (début de la phase 2 - premier rapport médical) sont codés une seconde fois à la fin du processus (phase 2 – troisième rapport médical après expertise et avant avis final du Fonds). Les statistiques donnent donc simplement une vue au moment de chaque codage sans pouvoir faire une comparaison entre les résultats de chaque codage puisque nous n'avons pas fait une analyse comparative des résultats du premier codage pour les seuls dossiers repris au second codage. Tout au plus on peut constater la tendance interne à chaque codage (% de chaque item sur la total des dossiers codés de ce codage). Mais cela n'augure en rien des résultats et des tendances du second codage quand tous les dossiers du premier codage seront codés à nouveau en fin de parcours. Nous prévoyons de faire ces analyses comparatives entre les mêmes dossiers lors de chaque codage lors du prochain rapport annuel.

3. Explications concernant la présentation des chiffres

Nous communiquons à chaque fois 1°) les chiffres de la 1^{re} analyse, c.-à-d. ceux que l'on prévoit en fonction de la demande et 2°) les chiffres communiqués après l'avis, à savoir après l'appréciation finale donnée au terme de l'expertise et de l'analyse juridique.

Ces chiffres correspondent donc à l'analyse médicale mais n'indiquent PAS si une responsabilité a été retenue. Les données relatives à la responsabilité/AMSR devront ressortir de l'analyse juridique, après avis.

II. Statistiques

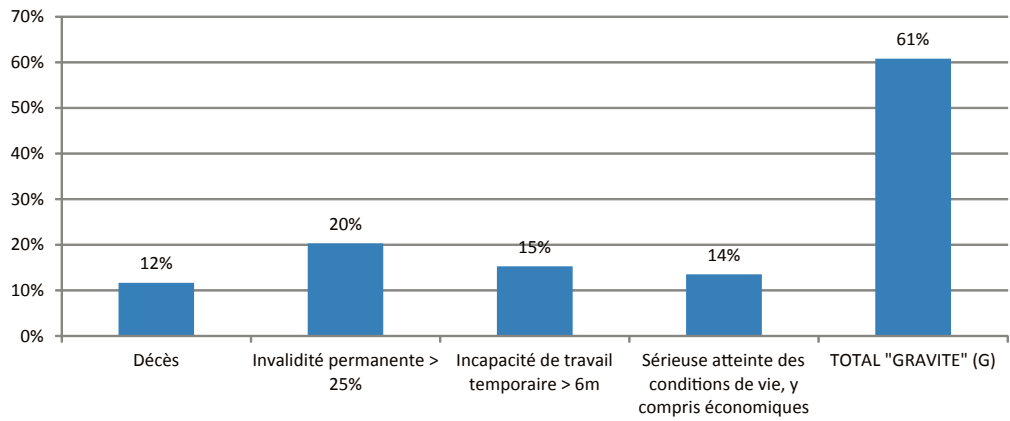
1. Chiffres relatifs aux dossiers

a. Seuil de gravité

Tableau 14 -Gravité						
	Pronostic après la 1 ^{ère} analyse	% TOT A	% TOT G	Avis final du FAM	% TOT A	% TOT G
TOTAL ANALYSE (A)	1729	100%		232	100%	
Décès	202	12%	19%	17	7%	18%
Incapacité permanente > 25%	351	20%	33%	45	19%	47%
Incapacité de travail temporaire > 6m	264	15%	25%	28	12%	29%
Sérieuse atteinte des conditions de vie, y compris économiques	234	14%	22%	6	3%	6%
TOTAL "GRAVITE" (G)	1051	61%	100%	96	41%	100%
Source : Fonds des accidents médicaux						

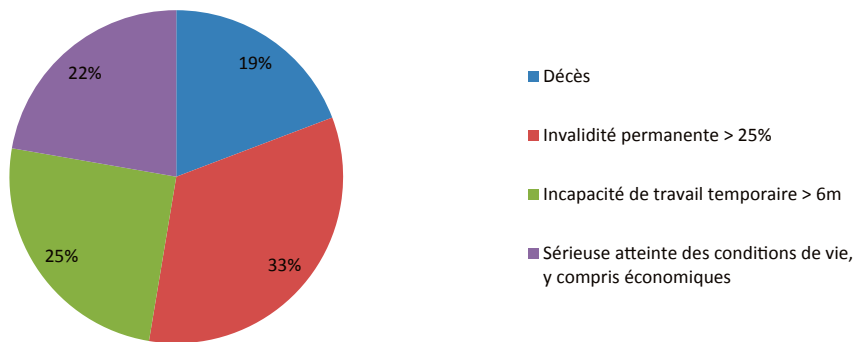
Commentaires : ces chiffres permettent d'identifier les critères légaux en fonction desquels une demande est considérée comme « sérieuse ». Dans la première analyse (colonne 1), le Fonds se base sur les données communiquées par le demandeur. Il est logique qu'un pourcentage plus important de dossiers ait été retenu dans la première analyse comme (potentiellement) sérieux : à ce stade-ci, le Fonds doit se baser sur les indications disponibles. Après avis (colonne 2), il s'avérera par exemple que certains décès ne résultent pas de la prestation de soins, de sorte qu'en termes de pourcentage, moins de dossiers atteignent le seuil de gravité. Ce constat vaut pour les autres critères.

Graphique 22 - % Gravité sur total analyse (A) après 1^{ère} analyse



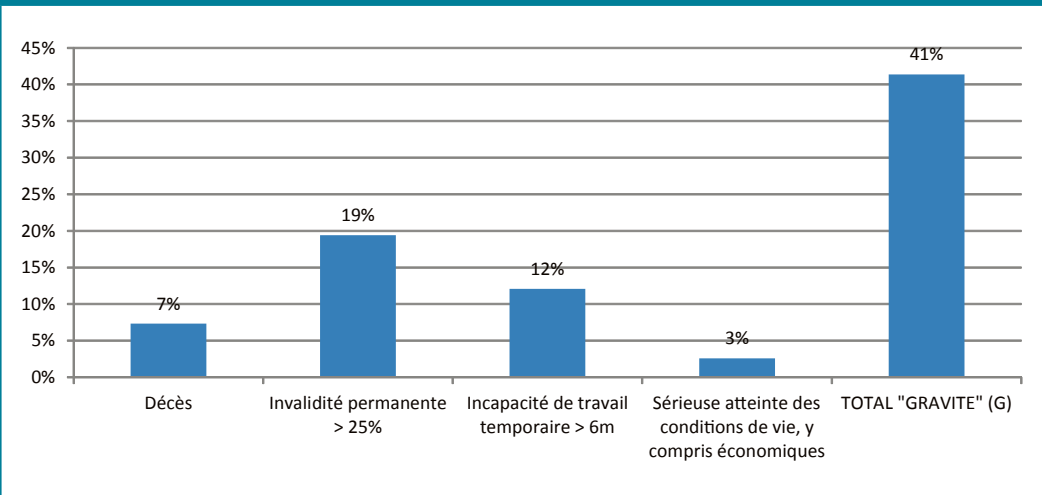
Source : Fonds des accidents médicaux

Graphique 23 - % type Gravité sur total Gravité (G) après 1^{ère} analyse



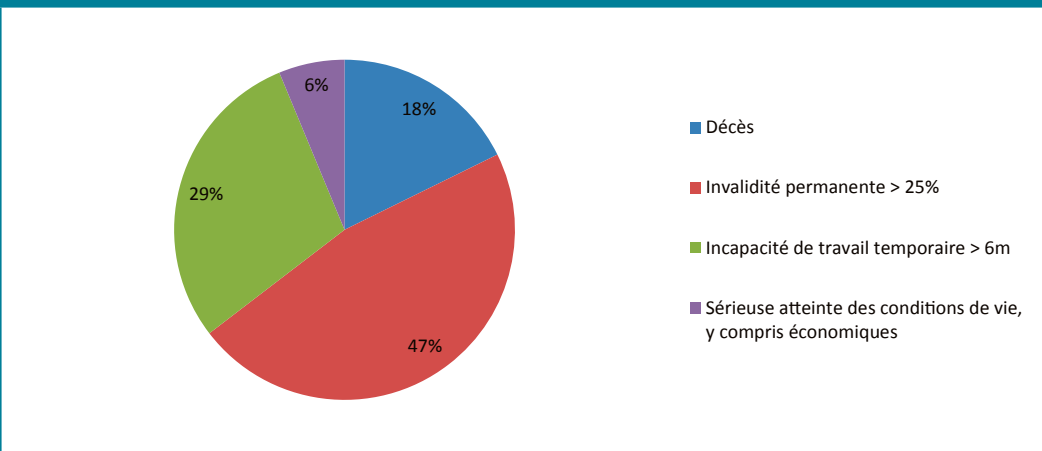
Source : Fonds des accidents médicaux

Graphique 24 - % Gravité sur total analyse (A) après avis final



Source : Fonds des accidents médicaux

Graphique 25 - % type Gravité sur total Gravité (G) après avis final



Source : Fonds des accidents médicaux

b. Lieu de l'accident thérapeutique

Tableau 15 - Lieu de l'accident global : pronostic (1re analyse)		
	Nombre	%
Hôpital *	1702	89%
Autre qu'un hôpital (cabinet, polyclinique...)	163	9%
Non déterminé	46	2%
Institut de médecine préventive	1	0%
TOTAAL	1912	100%
Source : Fonds des accidents médicaux		

Commentaires : comme prévu, la plupart des demandes concernent des prestations de soins dans les hôpitaux.

Tableau 16 - Lieu de l'accident global : au moment de l'avis final		
	Nombre	%
Hôpital *	219	87%
Autre qu'un hôpital (cabinet, polyclinique...)	23	9%
Non déterminé	5	2%
Institut de médecine préventive	1	0%
TOTAAL	253	100%
Source : Fonds des accidents médicaux		

Tableau 17 - *Lieu de l'accident au sein de l'hôpital : pronostic (1^{ère} analyse)

	Nombre	%
Salle d'opération	1037	61%
Hôpital non précisé (NP)	212	12%
Service des urgences	109	6%
Département infirmier	63	4%
Local de consultation	60	4%
Salle d'accouchement	50	3%
Local d'examen technique	43	3%
Département de radiologie	27	2%
Services multiples	21	1%
Divers	80	5%
TOTAL	1702	100%

Source : Fonds des accidents médicaux

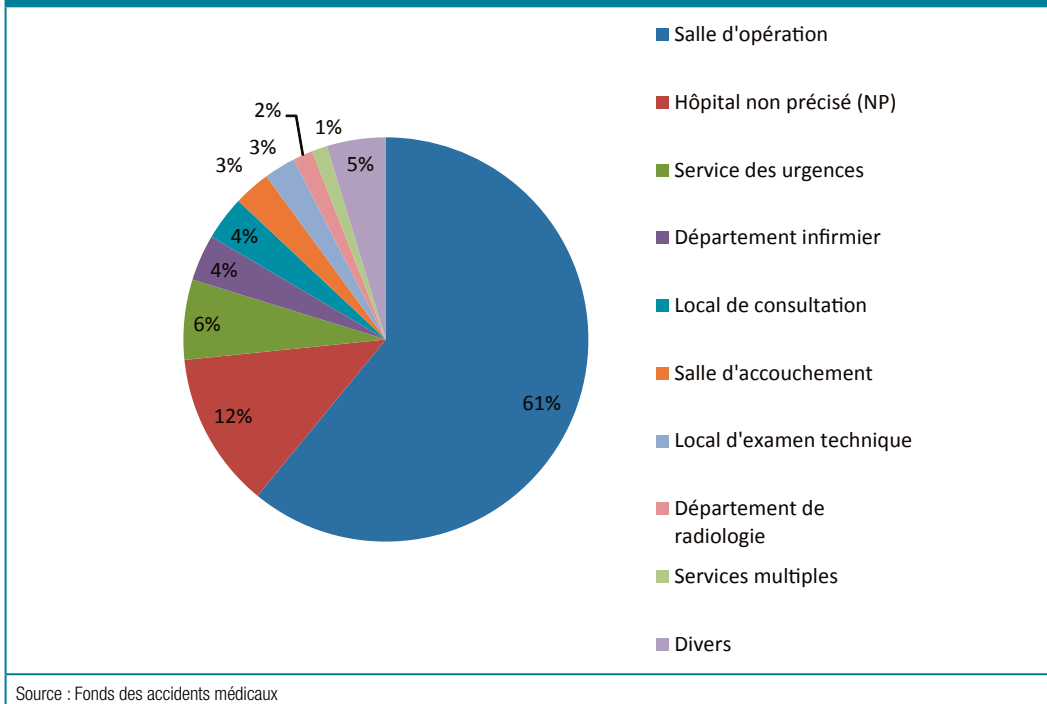
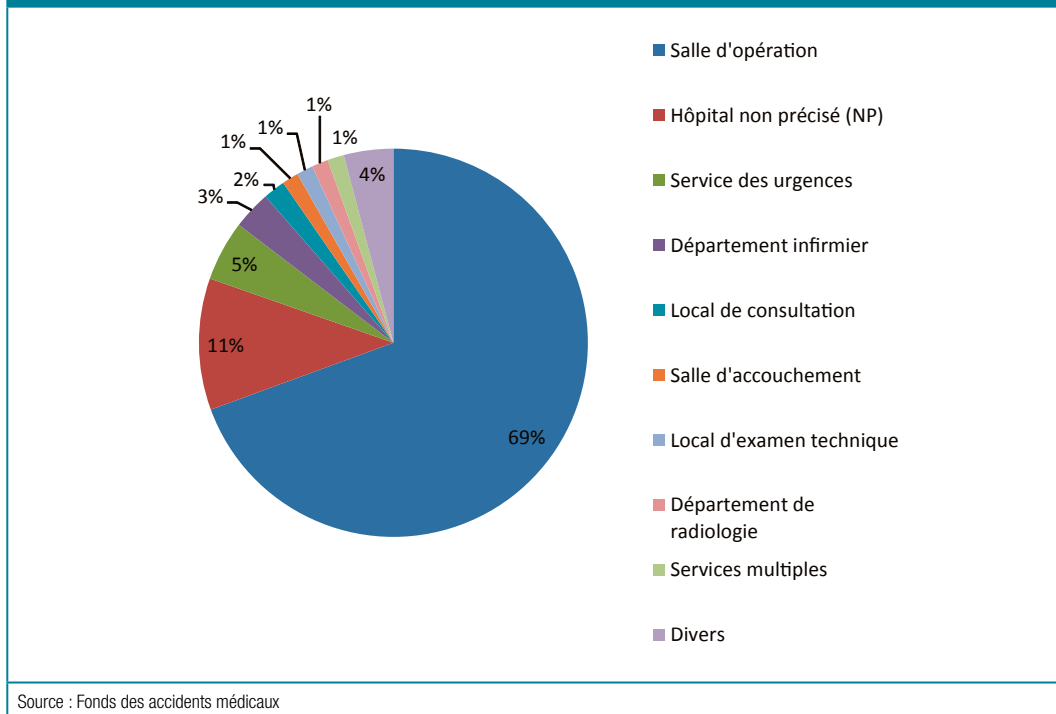
Graphique 26 - Lieu de l'accident au sein de l'hôpital : pronostic (1^{ère} analyse)

Tableau 18 - *Lieu de l'accident au sein de l'hôpital au moment de l'avis final

	Nombre	%
Salle d'opération	152	69%
Hôpital non précisé (NP)	24	11%
Service des urgences	11	5%
Département infirmier	7	3%
Local de consultation	4	2%
Salle d'accouchement	3	1%
Local d'examen technique	3	1%
Département de radiologie	3	1%
Services multiples	3	1%
Divers	9	4%
TOTAL	219	100%

Source : Fonds des accidents médicaux

Graphique 27 - *Lieu de l'accident au sein de l'hôpital au moment de l'avis final

Commentaires : selon les pronostics, donc lors de *la première analyse*, 1.702 accidents thérapeutiques éventuels se sont produits à l'hôpital, dont 1.037 en salle d'opération. L'avis démontre que la plupart des complications surviennent en salle d'opération, ce qui ne surprend pas vraiment. On observe également un nombre relativement élevé d'accidents médicaux au service des urgences.

c. Dispensateurs de soins

Tableau 19 - Dispensateurs de soins concernés : pronostic lors de la 1 ^{ère} analyse		
	Nombre	%
Médecine alternative	3	0,16%
Thérapeute manuel	1	0,05%
Autre	2	0,11%
Médecins	1713	90,44%
Orthopédie	505	26,66%
Chirurgie générale	162	8,55%
Gynécologie-obstétrique	144	7,60%
Neurochirurgie	136	7,18%
Anesthésie	90	4,75%
Médecine d'urgence / médecine aiguë	68	3,59%
Ophtalmologie	61	3,22%
Gastro-entérologie	50	2,64%
Radiologie	45	2,38%
Non précisé (NP)	45	2,38%
Chirurgie vasculaire	43	2,27%
Médecine générale	42	2,22%
Urologie	41	2,16%
Cardiologie	34	1,80%
Chirurgie cardiaque	33	1,74%
Oto-rhino-laryngologie	32	1,69%
Chirurgie plastique	30	1,58%
Chirurgie maxillofaciale et stomatologie	22	1,16%
Oncologie	17	0,90%
Neurologie	13	0,69%
Chirurgie thoracique	13	0,69%
Psychiatrie	12	0,63%
Généraliste interne	11	0,58%
Pneumologie	8	0,42%
Physiothérapie et rééducation	8	0,42%
Pédiatrie	6	0,32%
Gériatrie	5	0,26%
COM (consultation oncologique multidisciplinaire)	5	0,26%
Soins intensifs	5	0,26%
Dermatologie	4	0,21%
Radiothérapie	4	0,21%
Hématologie	3	0,16%
Médecins généralistes	3	0,16%
Néphrologie	3	0,16%

Tableau 19 - Dispensateurs de soins concernés : pronostic lors de la 1^{ère} analyse - suite		
	Nombre	%
Anatomopathologie	2	0,11%
Autre spécialité de médecine	2	0,11%
Rhumatologie	2	0,11%
Médecine adm.	2	0,11%
Endocrinologie	1	0,05%
Allergologie	1	0,05%
Établissement	4	0,21%
Hôpital	4	0,21%
Kinésithérapeute	14	0,74%
Kinésithérapeute	14	0,74%
NP	43	2,27%
NP	43	2,27%
Professions paramédicales	8	0,42%
Transport des patients	3	0,16%
Technicien imagerie médicale	2	0,11%
Audiologue / audicien	1	0,05%
Bandagiste / orthésiste / prothésiste	1	0,05%
Podologie	1	0,05%
Disciplines de l'art dentaire	64	3,38%
Dentistes généralistes / inconnu	61	3,22%
Orthodontie	2	0,11%
Parodontologie	1	0,05%
Praticiens de l'art infirmier	44	2,32%
Praticien de l'art infirmier	44	2,32%
Sages-femmes	1	0,05%
Sage-femme	1	0,05%
TOTAL	1894	100,00%
Source : Fonds des accidents médicaux		

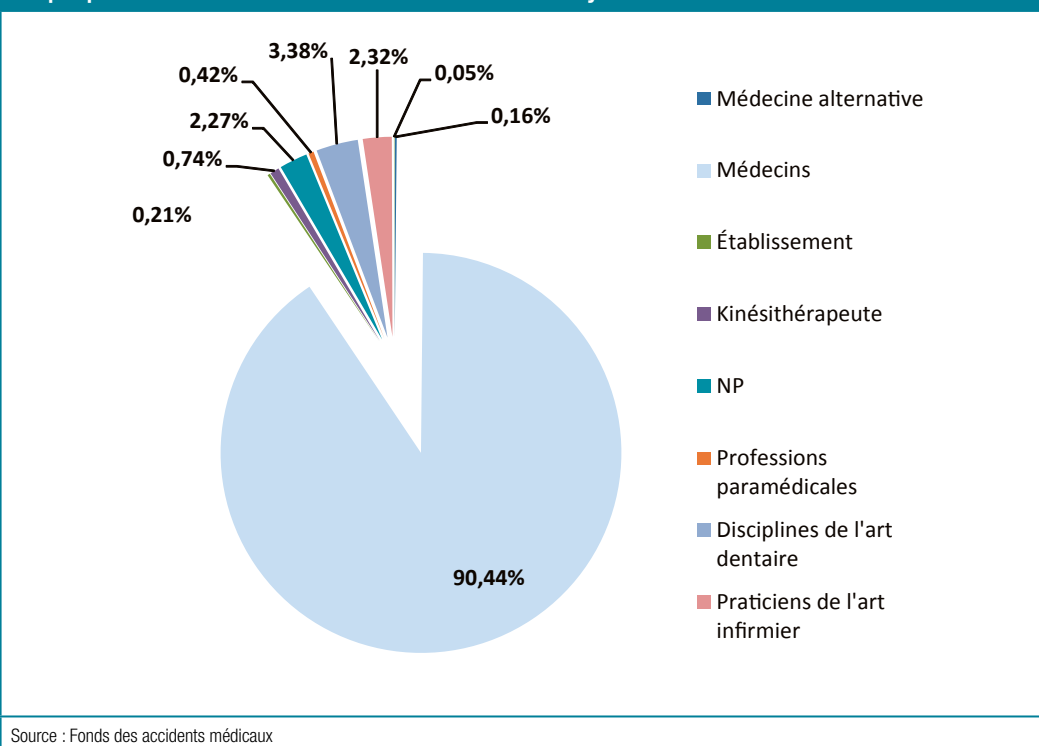
Graphique 28 - Prestataires concernés lors de la 1^{ère} analyse

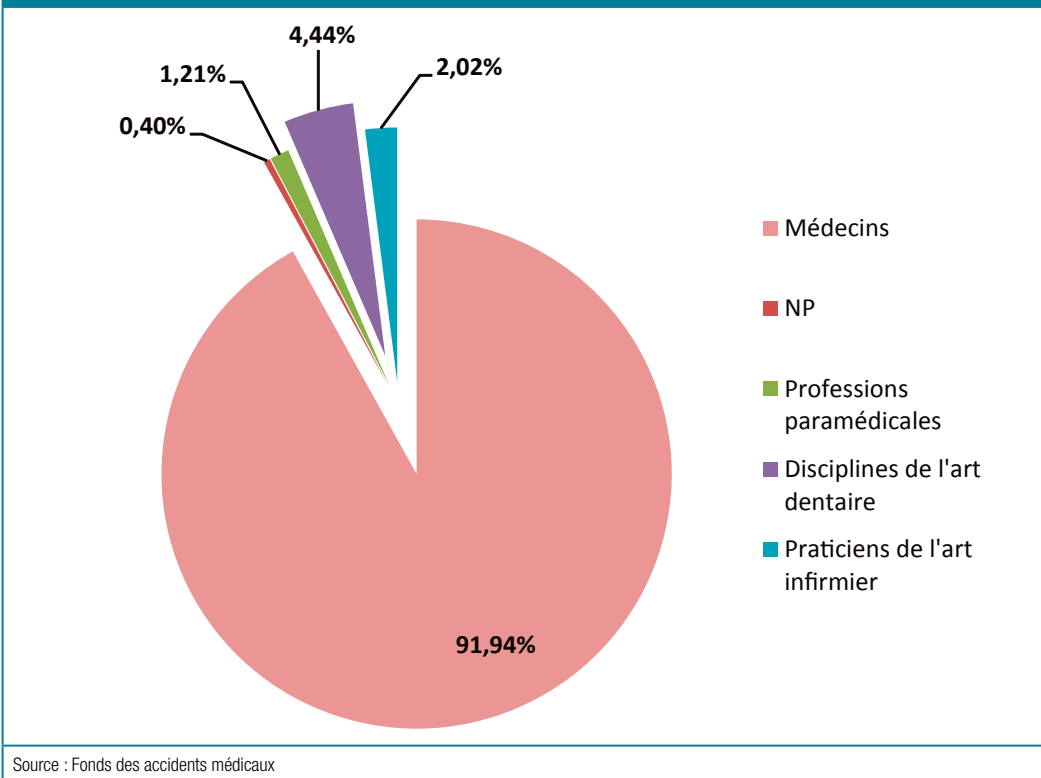
Tableau 20 - Dispensateurs de soins concernés au moment de l'avis final

	Nombre	%
Médecine alternative	0	0,00%
Thérapeute manuel	0	0,00%
Autre	0	0,00%
Médecins	228	91,94%
Orthopédie	60	24,19%
Chirurgie générale	27	10,89%
Neurochirurgie	18	7,26%
Gynécologie-obstétrique	15	6,05%
Anesthésie	15	6,05%
Médecine générale	10	4,03%
Ophtalmologie	8	3,23%
Gastro-entérologie	8	3,23%
Chirurgie vasculaire	7	2,82%
Urologie	7	2,82%
Cardiologie	6	2,42%
Oto-rhino-laryngologie	5	2,02%
Oncologie	4	1,61%
Chirurgie cardiaque	4	1,61%
Physiothérapie et rééducation	3	1,21%
Chirurgie thoracique	3	1,21%
Médecine d'urgence / médecine aiguë	3	1,21%

Tableau 20 - Dispensateurs de soins concernés au moment de l'avis final - suite		
	Nombre	%
NP	3	1,21%
Chirurgie maxillofaciale et stomatologie	3	1,21%
COM (consultation oncologique multidisciplinaire)	3	1,21%
Rhumatologie	2	0,81%
Radiologie	2	0,81%
Médecins généralistes	2	0,81%
Chirurgie plastique	2	0,81%
Radiothérapie	2	0,81%
Soins intensifs	1	0,40%
Psychiatrie	1	0,40%
Autre spécialité de médecine	1	0,40%
Hématologie	1	0,40%
Médecine adm.	1	0,40%
Néphrologie	1	0,40%
Neurologie	0	0,00%
Algemene inwendige	0	0,00%
Pneumologie	0	0,00%
Pédiatrie	0	0,00%
Geriatric	0	0,00%
Dermatologie	0	0,00%
Anatomopathologie	0	0,00%
Endocrinologie	0	0,00%
Allergologie	0	0,00%
Établissement :	0	0,00%
Hôpital	0	0,00%
Kinésithérapeute	0	0,00%
Kinésithérapeute	0	0,00%
NP	1	0,40%
NP	1	0,40%
Professions paramédicales	3	1,21%
Transport des patients	0	0,00%
Technicien imagerie médicale	1	0,40%
Audiologue / audicien	1	0,40%
Bandagiste / orthésiste / prothésiste	1	0,40%
Podologie	0	0,00%
Disciplines de l'art dentaire	11	4,44%
Dentistes généralistes / inconnu	10	4,03%
Orthodontie	0	0,00%
Parodontologie	1	0,40%
Praticiens de l'art infirmier	5	2,02%
Praticien de l'art infirmier	5	2,02%
Sages-femmes	0	0,00%
Sage-femme	0	0,00%
TOTAL	248	100,00%

Source : Fonds des accidents médicaux

Graphique 29 - Prestataires concernés au moment de l'avis final



Commentaires : La vision développée dans le rapport annuel de 2013 est confirmée. La part prise par l'orthopédie *dans les demandes*, mais également dans les avis (donc également l'appréciation finale) est très élevée. On ne peut toutefois en tirer des conclusions prématurées. Un examen est nécessaire pour pouvoir interpréter ces données : dans quelle mesure les demandes introduites auprès du FAM coïncident-elles avec le nombre d'accidents thérapeutiques ? Combien de prestations de soins (chirurgicales versus autres) sont réalisées dans les différentes disciplines ? Quel est le degré de complexité des prestations de soins ? Le nombre de demandes permet-il de mesurer le nombre de complications (par ailleurs : s'agit-il d'erreurs ou de complications évitables ou inévitables ?)

Du reste, la plupart des accidents médicaux se produisent surtout dans le secteur chirurgical. Dans le top 10, seule la médecine générale décroche la sixième place ; rappelons à cet égard que tous les chiffres doivent être mis en rapport avec le nombre total de prestations réalisées par ces disciplines. Nous constatons, par ailleurs, la part très importante qu'occupe l'orthopédie dans les accidents thérapeutiques.

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

Tableau 21 - Dispensateurs de soins + seuil de gravité atteint : pronostic lors de la 1 ^{ère} analyse			
	Nombre	%	Cumul %
Orthopédie	294	27,97%	27,97%
Neurochirurgie	102	9,71%	37,68%
Gynécologie-obstétrique	87	8,28%	45,96%
Chirurgie générale	82	7,80%	53,76%
Non précisé (NP)	50	4,76%	58,52%
Anesthésie	47	4,47%	62,99%
Ophtalmologie	44	4,19%	67,17%
Médecine d'urgence / médecine aiguë	34	3,24%	70,41%
Gastro-entérologie	31	2,95%	73,36%
Chirurgie vasculaire	28	2,66%	76,02%
Radiologie	22	2,09%	78,12%
Urologie	22	2,09%	80,21%
Médecine générale	22	2,09%	82,30%
Praticien de l'art infirmier	21	2,00%	84,30%
Cardiologie	21	2,00%	86,30%
Chirurgie cardiaque	20	1,90%	88,20%
Oto-rhino-laryngologie	16	1,52%	89,72%
Dentistes généralistes / inconnu	11	1,05%	90,77%
Chirurgie thoracique	10	0,95%	91,72%
Neurologie	10	0,95%	92,67%
Oncologie	9	0,86%	93,53%
Psychiatrie	8	0,76%	94,29%
Chirurgie maxillofaciale et stomatologie	7	0,67%	94,96%
Générale interne	6	0,57%	95,53%
Pneumologie	5	0,48%	96,00%
Chirurgie plastique	5	0,48%	96,48%
Pédiatrie	4	0,38%	96,86%
Hôpital	4	0,38%	97,24%
Gériatrie	3	0,29%	97,53%
Kinésithérapeute	3	0,29%	97,81%
Soins intensifs	3	0,29%	98,10%
Néphrologie	3	0,29%	98,38%
Hématologie	3	0,29%	98,67%
Transport des patients	2	0,19%	98,86%
Médecins - non précisé (NP)	2	0,19%	99,05%
COM (consultation oncologique multidisciplinaire)	1	0,10%	99,14%
Médecine adm.	1	0,10%	99,24%

Tableau 21 - Dispensateurs de soins + seuil de gravité atteint : pronostic lors de la 1^{ère} analyse - suite

	Nombre	%	Cumul %
Dermatologie	1	0,10%	99,33%
Sage-femme	1	0,10%	99,43%
Thérapeute manuel	1	0,10%	99,52%
Physiothérapie et rééducation	1	0,10%	99,62%
Allergologie	1	0,10%	99,71%
Podologie	1	0,10%	99,81%
Radiothérapie	1	0,10%	99,90%
Rhumatologie	1	0,10%	100,00%
TOTAL	1051	100,00%	

Source : Fonds des accidents médicaux

Tableau 22 - Dispensateurs de soins + seuil de gravité atteint : au moment de l'avis final

	Nombre	%	Cumul %
Orthopédie	22	22,92 %	22,92%
Neurochirurgie	12	12,50%	35,42%
Chirurgie générale	8	8,33%	43,75%
Anesthésie	8	8,33%	52,08%
Gynécologie-obstétrique	7	7,29%	59,38%
Gastro-entérologie	5	5,21%	64,58%
Chirurgie vasculaire	4	4,17%	68,75%
Ophthalmologie	4	4,17%	72,92%
Médecine générale	4	4,17%	77,08%
Cardiologie	3	3,13%	80,21%
Oto-rhino-laryngologie	2	2,08%	82,29%
Chirurgie thoracique	2	2,08%	84,38%
Chirurgie maxillofaciale et stomatologie	2	2,08%	86,46%
Oncologie	2	2,08%	88,54%
Médecins - non précisé (NP)	1	1,04%	89,58%
Soins intensifs	1	1,04%	90,63%
Chirurgie cardiaque	1	1,04%	91,67%
Psychiatrie	1	1,04%	92,71%
Urologie	1	1,04%	93,75%
Rhumatologie	1	1,04%	94,79%
Praticien de l'art infirmier	1	1,04%	95,83%
Dentistes généralistes / inconnu	1	1,04%	96,88%
Radiologie	1	1,04%	97,92%
Hématologie	1	1,04%	98,96%
Médecine d'urgence / médecine aiguë	1	1,04%	100,00%
TOTAL	96	100,00%	

Source : Fonds des accidents médicaux

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

En ce qui concerne les dossiers finalisés, donc après avis, on continue de constater que les disciplines où le nombre d'accidents thérapeutiques entraînant des dommages sérieux est le plus élevé sont les mêmes que lors de la demande. Les demandes reflètent donc bien les domaines problématiques. On observe, toutefois, une diminution au niveau de la médecine générale.

e. Prestation de soins / action

On entend par « action », une prestation de soins dans un domaine déterminé de la médecine. N'oublions pas non plus qu'une action de type gynécologique, par exemple, peut être réalisée par un chirurgien général ou un urologue.

Tableau 23 - Prestation de soins / action : pronostic lors de la 1 ^{ère} analyse			
	Nombre	%	Cumul %
Action orthopédique	435	23,49%	23,49%
Action générale	202	10,91%	34,40%
Action colonne vertébrale	194	10,48%	44,87%
Action de chirurgie abdominale	132	7,13%	52,00%
Action gynécologique	83	4,48%	56,48%
Action dentaire	64	3,46%	59,94%
Action ophtalmologique	63	3,40%	63,34%
Action obstétrique	62	3,35%	66,68%
Médecine d'urgence	55	2,97%	69,65%
Action anesthésiologique-action algologique	53	2,86%	72,52%
Traitements vasculaires	53	2,86%	75,38%
Action uro-andrologique	44	2,38%	77,75%
Action de médecine interne	40	2,16%	79,91%
Action de chirurgie cardiaque	37	2,00%	81,91%
Action oto-rhino-laryngologique (nez-gorge-oreilles)	35	1,89%	83,80%
Action de chirurgie plastique	33	1,78%	85,58%
Action d'imagerie médicale	32	1,73%	87,31%
Soins/transfert	31	1,67%	88,98%
Action de chirurgie cardiaque	29	1,57%	90,55%
Action de chirurgie thoracique	26	1,40%	91,95%
Action de chirurgie crânienne et cérébrale	21	1,13%	93,09%
Action de chirurgie maxillofaciale et stomatologie	20	1,08%	94,17%
Action oncologique	19	1,03%	95,19%
Action de chirurgie du nerf périphérique	18	0,97%	96,17%
Action de kinésithérapie	13	0,70%	96,87%
Action de mise en place	7	0,38%	97,25%

Tableau 23 - Prestation de soins / action : pronostic lors de la 1^{ère} analyse - suite

	Nombre	%	Cumul %
Action dermatologique	6	0,32%	97,57%
Action obstétricale	6	0,32%	97,89%
NP	6	0,32%	98,22%
Action psychiatrique	6	0,32%	98,54%
Action neurologique	5	0,27%	98,81%
Autre	5	0,27%	99,08%
Action de radiothérapie	5	0,27%	99,35%
Action psychiatrique	5	0,27%	99,62%
Action pneumologique	3	0,16%	99,78%
Action rhumatologique	2	0,11%	99,89 %
Action administrative	1	0,05%	99,95 %
Action d'anatomopathologie	1	0,05%	100,00%
TOTAL	1852	100,00%	

Source : Fonds des accidents médicaux

Tableau 24 - Détail prestation de soins pour quelques types d'actions : pronostic lors de la 1^{ère} analyse

	Nombre
Action orthopédique (c.-à-d. une prestation de soins au niveau des membres de l'appareil locomoteur)	435
Membres inférieurs	303
Membres supérieurs	132
Action colonne vertébrale	189
Action colonne lombo-sacrée	144
Action colonne cervicale	36
Action colonne thoracique	8
Réservoir / pompe	1
Action de chirurgie abdominale	132
Œsophage - estomac	46
Intestin	43
Paroi	17
Vésicule biliaire et voie biliaire	13
Exploration	3
Obstruction / abdomen aigu /traumatisme	2
Pancréas	2
Rate	2
Non précisé (NP)	2
Foie	1
Autre	1

Tableau 24 - Détail prestation de soins pour quelques types d'actions : pronostic lors de la 1^{ère} analyse - suite

	Nombre
Action gynécologique	83
Chirurgicale	76
Non chirurgicale	7
Action ophtalmologique	63
Cataracte	34
Rétine	7
Chirurgie	6
Non précisé (NP)	6
Structures annexes	5
Glaucome	2
Injection intraoculaire	2
Prescription de médicaments, collyres	1
Source : Fonds des accidents médicaux	

Tableau 25 - Prestations de soins / actions au moment de l'avis final

	Nombre	%	Cumul %
Action orthopédique	57	23,08%	23,08%
Action colonne vertébrale	25	10,12%	33,20%
Action générale	24	9,72%	42,91%
Action de chirurgie abdominale	23	9,31%	52,23%
Action dentaire	12	4,86%	57,09%
Action anesthésiologique-action algologique	10	4,05%	61,13%
Action gynécologique	10	4,05%	65,18%
Action ophtalmologique	8	3,24%	68,42%
Action uro-andrologique	8	3,24%	71,66%
Traitements vasculaires	8	3,24%	74,90%
Action de médecine interne	7	2,83%	77,73%
Action obstétrique	6	2,43%	80,16%
Action oto-rhino-laryngologique (nez-gorge-oreilles)	6	2,43%	82,59%
Action oncologique	5	2,02%	84,62%
Action de chirurgie cardiaque	4	1,62%	86,23%
Action de chirurgie cardiaque	4	1,62%	87,85%
Action de mise en place	4	1,62%	89,47%
Action d'imagerie médicale	4	1,62%	91,09%
Action de chirurgie thoracique	4	1,62%	92,71%
Action de chirurgie maxillofaciale et stomatologie	3	1,21%	93,93%
Action de chirurgie plastique	3	1,21%	95,14%
Médecine d'urgence	3	1,21%	96,36%
Action dermatologique	2	0,81%	97,17%

Tableau 25 - Prestations de soins / actions au moment de l'avis final - suite			
	Nombre	%	Cumul %
Action de radiothérapie	2	0,81%	97,98%
Action de chirurgie crânienne et cérébrale	2	0,81%	98,79%
Autre	1	0,40%	99,19 %
Action neurologique	1	0,40%	99,60%
Action rhumatologique	1	0,40%	100,00%
TOTAL	247	100,00%	

Source : Fonds des accidents médicaux

Commentaires : exception faite de « l'action générale » qui regroupe un ensemble d'actions ne relevant pas des précédentes actions, la plupart des prestations de soins sont de nature chirurgicale.

Tableau 26 - Soins dispensés / actions au moment de l'avis final	
	Nombre
Action orthopédique	57
Membres supérieurs	15
Membres inférieurs	42
Action colonne vertébrale	24
Colonne cervicale	3
Colonne lombo-sacrée	19
Réservoir / pompe	1
Colonne thoracique	1
Action de chirurgie abdominale	23
Intestin	9
Vésicule biliaire et voie biliaire	2
Œsophage - estomac	7
Paroi	5
Action gynécologique	10
Chirurgie	10
Action ophtalmologique	8
Structures annexes	2
Cataracte	4
Non précisé (NP)	1
Rétine	1

Source : Fonds des accidents médicaux

f. Lésions directes

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

Tableau 27 - Lésions directes / globalement : pronostic lors de la 1 ^{ère} analyse			
	Nombre	%	Cumul %
Lésions locomotrices (membre supérieur ou inférieur)	431	22,23 %	22,23%
Lésions neurologiques périphériques	205	10,57 %	32,80%
Tractus gastro-intestinal + organes et paroi de l'abdomen	204	10,52%	43,32%
Lésions spinales	188	9,70%	53,02%
Lésions générales	156	8,05%	61,06%
Lésions cérébrales	119	6,14%	67,20%
Système urinaire	83	4,28%	71,48%
Lésions vasculaires	82	4,23%	75,71%
Lésions dentaires et maxillo-faciales	71	3,66%	79,37%
Lésion oculaire	66	3,40%	82,77%
Lésions cutanées et lésions à la suite de chirurgie esthétique	55	2,84%	85,61%
Non précisé (NP)	54	2,78%	88,40%
Lésions obstétriques	42	2,17%	90,56%
Lésions cardiaques	41	2,11%	92,68%
Pulmonaire + paroi du thorax et médiastin	40	2,06%	94,74%
Lésions nez-gorge-oreilles (ORL)	31	1,60%	96,34%
Lésions gynécologiques	26	1,34%	97,68%
Lésions oncologiques	19	0,98%	98,66%
Lésions psychiques	12	0,62%	99,28%
Lésions spécifiques à l'anesthésie	8	0,41%	99,69%
Lésions endocrinologiques	4	0,21%	99,90%
Lésions hématologiques	1	0,05%	99,95%
Lésions découlant de la radiothérapie	1	0,05%	100,00%
TOTAL	1939	100,00%	
Source : Fonds des accidents médicaux			

Tableau 28 - Lésions directes / globalement au moment de l'avis final			
	Nombre	%	Cumul %
Lésions locomotrices (membre supérieur et inférieur)	52	20,31%	20,31%
Tractus gastro-intestinal + organes et paroi de l'abdomen	33	12,89%	33,20%
Lésions neurologiques périphériques	28	10,94%	44,14%
Lésions spinales	24	9,38%	53,51%
Lésions cérébrales	20	7,81%	61,33%
Lésions générales	17	6,64%	67,97%
Système urinaire	14	5,47%	73,44%
Lésions vasculaires	14	5,47%	78,90%
Non précisé (NP)	10	3,91%	82,81%
Lésions dentaires et maxillo-faciales	9	3,52%	86,33%
Lésions cutanées et lésions à la suite de chirurgie esthétique	8	3,13%	89,45%
Lésion oculaire	7	2,73%	92,19%
Lésions cardiaques	5	1,95%	94,14%
Lésions gynécologiques	3	1,17%	95,31%
Pulmonaire + paroi du thorax et médiastin	3	1,17%	96,48%
Lésion ORL	2	0,78%	97,26%
Lésions obstétriques	2	0,78%	98,04%
Lésions psychiques	2	0,78%	98,83%
Lésions spécifiques à l'anesthésie	1	0,39%	99,22%
Lésions endocrinologiques	1	0,39%	99,61%
Lésions oncologiques	1	0,39%	100,00%
TOTAL	256	100,00%	

Source : Fonds des accidents médicaux

g. Séquelles

Tableau 29 - Séquelles : pronostic lors de la 1 ^{re} analyse	
	Nombre
Séquelles locomotrices	493
Séquelles générales	336
Séquelles neurologiques périphériques	186
Séquelles spinales	163
Séquelles cérébrales	136
Séquelles gastro-intestinales	135
Séquelles ophtalmologiques	73
Non précisé (NP)	71
Séquelles uro-néphrologiques	58
Séquelles dentaires et maxillo-faciales	51
Séquelles cardiaques	41
Séquelles ORL	34
Séquelles sous forme de cicatrice - infections superficielles	33
Séquelles touchant les voies respiratoires	31
Séquelles psychiques	25
Séquelles de chirurgie esthétique	20
Séquelles obstétriques (fœtus et mère)	18
Multiplés	16
Séquelles vasculaires périphériques	13
Séquelles gynécologiques	13
Séquelles andrologiques	12
Séquelles oncologiques	10
Autre	7
Séquelles endocrines	3
Séquelles hématologiques	1
Séquelles spléniques	1
TOTAL	1980
Source : Fonds des accidents médicaux	

Tableau 30 - Séquelles au moment de l'avis final

	Nombre
Séquelles générales	55
Séquelles locomotrices	52
Séquelles neurologiques périphériques	26
Séquelles gastro-intestinales	25
Séquelles cérébrales	21
Séquelles spinales	21
Séquelles uro-néphrologiques	9
Séquelles dentaires et maxillo-faciales	8
Séquelles psychiques	8
Séquelles ophtalmologiques	8
Séquelles ORL	6
Séquelles sous forme de cicatrice - infections superficielles	5
Non précisé (NP)	4
Séquelles cardiaques	4
Séquelles touchant les voies respiratoires	3
Séquelles vasculaires périphériques	3
Séquelles oncologiques	2
Séquelles andrologiques	2
Autre	1
Séquelles de chirurgie esthétique	1
Séquelles endocrines	1
Séquelles obstétriques spécifiques	1
TOTAL	266
Source : Fonds des accidents médicaux	

III. Autres activités des médecins

1. Médecins internes

En 2014, le gel des recrutements a été décidé pour les services publics. Finalement, un médecin néerlandophone et deux médecins francophones ont été recrutés en 2014.

2. Réseau d'experts externes

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

La meilleure solution à ce jour consiste en des « expertises en duo » : un médecin expérimenté et/ou formé en expertise (judiciaire) collabore avec un spécialiste en la matière. De nombreux contacts ont été pris et pour 2015, les procédures ont été entamées en vue de continuer à élargir progressivement le réseau d'experts.

3. Présentations

Chaque fois il apparaît à nouveau que les objectifs du Fonds des accidents médicaux ne sont pas clairs ou sont méconnus, tant parmi les dispensateurs de soins que parmi le grand public. Ceci donne lieu à des demandes inutiles et à de faux espoirs.

Les collaborateurs du Fonds consacrent dès lors aussi du temps à aller présenter le FAM à des associations scientifiques de médecins et autres, lors de symposiums, de réunions de GLEM (groupes locaux d'évaluation médicale) de médecins, etc., à l'exception des initiatives commerciales.

- Symposium UA : Verzekeringssymposium (symposium sur l'assurance), 01/02/2014, Anvers : « Les procédures du FAM »
- Journée d'étude de l'APSAR (Association professionnelle belge des médecins spécialistes en anesthésie-réanimation), 22/02/2014, Bruxelles : « Le Fonds des accidents médicaux »
- Réunion du groupe GLEM chirurgie Waasland, Belsele, 19/3/2014 « Le Fonds des accidents médicaux, les procédures et la pratique »
- Réunion des experts médicaux de Flandre occidentale, 28/5/2014, Roeselaere : « FAM, les procédures et la pratique »
- Symposium de la « Koninklijke Artsenvereniging Antwerpen », Anvers, 10/6/2014 : « Le FAM : c'est quoi ? Comment ? Quand ? »
- Réunion des médecins-conseils de Flandre orientale, Melle : xxxxxxx « FAM, les procédures et la pratique »
- Soirée d'étude du FAM pour les experts, 25/11/2014 : « le FAM et ses experts, une actualisation ».
- Manama Verzekeringsgeneeskunde, UA, 2/12/2014 : « Le Fonds des accidents médicaux »

À l'occasion de ces rencontres avec les dispensateurs de soins, nous constatons à chaque fois qu'ils se font encore de fausses idées sur la loi pour l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux et sur le Fonds. Citons comme exemple frappant le fait qu'ils pensent que la loi du 31 mars 2010 est une loi « no fault » et qu'ils imaginent à tort que le Fonds verse des indemnités dans tous les cas de lésions graves.

4. Consentement éclairé

Dans les premiers rapports qu'il a reçus des *experts*, le Fonds a constaté que les experts traitent souvent le consentement éclairé (c'est-à-dire les informations données au patient et le consentement de ce dernier pour la dispensation de soins) avec désinvolture. Les *dispensateurs de soins* eux-mêmes connaissent trop peu (les dispositions de) la loi relative aux droits du patient à ce sujet. C'est pourquoi l'an dernier le FAM a été attentif à cet aspect tant au moment de récolter des informations qu'au moment de l'expertise.

En identifiant les informations fournies mais aussi les preuves qu'une expertise permet de rassembler au sujet de ces informations, le Fonds espère pouvoir traiter de manière plus approfondie le cas individuel. Le Fonds souhaite ainsi également récolter des données qui permettent de mieux comprendre cet aspect des soins.

Partie 5
Informations financières
« missions »



Après avoir abordé les statistiques relatives aux activités « missions » du Fonds, il convient de jeter un œil sur le budget et le coût potentiel de ces différentes missions pour le Fonds. C'est pourquoi cette 5^e partie est consacrée aux informations financières et aux budgets 2014 et 2015 du Fonds. Ces budgets seront présentés en deux parties, une partie relative aux missions du Fonds et une partie relative aux dépenses de fonctionnement du Fonds (budget de gestion).

Depuis la mise en place effective du Fonds le 1^{er} septembre 2012, de nombreuses expertises ont été réalisées et la première indemnisation a été versée dans le courant du mois de décembre 2014. Par ailleurs, le Fonds procède actuellement à la détermination de plusieurs autres montants d'indemnisation qui seront versés dans les prochains mois. Nous serons donc en mesure de fournir des statistiques relatives à ces indemnisations dans notre prochain rapport annuel. En effet, un seul versement d'indemnisation n'est pas suffisant pour tirer des conclusions significatives tant au niveau de la nature des indemnisations que des montants de celles-ci. Nous nous contenterons donc de mentionner les caractéristiques de la première indemnisation versée par le Fonds.

En revanche, nous aborderons ci-dessous les statistiques financières relatives aux coûts des expertises nécessaires à la bonne exécution des missions du Fonds. 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 Fonds.

I. Budget 2014 et 2015 – Missions

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

Tableau 31 - Budget missions 2014	
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 : <ul style="list-style-type: none"> ○ Indemnisations : 2.500.000 EUR ○ Sinistres catastrophiques : 4.753.024 EUR ○ Infections nosocomiales : 1.414.305 EUR ○ EMA : 2.948.000 EUR 	11.665.329
TOTAL	12.580.329

Le tableau ci-dessous présente les moyens 2015 mis à disposition du Fonds pour exécuter ses missions.

Tableau 32 - Budget missions 2015	
Rubrique	Budget 2015
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 : <ul style="list-style-type: none"> ○ Indemnisations : 2.601.000 EUR ○ Sinistres catastrophiques : 4.895.613 EUR ○ Infections nosocomiales : 1.456.733 EUR ○ EMA : 1.503.180 EUR 	10.456.526
TOTAL	11.371.526

Commentaires

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

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

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

Ces budgets « missions » ont été établis sur base des données réelles existantes (principalement pour les frais d'expertises), 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 2014 et 2015 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 2014 et plus particulièrement les dépenses liées aux expertises qu'elles soient unilatérales ou contradictoires.

II. Budget 2014 et 2015 – Gestion

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

Les tableaux ci-dessous reprennent les budgets de gestion du Fonds respectivement pour les années 2014 et 2015.

Tableau 33 - Budget de gestion 2014		
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%

Budget 2015	TOTAL	%
Personnel	3.034.029	66,3%
Fonctionnement ordinaire	665.867	14,5%
Investissements mobiliers	32.231	0,7%
Fonctionnement informatique	745.090	16,3%
Investissements informatiques	100.000	2,2%
TOTAL budget de gestion	4.577.217	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 Fonds (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 Fonds ou encore la réalisation d'un système de gestion de dossiers performant.

Il faut noter que le budget 2014 a été adapté à une reprise en cours d'année afin d'effectuer un transfert du budget 2013 vers le budget 2014 pour le projet DAMO (système de gestion de dossiers) du FAM. Ce transfert a eu pour impact une augmentation du budget de gestion de 252.964 EUR.

En ce qui concerne le budget 2015, les crédits de personnel ont été revus à la hausse afin de tenir compte du nouveau plan de personnel alors que le budget des missions a été adapté aux besoins réels estimés pour le Fonds sur base de l'exercice 2014.

Pour ce qui est de la répartition du budget de gestion du Fonds, on constate sans surprise que les dépenses de personnel sont le plus importantes avec 66% du budget de gestion. On retrouve ensuite les dépenses de fonctionnement nécessaires pour que le Fonds puisse exercer les missions qui lui sont confiées dans les meilleures conditions possibles et notamment grâce au développement d'un outil informatique performant de gestion des dossiers. Les investissements, quant à eux, ne représentent qu'une part minime du budget de gestion.

III. Statistiques financières concernant les missions

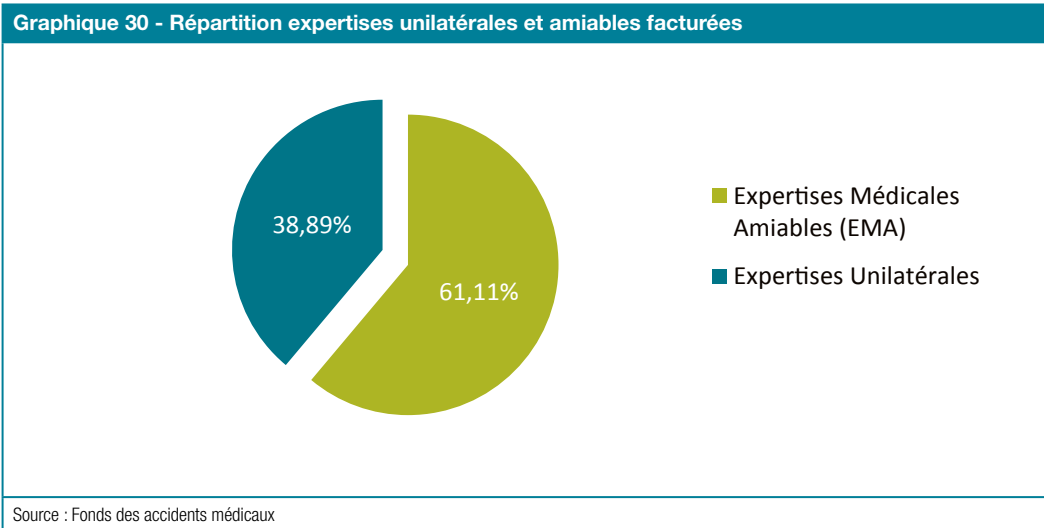
Il est temps maintenant de passer aux statistiques « missions » du Fonds. En effet, de nombreuses expertises ont été réalisées par le Fonds et ont permis de récolter certaines données financières relatives aux missions du Fonds. Nous nous attacherons donc, dans cette partie, à donner des statistiques et informations concernant le coût de ces expertises. Nous devons malheureusement nous limiter aux expertises étant donné que, comme dit précédemment, seule une indemnisation a été effectivement octroyée à ce jour (18/02/2015).

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

Le tableau ci-dessous résume les données relatives aux expertises et demandes d'avis facturées depuis le démarrage du Fonds (arrêtées au 18/02/15) :

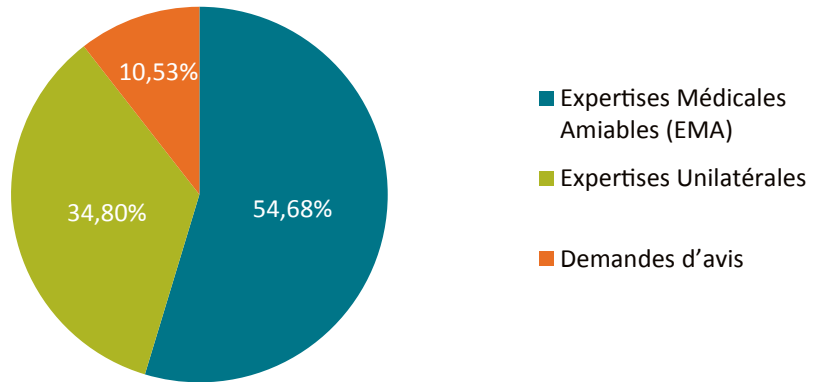
Tableau 35 - Coût des expertises du FAM			
Type	Nombre d'expertises facturées	Coût total	Coût moyen
Expertises Médicales Amiables (EMA)	187	397.974,33 EUR	2.128,20 EUR
Expertises Unilatérales	119	127.938,46 EUR	1.075,11 EUR
Total expertises	306	525.912,79 EUR	-
Demandes d'avis	36	58.110,48 EUR	1.614,18 EUR
Total global	342	584.023,27 EUR	-

La première constatation est que les expertises médicales amiables sont plus nombreuses que les expertises unilatérales. En effet, comme nous le montre le graphique ci-dessous, les proportions d'expertises amiables et unilatérales sur l'ensemble des expertises sont respectivement de 61,11% et 38,89%. C'est un constat intéressant lorsque l'on sait qu'un an auparavant, la proportion était de 49,55 pour les EMA et 50,45% pour les unilatérales. On constate donc qu'il y a eu une progression plus forte des EMA par rapport aux unilatérales. Enfin, mentionnons également que le nombre d'expertises facturées sur les neuf derniers mois a plus que doublé tant pour les EMA (de 55 au 28/05/14 à 187 au 18/02/15) que pour les unilatérales (de 56 au 28/05/14 à 119 au 18/02/15).



Si on inclut les demandes d'avis dans ce graphique, on constate que celles-ci représentent à peine plus de 10% des demandes formulées par le Fonds auprès de tiers afin d'effectuer correctement ses missions. Ce constat est assez logique étant donné que les avis des avocats spécialisés ne sont demandés qu'en fin de traitement des dossiers, après que les expertises amiables et unilatérales aient permis de dégager les dossiers pour lesquels une indemnisation est envisageable.

Graphique 31 - Répartition expertises et demandes d'avis facturées

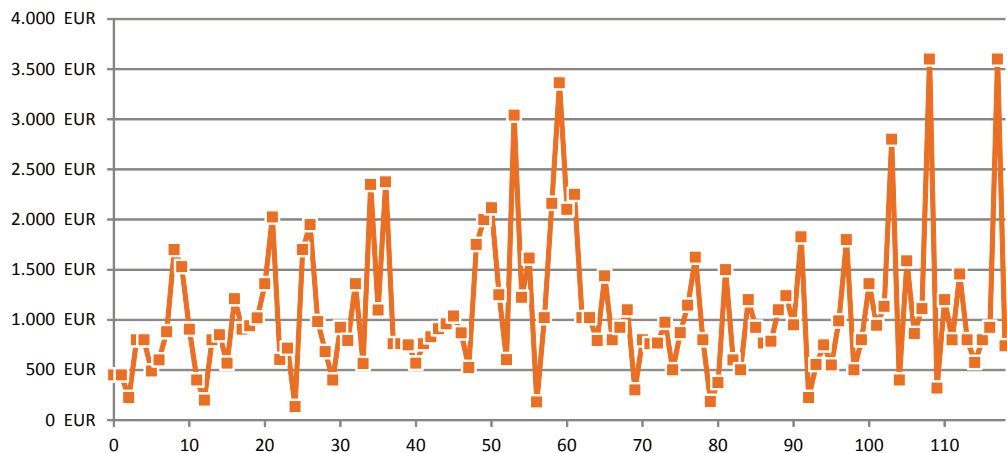


Source : Fonds des accidents médicaux

En ce qui concerne le coût de ces expertises et demandes, c'est sans surprise que l'on constate que les EMA sont les plus onéreuses avec un coût moyen de 2.128,20 EUR contre 1.614,18 EUR pour les demandes d'avis et 1.075,11 EUR pour les expertises unilatérales. Si on compare ces chiffres avec ceux du rapport précédent, on constate que les coûts moyens ont augmentés de 788,59 EUR pour les EMA et de 37,98 EUR pour les unilatérales.

Au niveau des coûts, ce tableau est intéressant mais ne donne pas de détail sur la fourchette de coût. En effet, il est utile de voir si toutes les expertises et demandes d'avis se situent toutes dans le même ordre de coût ou bien si quelques-unes font gonfler la moyenne. C'est pourquoi les graphiques ci-dessous reprennent l'ensemble des expertises et demandes facturées et leurs coûts respectifs.

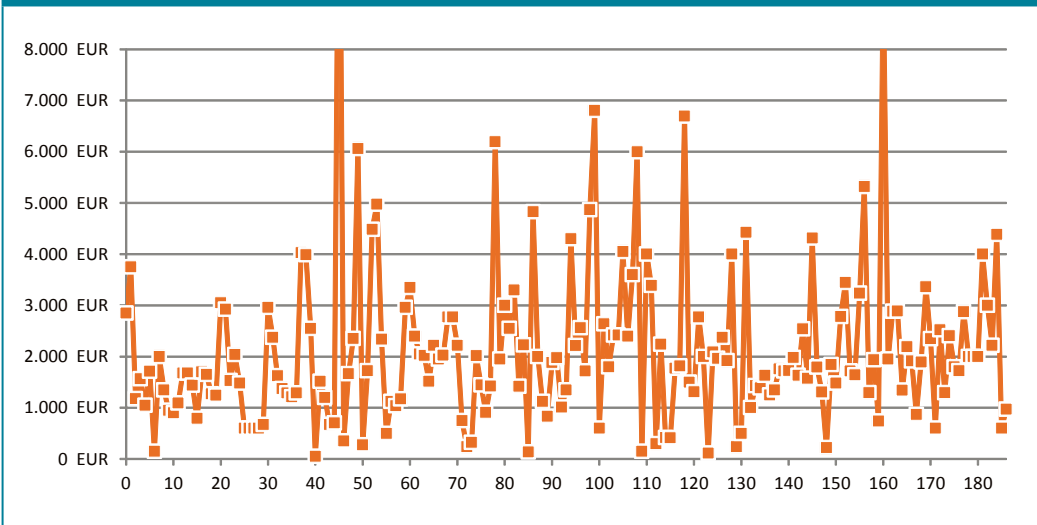
Graphique 32 - Coûts des expertises unilatérales



Source : Fonds des accidents médicaux

On peut constater sur ce graphique que les coûts des expertises unilatérales sont relativement homogènes. En effet, la grande majorité des coûts se situe entre 50 et 2.500 EUR avec une moyenne proche de 1.000 EUR comme mentionné ci-dessus. Seules cinq expertises dépassent les 2.500 EUR, ce qui représente moins de 5% des expertises unilatérales.

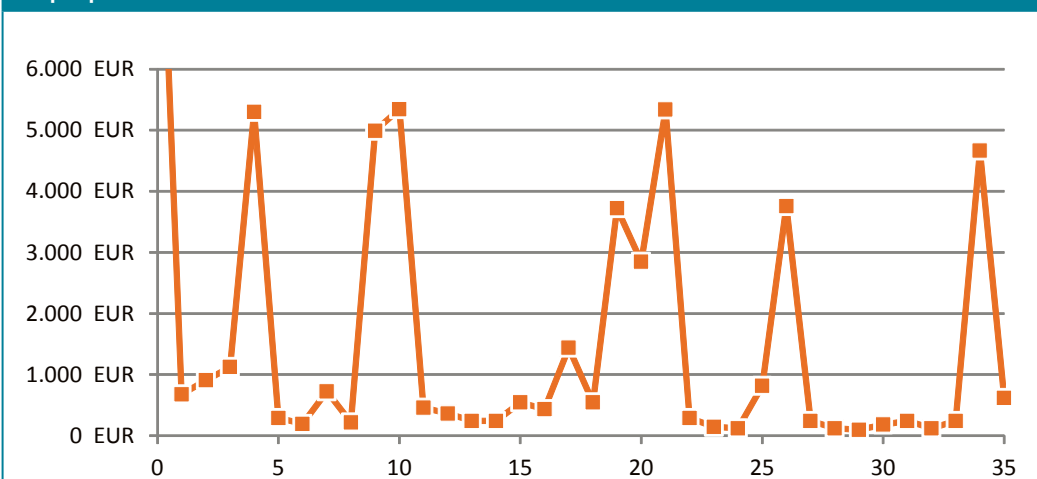
Graphique 33 - Coûts des expertises médicales amiables



Source : Fonds des accidents médicaux

Par rapport au graphique précédent, on se rend compte que les coûts des expertises amiables sont non seulement plus volatils mais également plus élevés. En effet, ceux-ci se situent dans une marge plus large comprise entre 50 et 7.000 EUR (il est à noter que deux EMA sortent du graphique avec des montants de 13.400 EUR et 9.400 EUR mais pour une question de lisibilité, il a été choisi de limiter la valeur de l'axe à 8.000 EUR). Cependant, il faut nuancer cette constatation car la plupart des coûts naviguent entre des montants de 100 EUR et 3.000 EUR, ce qui est beaucoup plus raisonnable que les 7.000 EUR mentionnés ci-avant. En effet, 156 EMA sur 187 (soit plus de 80%) se situent dans cette fourchette de coût.

Graphique 34 - Coûts des demandes d'avis



Source : Fonds des accidents médicaux

En ce qui concerne les demandes d'avis, on se rend compte qu'il peut y avoir de grandes disparités dans les coûts puisque ceux-ci varient de 96,80 EUR pour la moins onéreuse à 10.500 EUR pour la plus coûteuse (qui n'apparaît qu'en partie dans le graphique pour une raison de lisibilité). L'explication de ces fortes variations se trouve dans le nombre d'avis par facture. En effet, alors que pour les expertises une facture est généralement liée à un seul dossier, pour les demandes d'avis, une même facture peut être envoyée pour plusieurs dossiers simultanément.

Enfin, terminons ce chapitre consacré aux informations financières en rappelant que la première indemnisation d'une victime d'un accident médical a été versée en décembre 2014 et s'élevait à 122.575,01 EUR. D'autres indemnisations sont à venir et feront l'objet d'une analyse détaillée dans le prochain rapport du Fonds.

Partie 6

Recommandations pour prévenir les dommages résultants de soins de santé



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 Fonds pour prévenir les dommages résultant de soins de santé. En effet, cette loi attribue au Fonds, 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 Fonds.

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

Dans le courant de l'année 2014, le Fonds a déployé des efforts considérables pour affiner ses statistiques. Ces efforts combinés à l'augmentation constante du nombre de dossiers lui permettent à ce jour de disposer des informations de base suffisantes afin de passer d'une première phase de simple constat chiffré à une seconde phase (à partir de 2016) de mise en perspective des chiffres d'accidents médicaux en rapport avec l'activité médicale (voir les questions évoquées dans la partie 4bis « statistiques médicales ». Si les taux de fréquence ou de gravité se confirment, une fois ramenés sur l'activité globale de ces disciplines ou interventions médicales, alors nous pourrons ensuite dans une troisième phase, en discussion avec les secteurs concernés, essayer d'en expliquer les causes et de là, en dernière étape, proposer des recommandations et des mesures de prévention.

Les contacts que nous entretenons avec d'autres services similaires dans d'autres pays nous aideront également à vérifier si nos constats révèlent ou non des particularités belges ou si nous nous inscrivons dans des tendances générales. Nous pourrons aussi bien entendu voir dans quelles mesures les recommandations éventuellement faites à l'étranger sont appliquées ou peuvent s'appliquer en Belgique.

Le chemin est donc encore assez conséquent pour faire de notre service un centre de connaissance et d'expertise qui au départ de sa pratique peut en tirer des enseignements pour l'ensemble du secteur des soins de santé. Mais nous avançons résolument vers cet objectif !

Partie 7

Avis du Fonds



Avis du Fonds

La loi du 31 mars 2010 prévoit que le rapport annuel comprend les avis du Fonds 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 (notamment quant à la législation applicable au traitement des accidents médicaux).

Ici sont également repris les recommandations internes issues du Comité de gestion (en vue de clarifier les processus de gestion des dossiers ou l'interprétation concrète de la législation dans nos procédures) ainsi que les avis relatifs à la gestion (budget, personnel, etc.) et qui demandent une publicité particulière en externe et utile à l'externe !

En 2014, il n'y a pas eu de demande externe d'avis. D'initiative, le Fonds n'a pas non plus dû rendre un avis sur des changements législatifs envisagés dans le domaine de compétence du Fonds ou pouvant impacter celui-ci.

En interne, le Comité de Gestion et ses groupes de travail n'ont pas, en 2014, arrêté de guidelines demandant une publication ou une information en externe.

Date de publication : Septembre 2015

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/2015/0401/24