

## I. Fonds des accidents médicaux (FAM)

Proposition d'indemnisation – Responsabilité - Combien de demandeurs obtiennent-ils une indemnité - Combien d'experts (médecins) le fonds collabore-t-il ? - Comment ces experts sont-ils rémunérés ?

Question n° 1638 posée le 1<sup>er</sup> août 2022 au Vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique par Madame la Représentante DEPRAETERE<sup>1</sup>

Le Fonds des accidents médicaux (FAM) examine si un dommage engage ou non la responsabilité d'un prestataire de soins. À cet égard et en toutes circonstances, ce fonds fournit un avis gratuitement. Cet avis n'est pas contraignant, ce qui signifie que la victime pourra toujours s'adresser au tribunal.

Ensuite, dans les cas suivants, le fonds fera une proposition d'indemnisation :

- si la responsabilité du prestataire de soins est engagée, le FAM réclamera le paiement d'une indemnité par l'assureur du prestataire de soins. Sur demande, le fonds avancera cette indemnité, quel que soit le degré de gravité du dommage
- si la responsabilité du prestataire de soins n'est pas engagée, le FAM paiera une indemnité à des conditions strictes, à savoir que l'accident ne peut pas être dû à l'état de santé du patient, que l'accident a causé un préjudice anormal et que ce préjudice répond à des critères de gravité (invalidité permanente de 25 % minimum, incapacité de travail temporaire d'au moins six mois, perturbations particulièrement importantes des conditions de vie (y compris économiques), décès). Par préjudice anormal, on entend que ces dommages n'auraient pas dû se produire, compte tenu des avancées scientifiques actuelles, de l'état de santé du patient et de son évolution objective probable.

1. Combien de demandeurs obtiennent-ils une indemnité par rapport au nombre total de demandeurs ?

2. La Cour des comptes a déjà fait remarquer précédemment que le seuil pour déposer une plainte auprès du FAM était trop bas. Combien de plaintes le fonds a-t-il reçues ces cinq dernières années ? Dans combien de cas une procédure a-t-elle été entamée et clôturée ?

3. Avec combien d'experts (médecins) le fonds collabore-t-il ? Comment ces experts sont-ils rémunérés ?

### Réponse

Avant de répondre à vos questions précises, je tiens à clarifier certains points.

Comme vous le faites remarquer à juste titre, le Fonds indemnise les victimes de dommages résultant de soins de santé dans les limites des articles 4 et 5 de la loi.

1. Bulletin n° 103, Chambre, session ordinaire 2022-2023, p. 173.

Le Fonds indemnise donc uniquement les dommages qui résultent de soins de santé, et donc pas les éventuels dommages qui n'ont pas de lien avec des soins de santé ou qui découlent de l'état du patient et de son évolution objectivement prévisible, comme l'échec thérapeutique ou un diagnostic erroné sans faute.

Sauf circonstances exceptionnelles, une indemnisation du Fonds exige également que le seuil de gravité soit atteint.

Pour obtenir l'indemnisation d'un dommage résultant de soins de santé, la victime peut s'adresser soit à la justice soit au Fonds. L'introduction d'une demande auprès du Fonds suspend de plein droit l'examen et le jugement des actions civiles relatives à l'accident médical.

Pour les demandes dans lesquelles le Fonds retient dans son avis une responsabilité du dispensateur de soins et où le seuil de gravité est atteint, le Fonds invite dans tous les cas la partie responsable et/ou son assureur à verser une indemnisation. Ce n'est que si ce dernier refuse d'indemniser que le Fonds se charge d'indemniser sur fonds propres. Dans les cas où le Fonds procède à une indemnisation, il récupérera cette indemnisation devant le tribunal.

Pour les demandes dans lesquelles le Fonds retient dans son avis une responsabilité du dispensateur de soins et où le seuil de gravité n'est pas atteint, le Fonds n'indemnise pas sauf si le dispensateur de soins n'est pas assuré. De plus, le Fonds peut encore intervenir quand le dispensateur de soins ou son assureur formule une offre d'indemnisation que le Fonds juge insuffisante.

1. Pour éviter tout malentendu, il importe de savoir que le Fonds fait toujours rapport dans des dossiers de patients et non des dossiers de demande. Pour un seul dossier de patient, il peut y avoir plusieurs dossiers de demande, comme par exemple s'il y a plusieurs enfants lors du décès d'un parent.

Jusqu'en juillet 2022, le Fonds a enregistré 6.200 dossiers.

Dans 80 % de ces dossiers, le Fonds a rendu un avis ou le dossier a été clôturé anticipativement, par exemple pour cause de non-recevabilité ou à la demande du demandeur.

Pour les 4.000 dossiers dans lesquels le Fonds a rendu un avis, il a retenu à 485 reprises que le seuil de gravité a été atteint et qu'il y avait soit une responsabilité d'un dispensateur de soins, soit un accident médical sans responsabilité, et qu'une indemnisation de la part du Fonds était donc possible. Il est important de noter que dans les dossiers dans lesquels une responsabilité a été retenue et où le seuil de gravité a été atteint, le dispensateur de soins ou son assurance semblaient disposés à indemniser dans un tiers de ces dossiers.

Dans 283 dossiers, le Fonds a jugé qu'il y avait une responsabilité d'un dispensateur de soins mais que le seuil de gravité n'avait pas été atteint. Dans ces cas-là, le Fonds n'indemnise pas. Le nombre de cas de dispensateurs de soins insuffisamment assurés ou non assurés est extrêmement limité.

2. La remarque de la Cour des Comptes est justifiée : il n'y a pas de seuil à franchir pour déposer une demande auprès du Fonds. Toute demande introduite auprès du Fonds est traitée.

	Nombre de nouvelles demandes	Nombre de dossiers terminés
2017	505	599
2018	480	616
2019	457	602
2020	359	615
2021	380	850

3. Le cadre du personnel du Fonds prévoit une dizaine de médecins. Ces médecins sont rémunérés comme les fonctionnaires qui travaillent pour l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

En outre, le Fonds dispose d'un certain nombre d'experts externes. Ces médecins sont recrutés par voie de marché public. Ce marché public est chaque fois lancé pour quatre ans. La rémunération convenue dans ce marché public l'est par heure. Lorsqu'aucun médecin n'est disponible dans le cadre de ce marché public, il peut être exceptionnellement fait appel à un autre médecin, dans ces cas-là avec une mission unique.

Le Fonds compte actuellement plus de 400 experts externes dans son carnet d'adresses.

Ces experts externes sont désignés pour les expertises unilatérales et contradictoires telles que prévues dans la loi.

Il est fait appel à ces experts externes en fonction de leurs disponibilités, mais aussi de leurs compétences et situation spécifiques.

Durant une expertise, l'expert doit être neutre et attentif, est soumis à la déontologie médicale, doit disposer des qualifications professionnelles nécessaires, doit rendre un avis objectif basé sur des constatations médicales fondées, et doit respecter les droits du patient. De plus, il doit veiller à ce que toutes les parties soient entendues et que l'expertise s'effectue facilement et de manière qualitative.