



Fonds des accidents  
médicaux

# Rapport d'activités - 2024

## TABLE DES MATIÈRES

Mot de la direction .....	4
Partie 1 Missions du Fonds des accidents médicaux et organisation - 2024 .....	6
I.    Que fait le Fonds?.....	7
1.    Missions d’avis, d’indemnisation et de médiation .....	7
2.    Mission de prévention d’enregistrement et de reporting.....	8
II.   Comité de gestion .....	9
1.    Composition.....	9
2.    Compétences .....	10
Partie 2 Organigramme et structure du Fonds - 2024 .....	11
I.    Organigramme FAM .....	12
II.   Experts externes.....	13
Partie 3 Activités relatives aux missions - 2024 .....	14
I.    Suivi administratif et observations statistiques .....	15
1.    Développements informatiques .....	15
2.    Nombre total de dossiers entrants, ouverts et clôturés par rôle linguistique .....	17
3.    Le nombre total de dossiers introduits par mois.....	19
4.    Statut de tous les dossiers introduits depuis la création du Fonds .....	20
5.    Répartition par phase des dossiers restant ouverts, de leur ouverture à l’indemnisation .....	22
6.    Évolution des dossiers irrecevables.....	24
7.    Délais moyen de traitement des dossiers traités jusqu’à l’avis inclus.....	26
8.    Évolution du nombre de dossiers entrants et sortants .....	27
9.    Répartition des dossiers selon le type de demandeur .....	29
10.   Avis par type. ....	30
11.   Indemnisations après avis et par type .....	33
II.   Activités médicales et statistiques .....	36
1.    L’encodage .....	36
2.    Statistiques.....	36
III.  Activités juridiques, suivi et statistiques .....	50
1.    Généralités.....	50

2. Catégories .....	50
Partie 4 Gestion financière et encadrement - 2024.....	58
I. Budgets et réalisations – Missions .....	60
II. Budgets et réalisations - Gestion .....	61
III. Comparaison budget et réalisations 2024 .....	62
IV. Statistiques financières concernant les missions.....	65

## Mot de la direction

Pour sa 13<sup>ème</sup> édition, j'ai à nouveau, le privilège de vous accueillir à la lecture du rapport annuel du Fonds des Accidents Médicaux (Fonds).

L'année 2024 a été exceptionnelle à bien des égards pour le Fonds. L'arriéré qui entravait son bon fonctionnement est enfin résorbé, permettant au Fonds de naviguer à un véritable rythme de croisière pour la première fois.

2024 a également été marquée par de nombreux records :

- en 2024 nous avons pu constater que 80% des dossiers ouverts en 2022 ont été clôturés en **13,20** mois (16,4 mois pour 80% des dossiers de 2021, 23,5 mois pour 80% des dossiers de 2020 et 31,6 mois pour 80% des dossiers de 2019)
- **632** demandes ont été introduites au Fonds, un chiffre inégalé depuis 2015, comparé aux 471 demandes de 2023.
- **168** de ces demandes ont été soumises via le formulaire en ligne disponible depuis le 25 mars 2024
- **87%** des dossiers introduits depuis la création du Fonds ont reçu un avis (en 2022, le nombre de dossiers ouverts était encore de 22% et en 2023 de 16%, en 2024 il est donc réduit à 13%)
- le Fonds a versé un montant total de **21.609.861,62 €** aux victimes en 2024, contre 18.572.034,66 € en 2023. Intervenant ainsi dans **167 dossiers**, pour un total de **326 personnes**, contre 133 dossiers en 2023
- la barre symbolique des **100.000.000,00 €** d'indemnisation a été franchie en 2024 en comptabilisant l'ensemble des indemnisations versées depuis la création du Fonds (capital et rente)
- récupération record par le Fonds de **1.912.235,12 €**, répartis sur 18 dossiers, contre 692.758,01€ récupérés en 2023 sur 10 dossiers.

Vous découvrirez plus en détail ces exploits tout au long de la lecture du rapport annuel, qui comme les années précédentes, se divise en plusieurs chapitres.

La première partie du rapport couvre les missions du Fonds, définies par la loi et restées inchangées depuis la création du Fonds.

Le traitement des dossiers individuels est resté la priorité du Fonds en 2024.

La charge de travail du Fonds a par contre évolué. En effet, près de 90% des dossiers introduits au Fonds depuis sa création ont reçu un avis, ce qui signifie qu'il y a actuellement plus de dossiers dans les phases d'indemnisation et de contentieux qu'en attente d'avis.

Le Fonds souhaite s'engager davantage dans la prévention, bien que le manque de profil Data Manager ralentisse ce développement.

Le meilleur accident médical reste en effet celui qui ne se réalise pas.

La deuxième partie du rapport annuel porte sur la composition structurelle du Fonds. L'organigramme se compose toujours de 57 collaborateurs. Cependant, toutes les places ne sont pas occupées en permanence, et le Fonds doit souvent relever le défi de poursuivre ses missions avec un cadre actif incomplet et des compétences spécifiques manquantes, notamment en gestion de données.

La troisième partie du rapport annuel aborde quant à elle les activités du Fonds et les données statistiques y afférentes. Comme précisé ci-avant le Fonds a réalisé différents exploits dans le cadre de la gestion des demandes individuelles. L'introduction du formulaire en ligne au cours de l'année 2024 représente également un grand pas dans le domaine de l'accessibilité et de la transparence.

La dernière partie du rapport annuel porte sur la gestion financière du Fonds (budget missions et budget gestion).

L'année 2024 fut marquée par un nouveau nombre record de dossiers indemnisés.

Pour rappel, la mission d'avis du Fonds est bien évidemment prépondérante. Si la majorité des dossiers ouverts au Fonds ne donneront pas lieu à indemnisation, il y a par contre lieu de souligner que 681 dossiers ont été clôturés en 2024, dans chacun de ses dossiers les demandeurs ont pu bénéficier d'un avis gratuit qui leur permettra, nous l'espérons, de donner une place à un évènement important de leur vie.

Malgré les réalisations de 2024, de nombreux défis attendent le Fonds. Le plus grand défi sera de maintenir le rythme de croisière acquis au niveau de la gestion des dossiers individuels, nonobstant l'augmentation importante des demandes et l'absence de moyens complémentaires.

L'équipe est motivée et souhaite encore s'investir autant que possible dans sa mission de prévention et dans les contacts qu'elle entend multiplier avec le public (interventions, publications, participation à différents projets transversaux).

Je vous remercie pour l'intérêt que vous portez à l'égard du Fonds et vous souhaite une bonne lecture de notre rapport annuel 2024. Je vous assure que nous sommes tous déterminés à poursuivre nos efforts en 2025, année anniversaire de notre loi.

Isabelle Durnez

Conseiller général, directeur FAM

# Partie 1

## Missions du Fonds des accidents médicaux et organisation - 2024

## I. Que fait le Fonds?

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

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

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

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

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

Le Fonds accomplit les missions suivantes :

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

## 2. Mission de prévention d'enregistrement et de reporting

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

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

Enfin, le Fonds établit un rapport d'activité annuel comprenant l'analyse des données statistiques et financières et le transmet ensuite au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, aux Chambres législatives et à la Commission fédérale droits du patients.

## II. Comité de gestion

### 1. Composition

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

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

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

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

## 2. Compétences

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

Le **Comité de gestion** du Fonds :

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

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

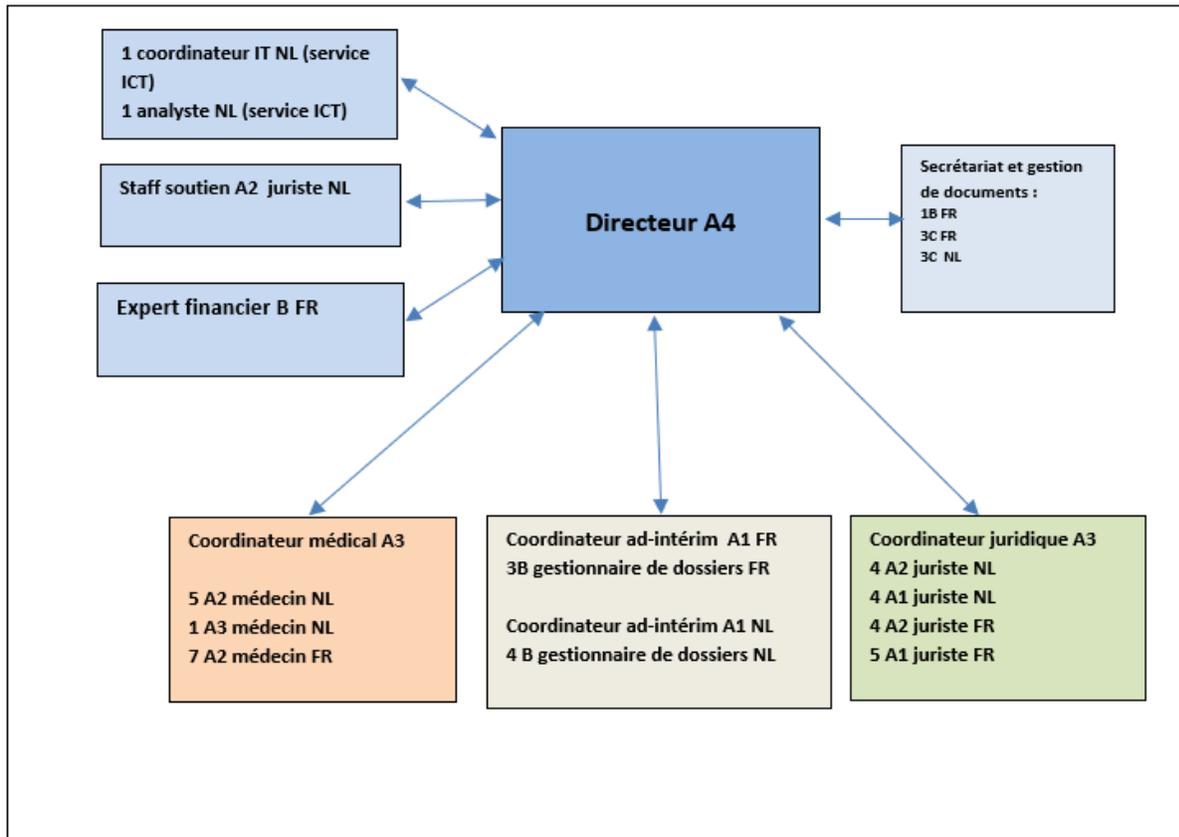
Des réunions du Comité de gestion en 2024
08-03-2024
03-05-2024
07-06-2024
04-10-2024
06-12-2024

# Partie 2

## Organigramme et structure du Fonds - 2024

## I. Organigramme FAM

L'organigramme ci-dessous montre le nombre de membres du personnel à la fin de 2024. Nous totalisons 53 collaborateurs actifs.



## II. Experts externes

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

Le suivi, le maintien et l'extension du réseau d'experts externes est une tâche continue. Ces experts sont toujours nommés conformément aux principes et dispositions de la législation relative aux marchés publics.

En 2021, nous avons conclu un troisième contrat de 4 ans avec des prestataires de soins (médecins et paramédicaux experts externes) à la suite d'une « procédure négociée avec publication préalable ». Fin 2024, le Fonds a commencé à préparer une nouvelle « procédure négociée avec publication préalable » afin qu'un quatrième contrat de 4 ans avec des prestataires de soins externes puisse être conclu à la mi-2025.

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

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

## Partie 3

# Activités relatives aux missions - 2024

## I. Suivi administratif et observations statistiques

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

### 1. Développements informatiques

Au cours de l'année écoulée, trois nouvelles versions de notre système de gestion des dossiers DAMO ont été déployées, les principaux changements étant les suivants : l'ajout de processus de soutien pour les inventaires médicaux et juridiques, une adaptation du processus relatif aux analyses médicales internes, une révision des processus de paiement, l'intégration de la signature électronique de documents et l'élaboration d'une fonctionnalité concernant le suivi de la phase III d'un dossier (calcul des dommages et propositions d'indemnisation).

En mars 2024, le formulaire de demande numérique du Fonds a aussi été définitivement lancé, comme prévu. Outre la possibilité d'introduire une demande en ligne via internet, cette nouvelle plateforme en ligne de DAMO permet au demandeur de télécharger des documents supplémentaires à n'importe quel stade d'un dossier, même pour les dossiers qui ont été soumis sur papier. De plus, le demandeur a également la possibilité de consulter à tout moment l'état d'avancement de son (ses) dossier(s) grâce à ce module. Le développement de cette plateforme contribue à notre objectif opérationnel de transparence en fournissant à la fois des informations spécifiques au niveau du dossier et une description générale de nos procédures, lois et traitements des données (RGPD). Cette plateforme permet aussi un gain de temps grâce aux contrôles intégrés sur l'exhaustivité et l'exactitude des données.

En septembre de l'année dernière, le projet de transition pour EUNOM-E (plateforme commune de l'INAMI pour la gestion des dossiers de contentieux) a été achevé, faisant complètement basculer ce système de technologie CASE360 à la plateforme Appian. Du reste, déjà au printemps 2024, le système IDES du Service des indemnités, utilisé occasionnellement par les médecins du Fonds à des fins de consultation, a également migré vers la plateforme Appian. Ces évolutions technologiques dans les systèmes des autres services de l'INAMI créent de nouvelles opportunités pour le Fonds.

Parallèlement aux développements susmentionnés, des évolutions importantes ont également été réalisées dans le développement de notre datawarehouse : un tableau de bord d'indicateurs pour le Comité de direction de l'INAMI a été fourni, un datamart spécifique pour les chiffres du rapport annuel du Fonds a été développé et il y a eu aussi un grand nombre de nouveaux rapports opérationnels. Dans les mois à venir, l'accent par rapport à nos bases de données sera à présent mis sur un nouveau projet visant à ajouter aussi à notre datawarehouse les informations relatives aux contentieux émanant de EUNOM-E.

Pendant le second semestre de 2024, un protocole a été mis en place dans l'optique d'optimiser l'échange de données avec la DG HAN du SPF Sécurité sociale. Un projet ICT a également été lancé dans ce cadre pour soutenir cet échange au cours de l'année à venir. Des travaux de préparation

ont aussi été entamés pour la mise en service début 2025 d'une nouvelle version de l'application externe permettant d'établir les calculs des dommages.

## 2. Nombre total de dossiers entrants, ouverts<sup>1</sup> et clôturés<sup>2</sup> par rôle linguistique

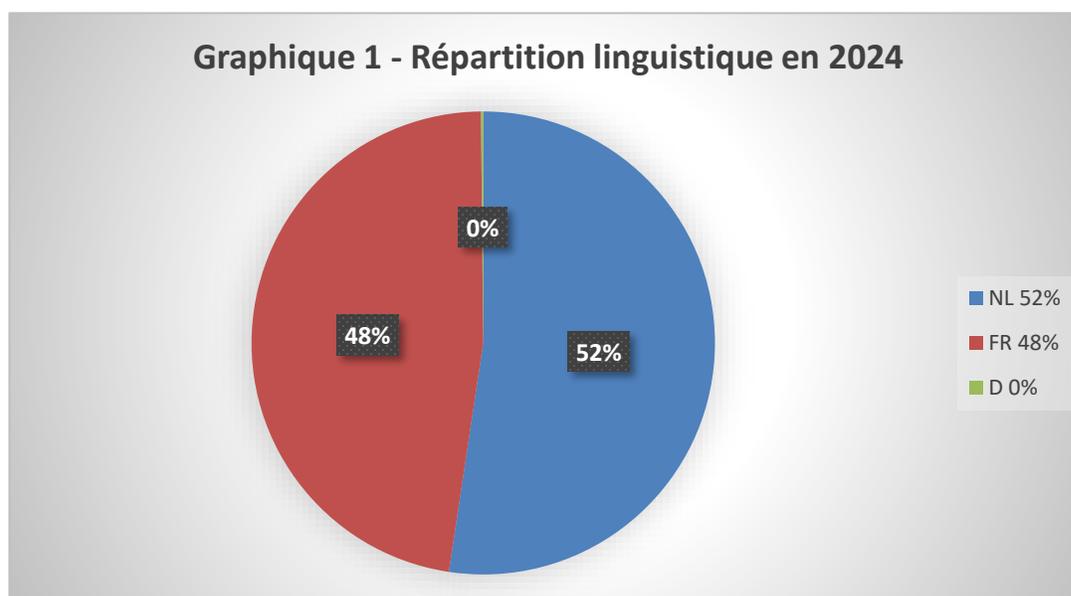
En 2024, **632** dossiers ont été introduits au Fonds. Le nombre de dossiers entrants a augmenté par rapport à l'année précédente (cf. tableau 3). Depuis la création du Fonds, le nombre total de dossiers introduits s'élève à **7509**.

Les tableaux 1 et 2 présentent la répartition par rôle linguistique des dossiers et leur statut (nombre total de dossiers entrants, ouverts et clôturés, par rôle linguistique), tant pour l'année 2024 que depuis la création du Fonds.

En 2024, le nombre de dossiers néerlandophones était supérieur au nombre de dossiers francophones (cf. tableau 1 et graphique 1).

Nombre de dossiers	Langue			Total
	D	FR	NL	
Statut				
Fermé	0	82	93	175
Ouvert	1	218	238	457
Total	1	300	331	632

Source : Fonds des accidents médicaux



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

<sup>2</sup> Un **dossier clôturé** est un dossier qui n'est plus en cours de traitement, et ce, pour diverses raisons : il a donné lieu à une indemnisation acceptée par l'ensemble des parties, le dossier est déclaré irrecevable sur le plan administratif, etc.

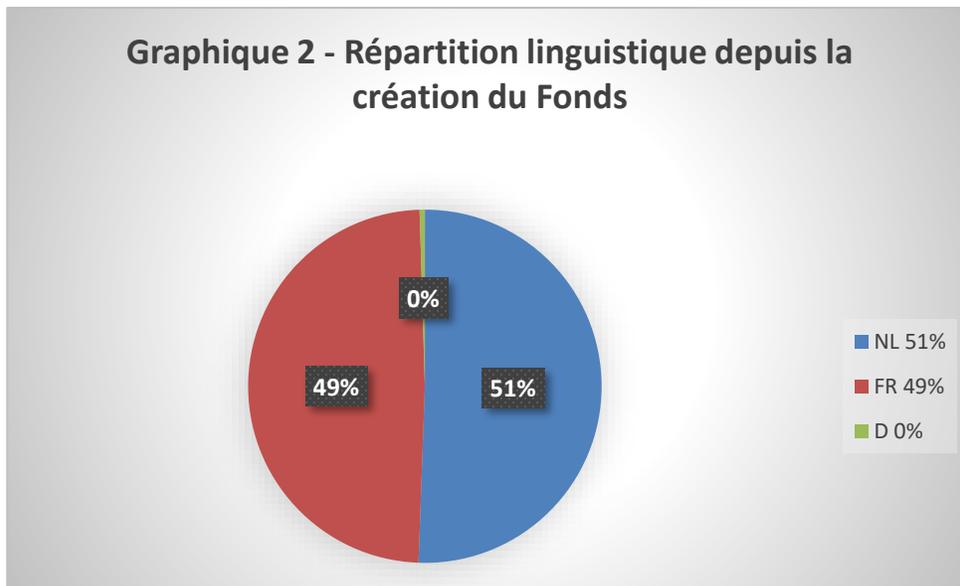
**Tableau 2 – Répartition des dossiers introduits depuis la création du Fonds, selon leur langue et leur statut**

Nombre de dossiers	Langue			Total
	D	F	N	
Fermé	23	2.950	3.199	6.172
Ouvert	7	537	445	989
Contentieux (= en cours)	4	180	164	348
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>3.667</b>	<b>3.808</b>	<b>7.509</b>

Source: Fonds des accidents médicaux

Fin 2024, 80 % des dossiers francophones et 84 % des dossiers néerlandophones étaient clôturés.

Le graphique 2 donne un aperçu global du nombre de dossiers introduits au Fonds depuis sa création, selon la langue de ces dossiers<sup>3</sup>.



<sup>3</sup> D = 0% of 34 dossiers, NL = 51 % of 3.808 dossiers, FR = 49% of 3.667 dossiers.

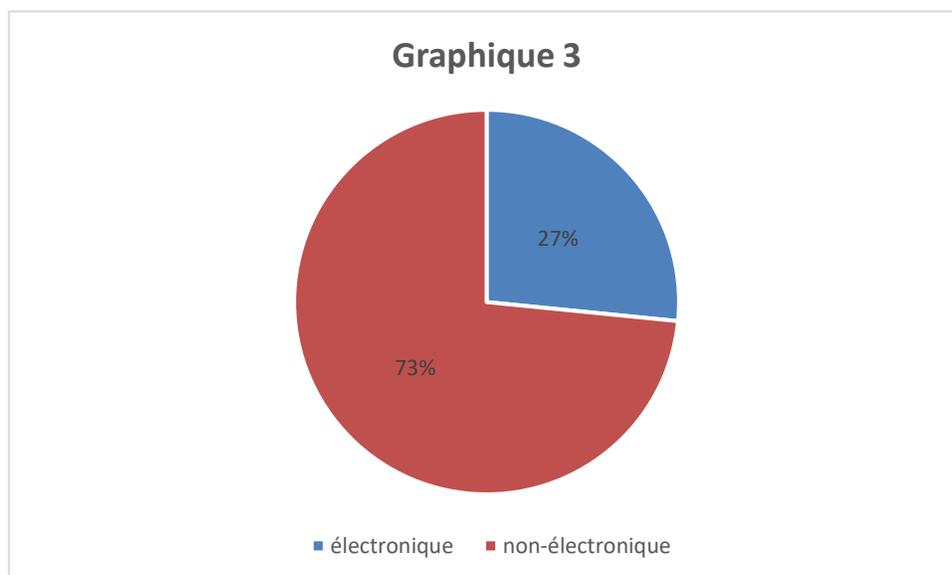
### 3. Le nombre total de dossiers introduits par mois

Tableau 3 – Nombre de dossiers introduits par mois.													
Année	Mois												Total
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	
2010					2		1		2	2	2	3	12
2011	6	2	3	1	4	1	3	1	9	4	1	2	37
2012	9	5	14	6	10	16	11	19	114	95	96	69	464
2013	129	109	111	85	67	79	56	64	102	110	96	71	1.079
2014	128	59	91	55	69	62	107	71	33	103	59	69	916
2015	64	52	78	34	58	89	33	67	50	39	41	35	640
2016	69	42	58	54	55	53	55	37	53	42	52	45	615
2017	48	51	46	16	79	28	35	31	48	45	56	30	513
2018	53	58	44	43	48	40	31	49	32	48	19	21	486
2019	40	40	35	45	34	34	38	35	38	38	33	49	459
2020	46	26	35	16	18	23	33	24	49	34	31	27	362
2021	32	39	53	35	22	42	36	32	29	22	19	21	382
2022	42	39	34	37	48	38	43	27	30	40	33	30	441
2023	55	52	41	41	24	37	27	34	56	35	43	26	471
2024	65	57	57	54	38	46	68	41	52	62	43	49	632
<b>TOTAL</b>	<b>786</b>	<b>631</b>	<b>700</b>	<b>522</b>	<b>576</b>	<b>588</b>	<b>577</b>	<b>532</b>	<b>697</b>	<b>719</b>	<b>624</b>	<b>557</b>	<b>7509</b>

Source : Fonds des accidents médicaux

Le tableau 3 montre que le nombre de dossiers introduits a augmenté par rapport à 2023. En 2024, le Fonds en a reçu en moyenne 53 par mois.

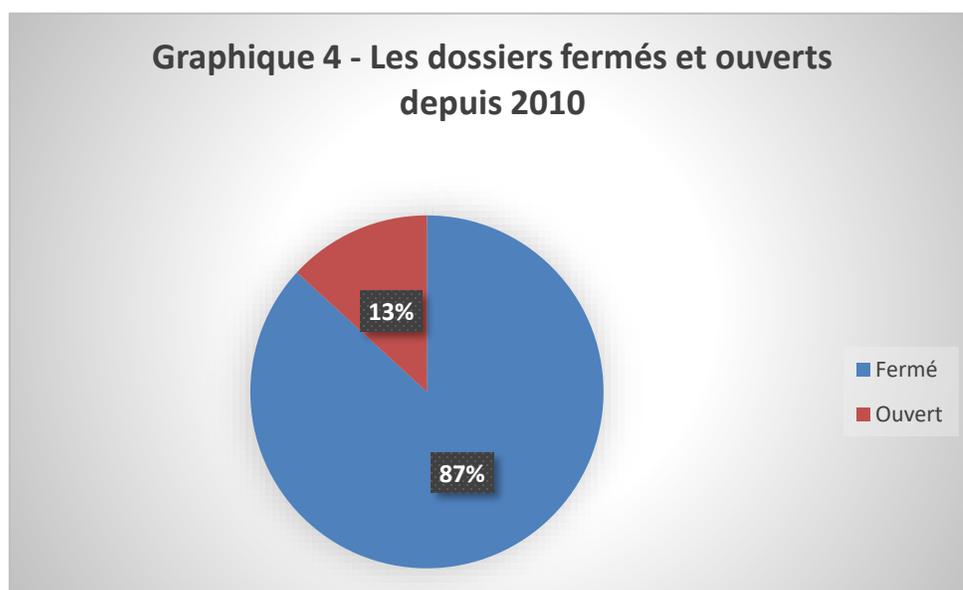
Depuis le 25 mars 2024, il est possible de soumettre les demandes par voie électronique (via l'outil POEMA). Depuis lors, sur 632 demandes en 2024, 168 (soit 27%) ont été introduites par voie électronique.



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

Tableau 4 - Statut des dossiers par année au cours de laquelle le dossier a été introduit				
Année	Statut			
	Fermé	Ouvert	Total	% Fermé
2010	12	0	12	100%
2011	37	0	37	100%
2012	464	0	464	100%
2013	1.072	7	1.079	99%
2014	916	0	916	100%
2015	631	9	640	99%
2016	598	17	615	97%
2017	504	9	513	98%
2018	456	30	486	94%
2019	416	43	459	91%
2020	320	42	362	88%
2021	338	44	382	88%
2022	332	109	441	75%
2023	248	223	471	53%
2024	176	456	632	28%
<b>TOTAL</b>	<b>6.520</b>	<b>989</b>	<b>7.509</b>	<b>87%</b>

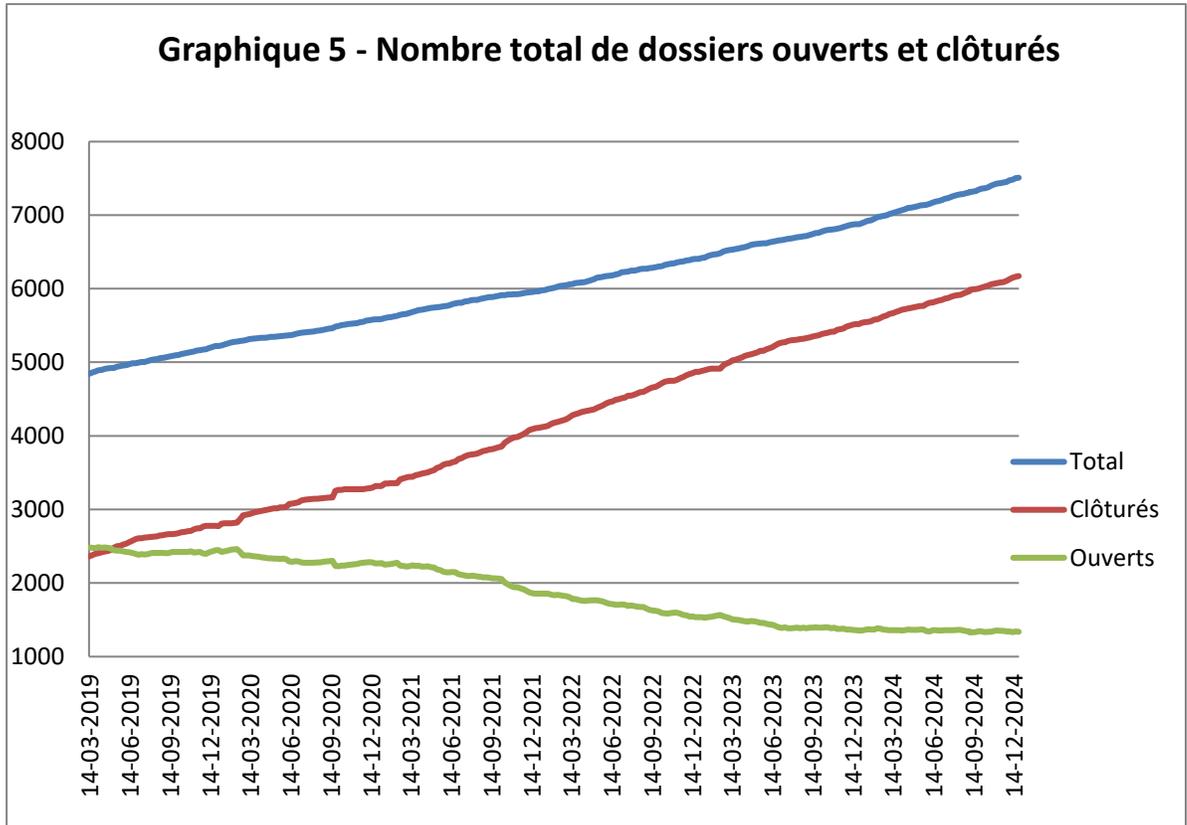
Source : Fonds des accidents médicaux



Depuis la création du Fonds, 87 % de tous les dossiers ont été clôturés, 13 % sont encore ouverts.

Nous constatons une nouvelle diminution du nombre total de dossiers ouverts en 2024. En 2022, le nombre de dossiers ouverts était encore de 22% et en 2023 de 16%.

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



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

Tableau 5 – Répartition par phase des dossiers ouverts							
Année	Phases				%	%	%
	Phase 1 Initial	Phase 2 Recherche	Phase 3 Proposition	Total générale			
2013	0	2	5	7	0,0%	28,57%	71,53%
2014	0	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%
2015	0	3	6	9	0,0%	33,33%	66,67%
2016	0	4	13	17	0,0%	23,53%	76,47%
2017	0	3	6	9	0,0%	33,33%	66,67%
2018	0	13	17	30	0,0%	43,33%	56,67%
2019	0	25	18	43	0,0%	58,14%	41,86%
2020	0	22	20	42	0,0%	52,38%	47,62%
2021	0	17	27	44	0,0%	38,64%	61,36%
2022	0	61	48	109	0,0%	55,96%	44,03%
2023	0	185	37	222	0,0%	82,96%	16,59%
2024	49	397	10	456	10,75%	87,06%	2,19%
<b>TOTAL</b>	<b>49</b>	<b>732</b>	<b>207</b>	<b>988</b>	<b>4,95%</b>	<b>74,08%</b>	<b>20,95%</b>

La phase 1 est la phase initiale et comprend l'examen de la recevabilité administrative.

La phase 2 contient l'analyse médico-juridique minutieuse avec ou sans expertise externe et s'achève par un avis final motivé.

La phase 3 contient la formulation d'une proposition d'indemnisation, le cas échéant, ainsi qu'un suivi sur le long terme dans le cas d'une rente.

Source : Fonds des accidents médicaux

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

Le tableau 5 montre qu'aucun dossier antérieur à 2024 n'est encore en phase 1. Les dossiers introduits fin 2024 se trouvent encore dans la phase initiale.

Nous voyons également dans le même tableau que la majorité des dossiers ouverts sont en phase 2. Celle-ci est la plus chronophage. En 2024, les efforts ont été poursuivis en vue d'optimiser les procédures et d'accélérer le traitement des dossiers par une adaptation structurelle continue du traitement des dossiers.

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

durée ou incapacité de travail permanente entraînant une perte de revenus de la principale source de revenus d'un ménage.

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

Fin 2024, nous constatons dans la pratique que parmi les 989 dossiers en cours, le Fonds en traite 49 (= 5%) de façon prioritaire. 191 dossiers ayant reçu le statut prioritaire dans le passé ont entre-temps été traités. Notons qu'à tout moment du processus, il peut être décidé de (continuer de) traiter ou non un dossier en priorité.

## 6. Évolution des dossiers irrecevables

Nous clôturons ces dossiers sur la base des articles 2, 3 et/ou 12 de la loi sur les accidents médicaux. Ils tombent hors du champ d'application de la loi et sont donc irrecevables.

### *a. Dossiers en phase 1&2*

Les demandes qui s'avèrent aujourd'hui irrecevables en phase 1<sup>4</sup> de la procédure sont principalement des dossiers pour lesquels la prescription est atteinte, comme indiqué dans la loi, ou, en d'autres termes, des dossiers qui n'ont pas été introduits à temps. Il est désormais rare que des demandes soient encore introduites dont l'irrecevabilité administrative tient au fait que l'accident médical s'est produit avant l'entrée en vigueur de la loi, soit avant le 2 avril 2010, et que le Fonds n'est donc pas compétent pour l'examiner.

Dans le tableau 6, nous voyons en 2024, que le nombre de dossiers clôturés durant la première phase de la procédure a augmenté de manière significative par rapport à 2023. De plus, dans ce même tableau, nous voyons une diminution du nombre de dossiers qui s'avèrent irrecevables dans une deuxième phase de la procédure ou qui sont clôturés en raison du fait qu'ils ne relèvent pas du champ d'application. Il ne s'agit pas seulement de motifs d'exclusion, tels qu'une prestation de soins de santé accomplie dans un but esthétique ou une prestation de soins dans le cadre d'une expérimentation, comme le stipule l'art. 3 de la loi sur les accidents médicaux, mais aussi de demandes où aucun dommage ne peut être lié à une prestation de soins ou à un prestataire de soins au sens de la loi.

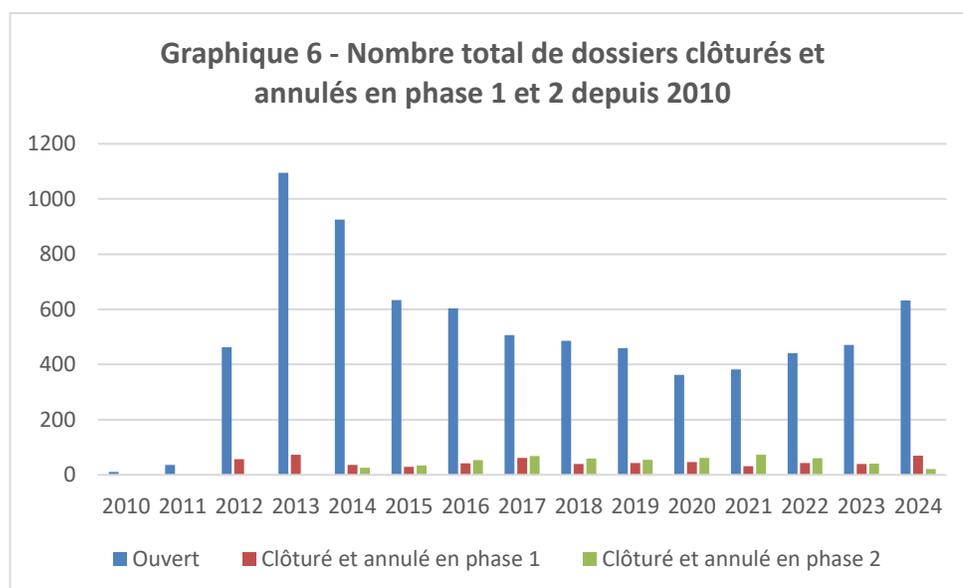
---

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

Le tableau 6 présente le nombre de dossiers ouverts par année depuis la création du Fonds, le nombre de dossiers traités et annulés en phase 1 et en phase 2, selon l'année où le dossier a été clôturé. Fin 2024, nous constatons que 16 % du nombre total de dossiers ouverts pourront être clôturés plus rapidement et sans avis (clôturés et/ou annulés en phase 1 et phase 2). Le graphique 5 illustre l'évolution.

Tableau 6 – Nombre total de dossiers traités et annulés <sup>5</sup> en phase 1 depuis 2010			
Année d'ouverture ou de fermeture	Ouvert	Clôturé et annulé	
		Phase 1	Phase 2
2010	12		
2011	37		
2012	464		57
2013	1.079		73
2014	916		36
2015	640		29
2016	615		42
2017	513		62
2018	486		40
2019	459		43
2020	362		47
2021	382		32
2022	441		43
2023	471		40
2024	632		70
<b>Totaal</b>	<b>7.509</b>	<b>614</b>	<b>557</b>

Source : Fonds des accidents médicaux



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

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

La vitesse de traitement des dossiers s'améliore d'année en année. Depuis août 2021, le temps de traitement n'a cessé de diminuer. On estime actuellement que 80 % des dossiers reçus en 2022 auront été traités en 13,5 mois en moyenne. En 2021, il était de 16,4 mois et en 2020 de 23,5 mois. Différents facteurs tels que le niveau de complétude du dossier ou l'organisation des expertises médicales dans les cas complexes ont une incidence sur le délai de traitement moyen. Le Fonds n'a que peu d'influence sur les facteurs externes. On cherche régulièrement à savoir quelles modifications il est possible d'apporter aux processus afin de réduire davantage le temps de traitement.

Le Fonds reste déterminé à maintenir des taux d'occupation du personnel optimaux, ainsi qu'à étendre et à optimiser en permanence le réseau d'experts externes par le biais de marchés publics.

Le Fonds suit par ailleurs de près les expertises et intervient lorsque cela est nécessaire et possible. Le traitement rapide de ces dossiers n'est pas toujours dans l'intérêt du demandeur. Dans les cas complexes, par exemple, il faut du temps pour la consolidation, diverses réunions (sessions d'experts) avec de nombreuses parties prenantes et des conseils externes spécialisés, etc. En cas d'expertise contradictoire, il est également important de maximiser le respect du caractère contradictoire afin de maximiser les chances de récupération lorsque le Fonds a versé une indemnisation dans le cadre d'un avis de responsabilité dans lequel la responsabilité a été contestée.

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

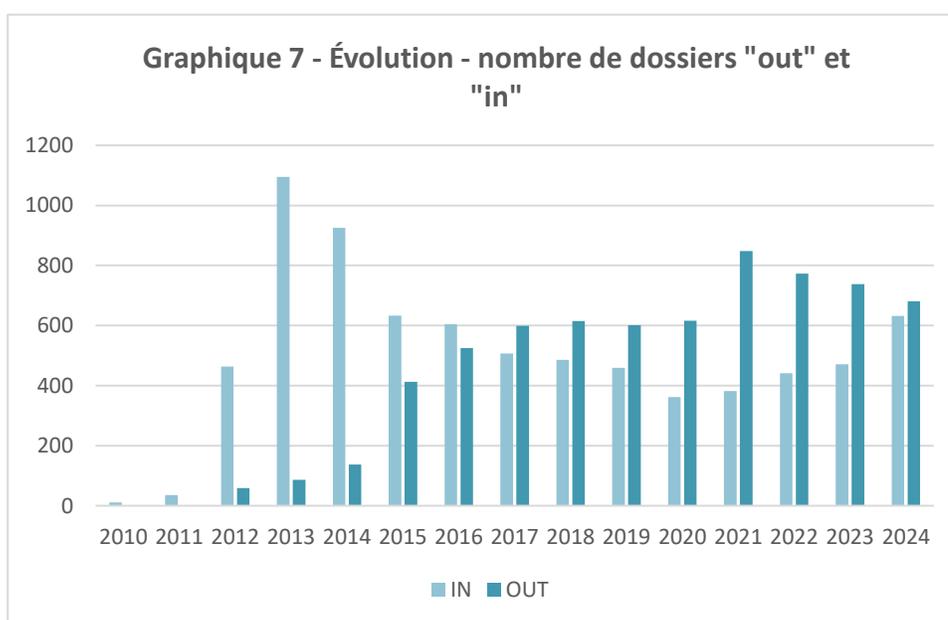
Les possibilités de reporting et de suivi dans DAMO (le logiciel de traitement des dossiers) et PowerBI font l'objet d'une automatisation toujours plus importante, de sorte qu'une action immédiate peut être prise en cas de retard (inutile) dans une phase de traitement bien déterminée du dossier.

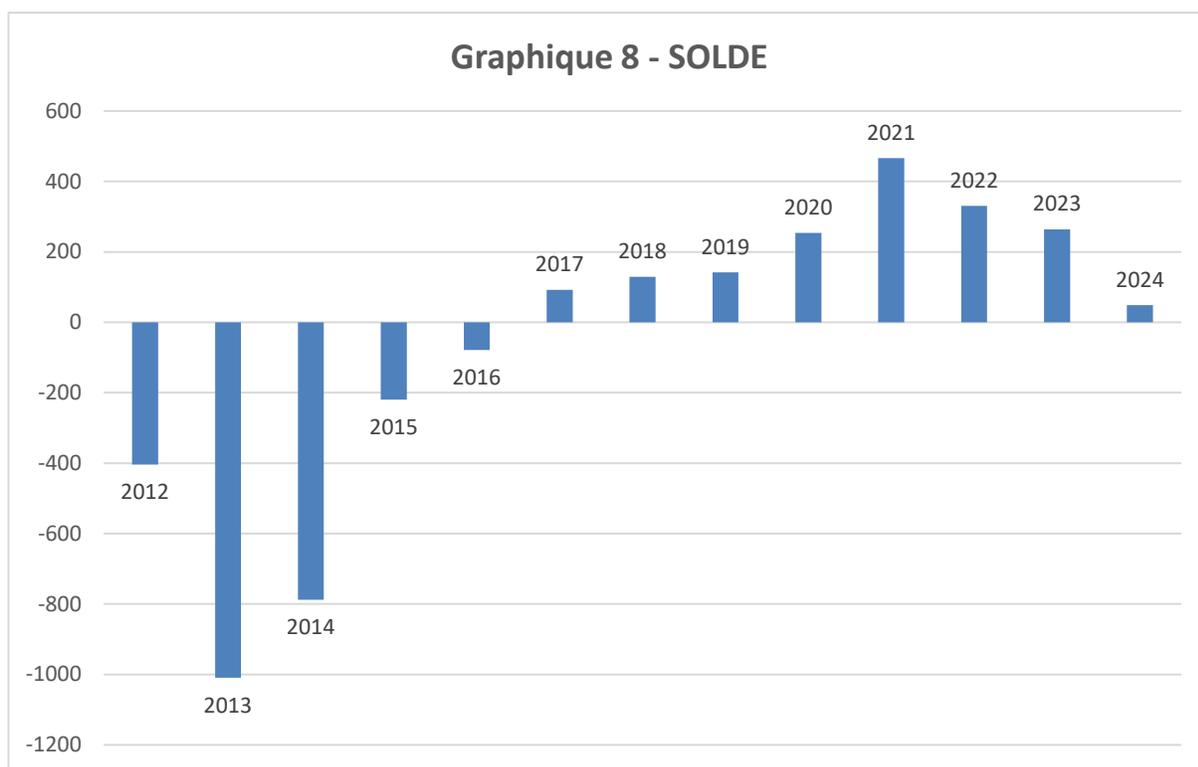
Enfin, le Fonds continuera à mettre l'accent sur une collaboration et une communication efficaces avec les acteurs externes, comme les organismes assureurs, qui en fonction des services qu'ils offrent peuvent intervenir en tant que mandataires des patients.

## 8. Évolution du nombre de dossiers entrants et sortants

En 2024, le nombre de dossiers clôturés était supérieur au nombre de dossiers ouverts (tableau 7). Le graphique 7 présente l'évolution du nombre de dossiers ouverts et clôturés tandis que le graphique 8 présente l'évolution du calcul arithmétique (clôturés - ouverts).

Tableau 7 - Nombre total de dossiers traités jusqu'à l'avis inclus					
Année de fermeture	Clôturé et annulé en Phase 1	Clôturé et annulé en Phase 2	Avis	Total traité	Ouvert
2010					12
2011					37
2012	57	2		59	464
2013	73	2	11	86	1079
2014	36	26	76	137	916
2015	29	34	350	413	640
2016	42	54	430	525	615
2017	62	69	470	600	513
2018	40	59	517	616	486
2019	43	55	504	602	459
2020	47	62	505	614	362
2021	32	73	742	842	382
2022	43	61	669	775	441
2023	40	41	651	735	471
2024	70	21	590	681	632
Source : Fonds des accidents médicaux					

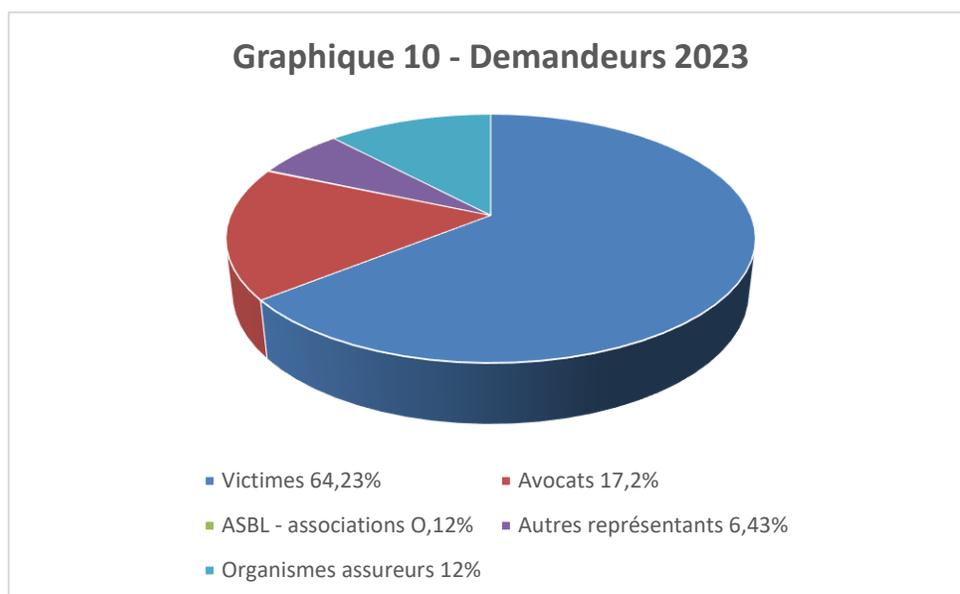
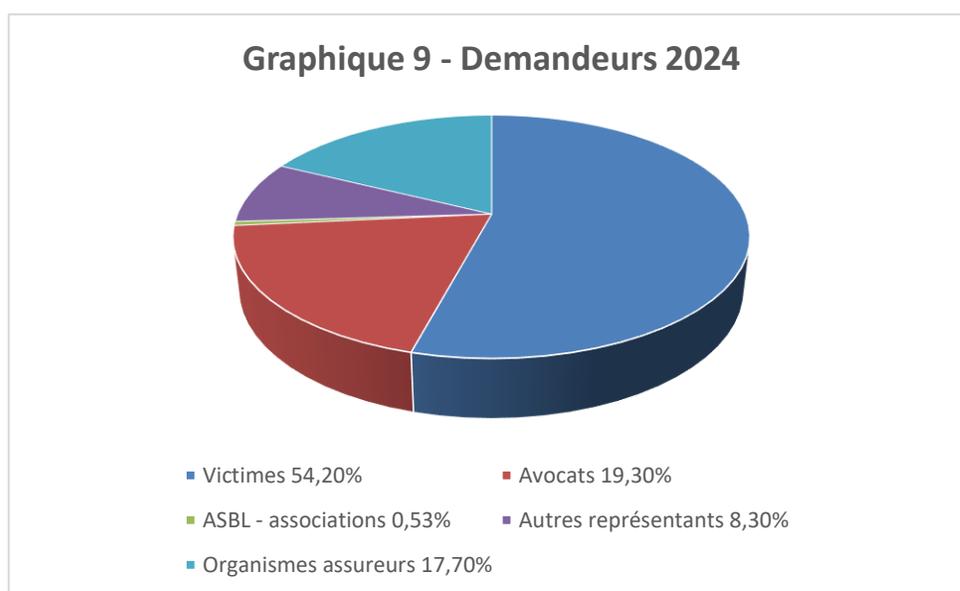




## 9. Répartition des dossiers selon le type de demandeur

Le graphique 9 montre que les victimes introduisent elles-mêmes 54 % des demandes et que 19 % des demandes ont été introduites avec l'aide d'un avocat. En 2024, 17 % des demandes ont été introduites par l'intermédiaire des organismes assureurs. Les victimes font peu d'appel aux associations de patients. La part « autres » dans le graphique comprend entre autres les demandes introduites par les bénéficiaires, les représentants légaux et les proches du patient.

Tous les pourcentages, tant pour 2024 que pour 2023, figurent dans les graphiques ci-après.



## 10. Avis par type.

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

Il existe différents types d'avis:

- responsabilité civile (RC) du prestataire de soins avec dommage dont le degré de gravité atteint ou n'atteint pas le seuil fixé par la loi (éventuellement indemnisable par le Fonds<sup>6</sup>)
- un accident médical sans responsabilité (AMSR) dont le dommage atteint le seuil de gravité fixé par la loi (indemnisable)
- absence de RC dans le chef d'un prestataire de soins et absence d'AMSR (non indemnisable).

En 2024, 590 avis au total ont été traités par les juristes. 16 % d'entre eux ont été clôturés par un avis AMSR. C'est un pourcentage supérieur à celui de 2023 (voir graphiques 11 et 12). En 2023 la part AMSR était de 13 %, en 2022, de 11 %, en 2021 et en 2020, de 9%, en 2019, de 5% et en 2018, de 3 %.

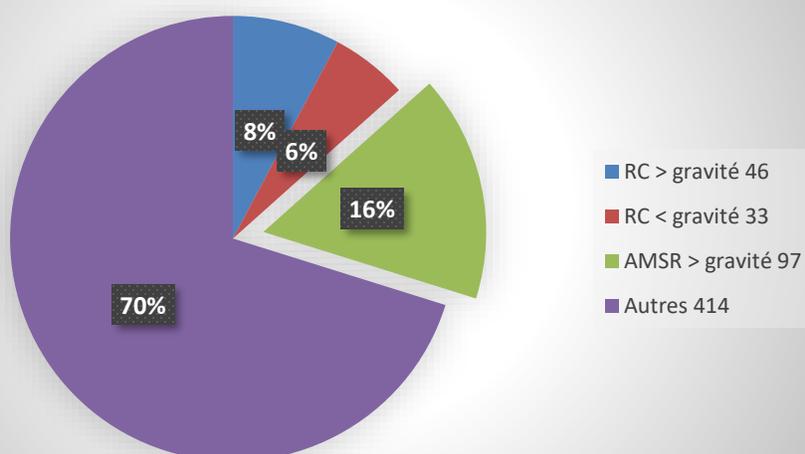
---

<sup>6</sup> En cas de responsabilité, le Fonds, dans son avis, demandera à l'assureur du prestataire de soins de présenter une proposition d'indemnisation. Il est possible que l'assureur conteste l'avis et refuse de payer. Si le degré de gravité du dommage atteint le seuil fixé par la loi, le Fonds indemnise le demandeur et peut, après indemnisation réclamer le montant payé au prestataire de soins et / ou à son assureur. Si le degré de gravité du dommage n'atteint pas le seuil fixé par la loi, le Fonds n'intervient en principe pas dans l'indemnisation du demandeur, sauf si la responsabilité civile du prestataire de soins responsable n'est pas ou pas suffisamment couverte ou sauf lorsque la proposition d'indemnisation faite par le responsable est manifestement insuffisante.

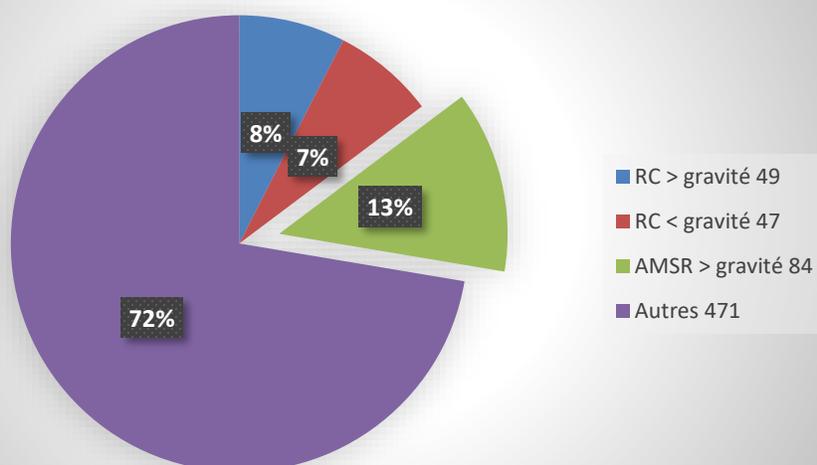
## a. Avis par type

Tableau 8 - Avis par type 2024	
<b>Total</b>	<b>590</b>
<b>Spécifique</b>	
- AMSR avec seuil gravité	97
- Responsabilité < gravité	33
- Responsabilité > gravité	46
<b>Autres (non-indemnisable)</b>	<b>414</b>
Source: Fonds des accidents médicaux	

Graphique 11 - Avis par type en 2024



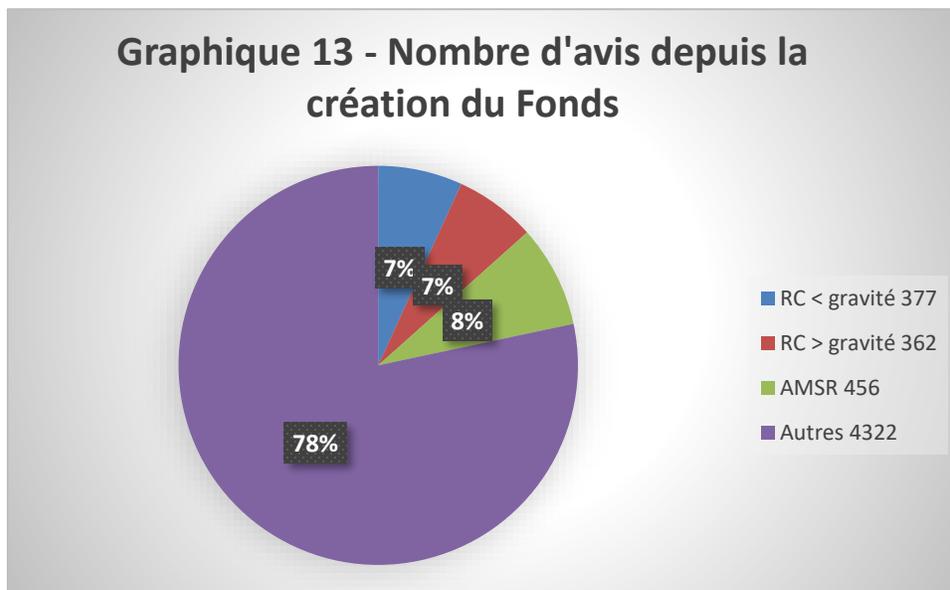
Graphique 12 - Avis par type en 2023



### b. Avis par type depuis la création du Fonds

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

Tableau 9 – Avis par type depuis la création du Fonds	
<b>Total</b>	<b>5.517</b>
<b>Spécifique</b>	
- AMSR avec seuil gravité	456
- Responsabilité < gravité	377
- Responsabilité > gravité	362
<b>Autres (non-indemnisable)</b>	<b>4.322</b>
Source: Fonds des accidents médicaux	



## 11. Indemnisations après avis et par type

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

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

### *a. Nombre total de demandeurs qui entrent en ligne de compte pour une indemnisation fin 2024*

Au total, 818 demandeurs entrent en ligne de compte pour une indemnisation (AMSR et RC > gravité) (graphique 13).

Dans un infime pourcentage des dossiers, le seuil de gravité ne joue aucun rôle dans le paiement de l'indemnisation. Il s'agit de dossiers où la responsabilité civile est engagée, assortis d'une proposition manifestement insuffisante, ou de dossiers où la responsabilité civile n'est pas (suffisamment) couverte. En 2024, il s'agit de 3 dossiers où le seuil de gravité n'a joué aucun rôle dans le paiement de l'indemnisation.

### b. Indemnisations payées par année et par type

Dans la plupart des cas, une indemnisation est payée sous forme de capital mais, exceptionnellement, nous payons des indemnisations sous forme de rente (indexée). Le tableau 10 (capital) et le tableau 11 (rente) présentent les indemnisations et le nombre de dossiers pour l'année 2024 et les années précédentes.

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

<b>Tableau 10 - Indemnisations en capital en EUR</b>				
	<b>AMSR &gt; gravité<sup>7</sup></b>	<b>RC &gt; gravité<sup>8</sup></b>	<b>RC &lt; gravité<sup>9</sup></b>	<b>Indemnisable après contentieux</b>
<b>2019</b>	4.055.324,16	1.611.057,52	12.020,29	
<b>Nombre de dossiers</b>	27	26	1	
<b>2020</b>	5.660.601,73	2.749.060,67	12.248,5	
<b>Nombre de dossiers</b>	32	28	1	
<b>2021</b>	9.669.694,88	3.006.395,16	16.534,03	1.377.105,12
<b>Nombre de dossiers</b>	71	33	1	13
<b>2022</b>	10.088.732,92	5.264.250,35	78.137,17	892.348,4
<b>Nombre de dossiers</b>	77	32	1	9
<b>2023</b>	11.384.349,08	5.759.372,39	14.220,99	1.353.099,02
<b>Nombre de dossiers</b>	76	39	2	10
<b>2024</b>	16.221.520,28	4.293.292,37	632.482,91	346.005,41
<b>Nombre de dossiers</b>	106	43	3	6
<b>Total nombre</b>	<b>389</b>	<b>201</b>	<b>9</b>	<b>38</b>
<b>Total montant</b>	<b>57.080.223,05</b>	<b>22.683.428,36</b>	<b>765.643,89</b>	<b>3.968.557,95</b>

Source: Fonds des accidents médicaux

<sup>7</sup> Conformément à l'art. 4, 1° Loi des accidents médicaux

<sup>8</sup> Conformément à l'art. 4, 3° Loi des accidents médicaux

<sup>9</sup> Conformément à l'art. 4, 2° ou à l'art. 4, 4° Loi des accidents médicaux

<b>Tableau 11 - Indemnisations en rente en EUR</b>				
	<b>AMSR &gt; gravité</b>	<b>RC &gt; gravité</b>	<b>RC &lt; gravité</b>	<b>Indemnisable après contentieux</b>
<b>2019</b>	20.731,08	18.399,87	-	
<b>Nombre de dossiers</b>	3	2	0	
<b>2020</b>	16.155,45	17.578,76	-	
<b>Nombre de dossiers</b>	1	2	0	
<b>2021</b>	16.222,12	26.627,31	-	2.325,05
<b>Nombre de dossiers</b>	1	3	0	
<b>2022</b>	17.148,13	41.918,66	-	2.549,42
<b>Nombre de dossiers</b>	1	5	0	1
<b>2023</b>	-	58.337,85	-	2.655,33
<b>Nombre de dossiers</b>	0	5	0	1
<b>2024</b>	16.868,38	96.937,50	-	2.754,77
<b>Nombre de dossiers</b>	2	6	0	1
<b>Total nombre</b>	<b>8</b>	<b>23</b>	<b>0</b>	<b>4</b>
<b>Total montant</b>	<b>87.125,16</b>	<b>259.799,95</b>	<b>0</b>	<b>10.284,57</b>

Source: Fonds des accidents médicaux

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

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

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

Dans cette partie, le montant total des indemnisations versées chaque année est à épingle. Ce montant a augmenté en 2024. Le Fonds a versé un montant total de 21.609.861,62 EUR aux victimes tandis que le montant total pour 2023 s'élevait à 18.572.034,66 EUR.

## II. Activités médicales et statistiques

### CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

#### 1. L'encodage

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

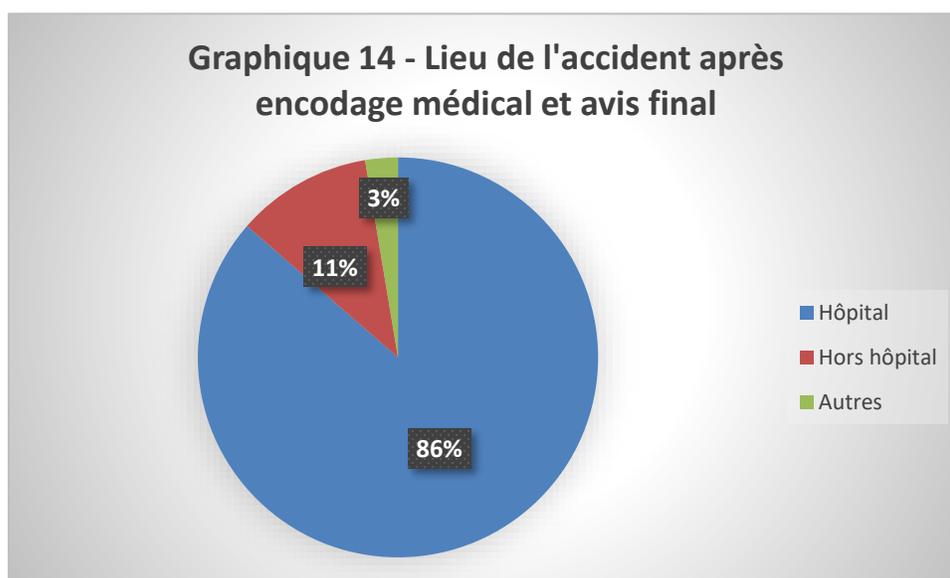
De plus, ce système ne se limite pas aux prestations techniques mais inclut des actes plus abstraits comme la surveillance, le transport, le conseil.

#### 2. Statistiques

Cette analyse donne la situation des dossiers ayant fait l'objet d'un avis médical depuis la création du Fonds. Elle donne une idée globale de la distribution des dossiers du Fonds pour différentes variables. Pour la première fois, les statistiques de 2024 incluent des codages des rapports d'expertise médicale internes. Le Fonds continue à travailler sur l'intégration des données et des codages dans un marché de données et des modèles d'analyse fixes.

a. *Lieu de l'accident médical*

Tableau 12 – Lieu de l'accident après encodage médical et avis final		
	Nombre	%
Hôpital (également hôpital militaire)	3089	86%
En-dehors d'un hôpital <sup>10</sup>	392	11%
Autres <sup>11</sup>	94	3%
<b>TOTAL</b>	<b>3.575</b>	
Source: Fonds des accidents médicaux		

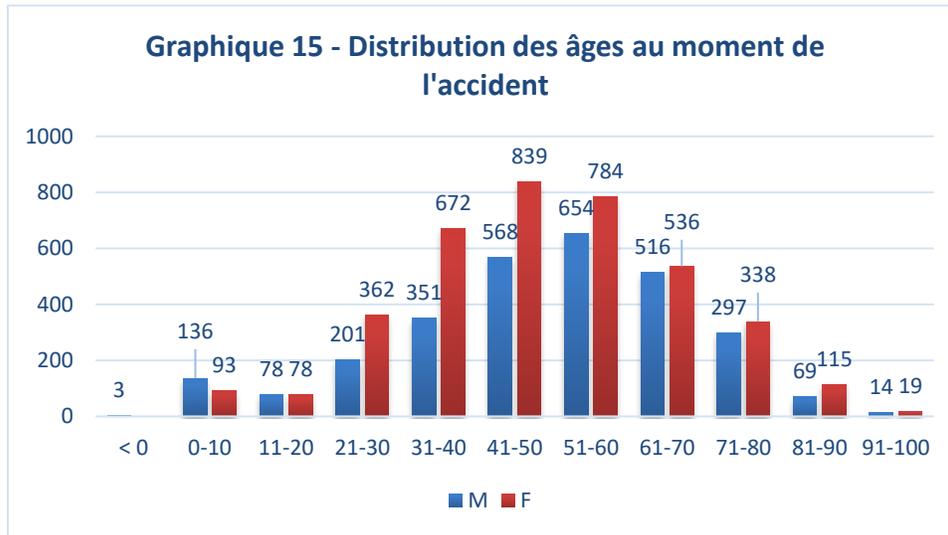


<sup>10</sup> Médecine curative extra-hospitalière.

<sup>11</sup> Médecine non curative et professions paramédicales.

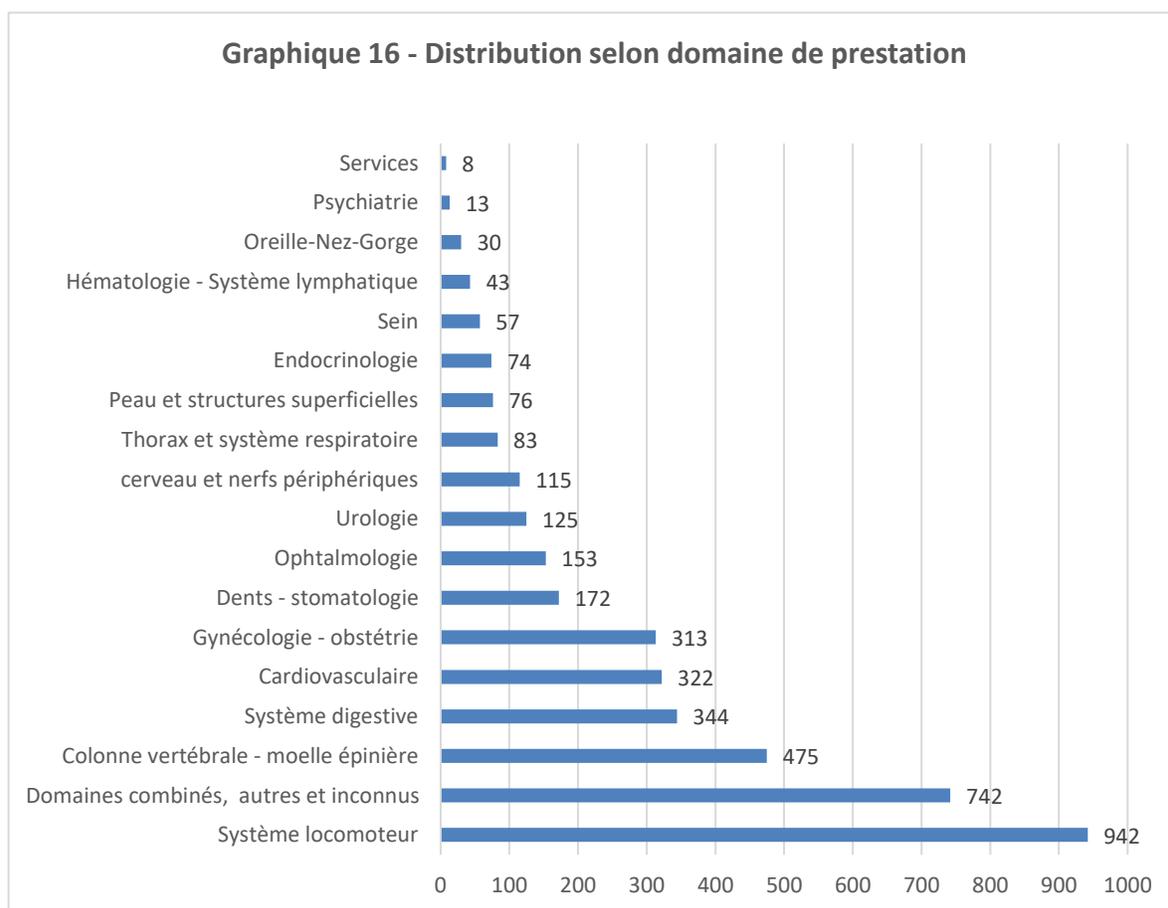
### b. Répartition par âges et genres

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



### c. Domaines de prestations

Graphique 16 représente la distribution des prestations médicales parmi différents domaines qui sont à la base de l'accident médical (sur la base de la classification internationale ICHI, avec un regroupement pour ce graphique). Cette année, les dossiers ayant fait l'objet d'une expertise interne et dont le codage était disponible ont également été inclus.

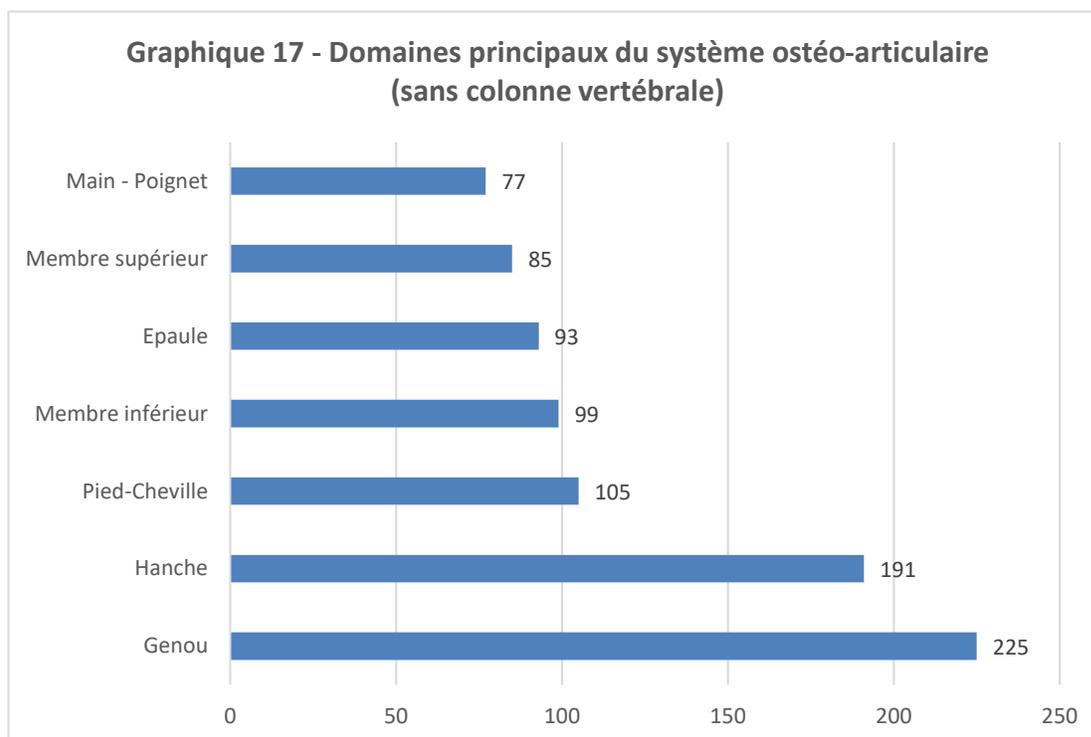


Le plus grand nombre de dossiers concerne des prestations réalisées au niveau du système locomoteur ou ostéo-articulaire à l'exclusion de la colonne vertébrale (29,50 %), de la colonne vertébrale (14,88 %), du système digestif (10,77 %), du système cardiovasculaire (10,08 %) et de la gynécologie-obstétrique (9,80 %). Un important groupe résiduel est constitué de domaines ou de combinaisons de domaines qui ne peuvent être encodés de manière spécifique.

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

## INTERVENTIONS ORTHOPÉDIQUES

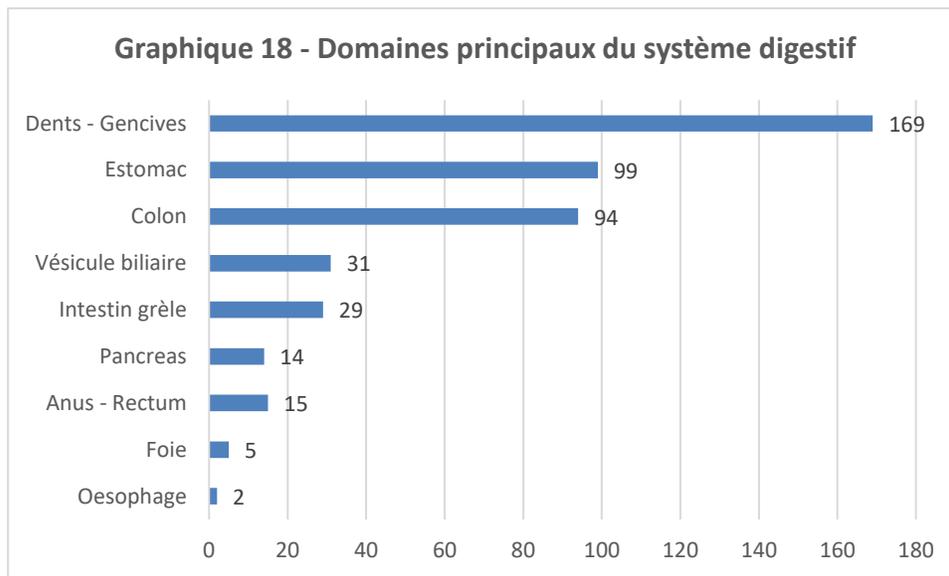
Le graphique 17 précise les principales zones anatomiques du système ostéo-articulaire les plus fréquemment rapportées dans le cadre d'un accident médical. Le genou et la hanche sont clairement les zones anatomiques pour lesquelles des soins sont plus fréquemment dispensés dans le cadre de l'orthopédie.



## INTERVENTIONS DIGESTIVES

Le graphique 18 détaille les zones anatomiques du système digestif les plus souvent rapportées dans le cadre d'un accident médical. Les dossiers dentaires arrivent en tête mais ne présentent en général pas de critère de gravité.

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

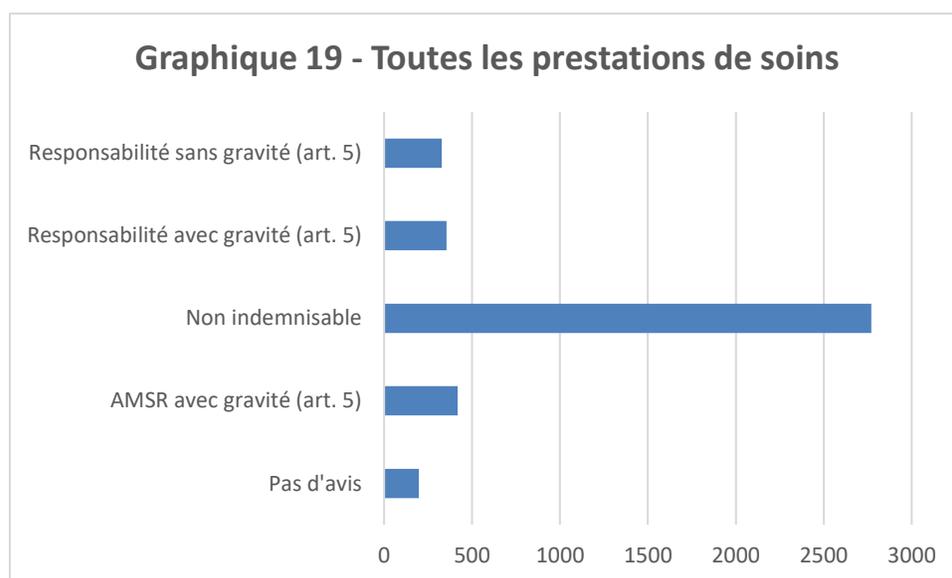


#### d. Types d'avis en général et pour certains types de prestations

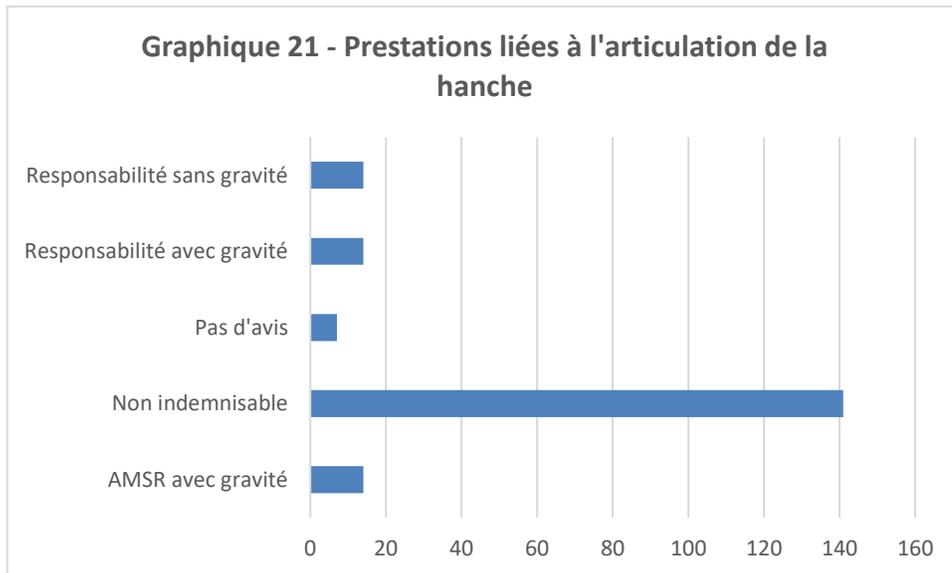
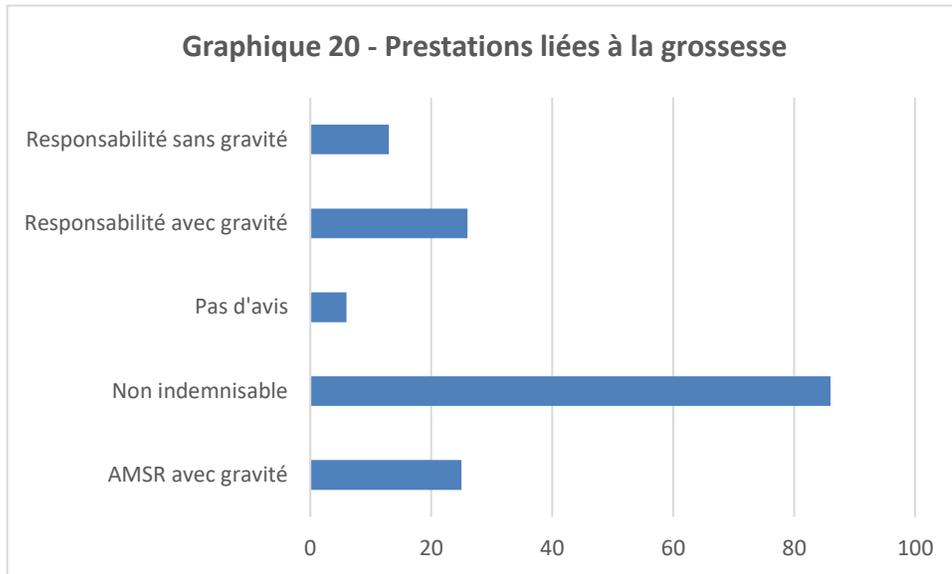
Les graphiques suivants ventilent les dossiers d'accidents médicaux en fonction du type d'avis que nous avons rendus depuis la création du Fonds. Les graphiques 20 et suivants examinent chacun les prestations effectuées sur une zone anatomique en particulier.

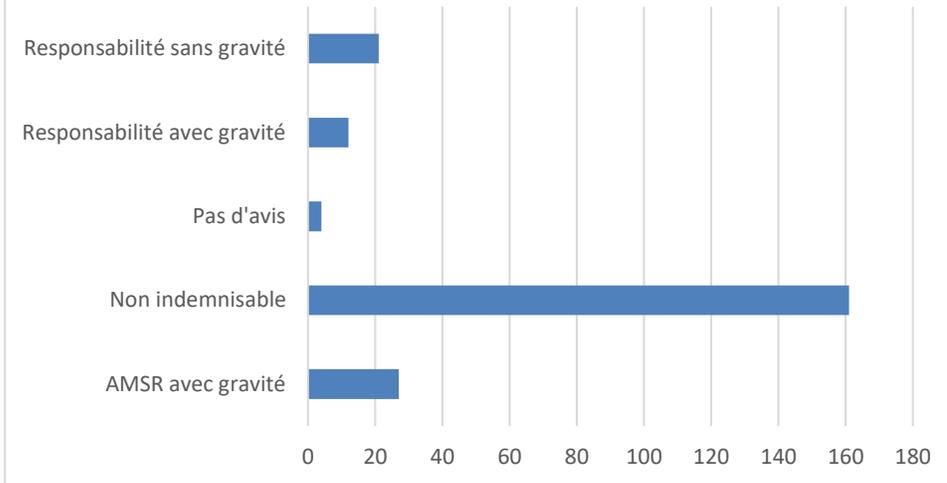
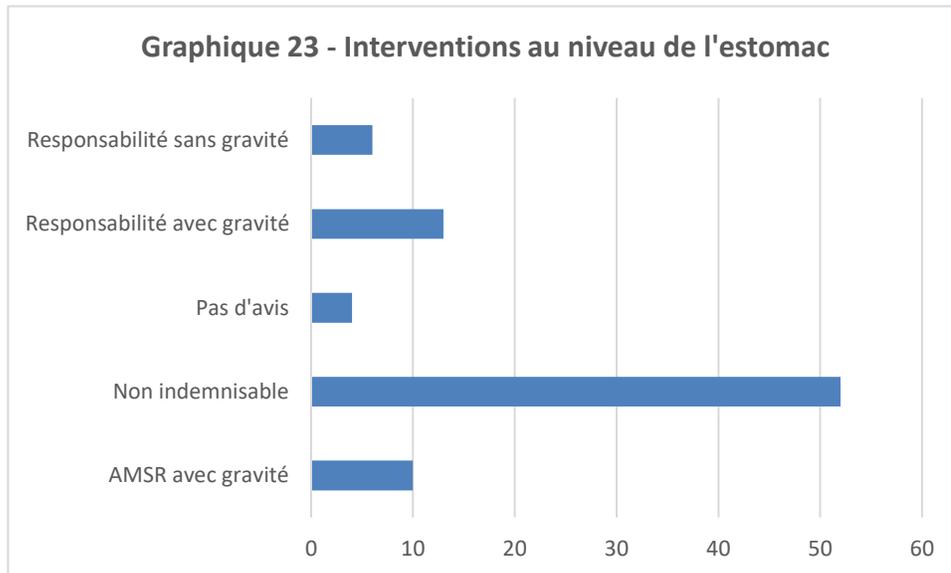
Il est frappant de constater que dans le secteur de l'obstétrique, il y a considérablement davantage de AMSR et de responsabilités eu égard à l'ensemble des prestations de santé dispensées. (Graphiques 19 par rapport aux graphiques 20-23)

#### GÉNÉRALITÉS



## TYPES D'AVIS POUR CERTAINS TYPES DE PRESTATIONS

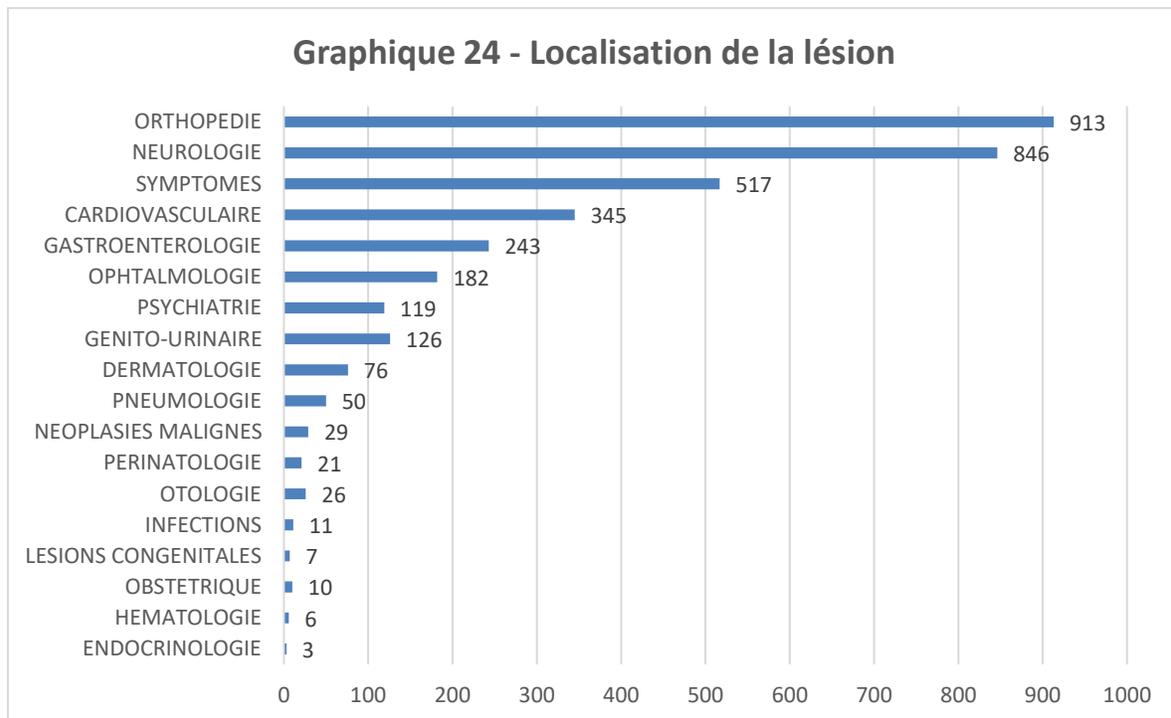


**Graphique 22 - Prestations liées à l'articulation du genou****Graphique 23 - Interventions au niveau de l'estomac**

### e. Site des lésions

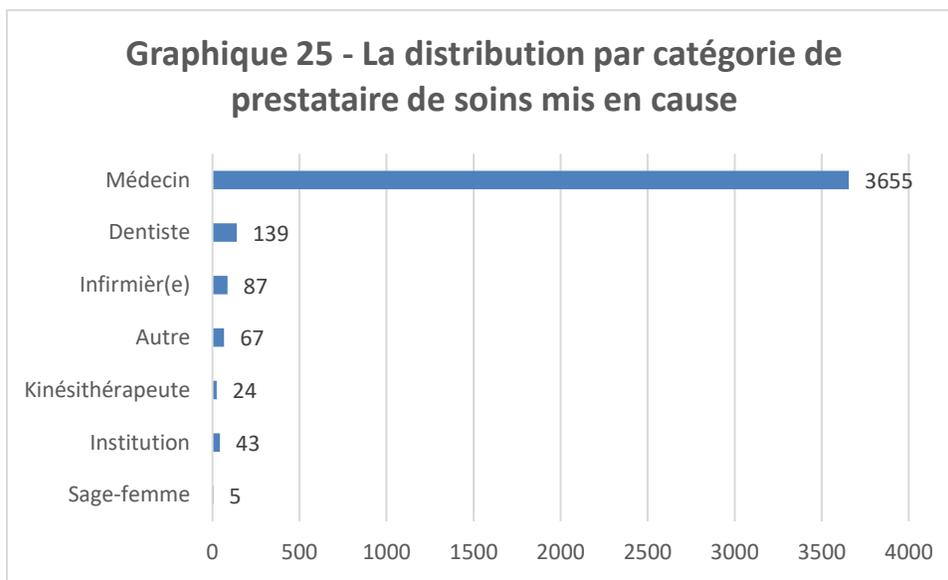
Lors d'un accident médical, certains types de lésions apparaissent plus souvent que d'autres. Le type d'administration détermine évidemment dans une large mesure la localisation de la lésion, bien qu'elle puisse survenir dans un domaine différent (par exemple, une lésion neurologique peut survenir lors d'une chirurgie orthopédique). L'encodage actuel des lésions par le Fonds ne permet d'encoder qu'une seule lésion. En cas de lésions multiples, la lésion la plus grave sera encodée en priorité. La catégorie « symptômes » concerne une catégorie résiduelle qui comprend, par exemple, la douleur mais aussi les symptômes d'étiologie incertaine ou ceux qui ne peuvent être catégorisés. Les lésions au niveau de la colonne vertébrale ayant un impact sur la moelle épinière ou les racines nerveuses ont été classées à la catégorie « neurologie ».

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

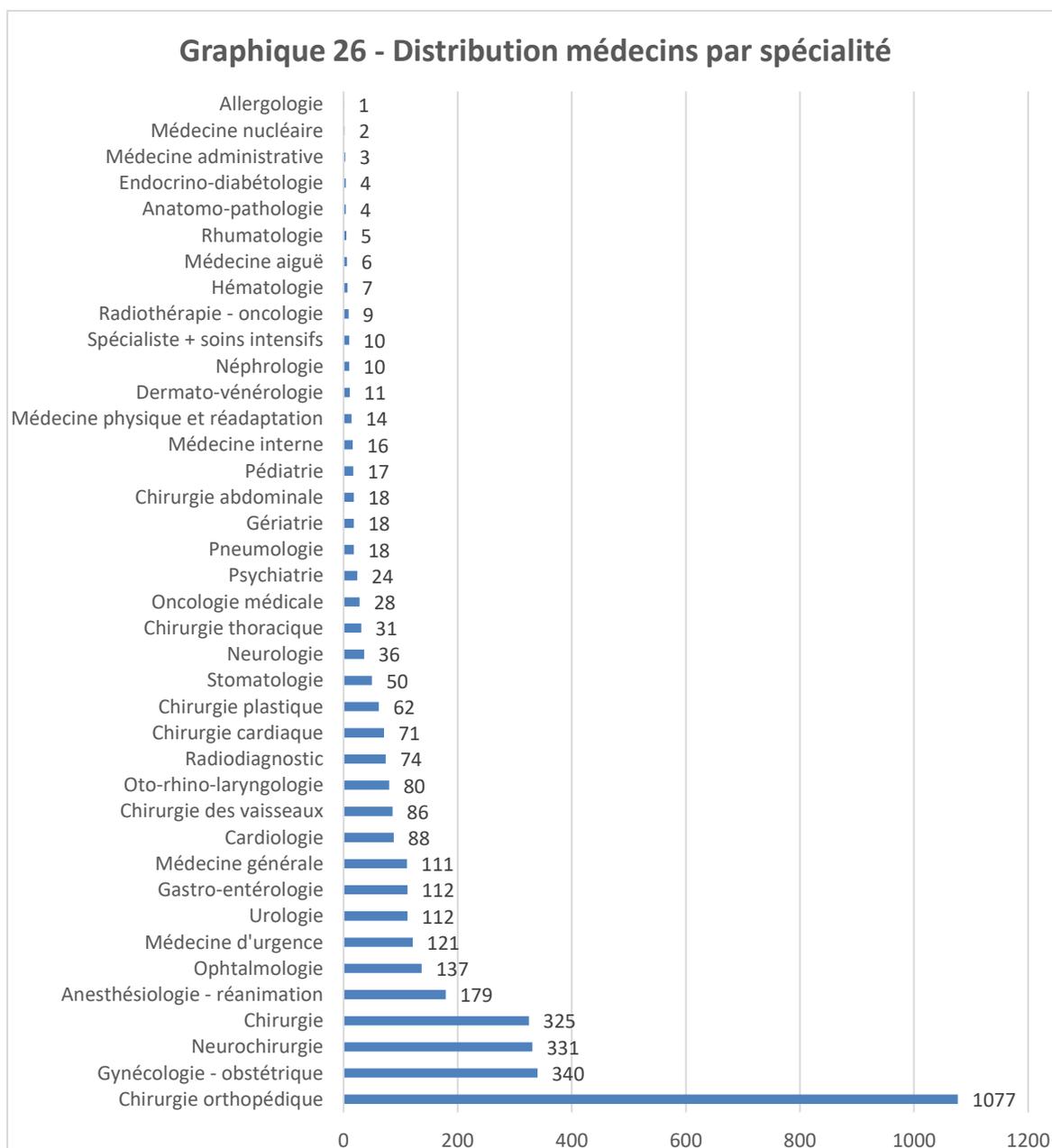


*f. Types de prestataire de soins*

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



Le graphique 26 ventile les dossiers d'accidents médicaux en fonction de la spécialité du médecin mis en cause.



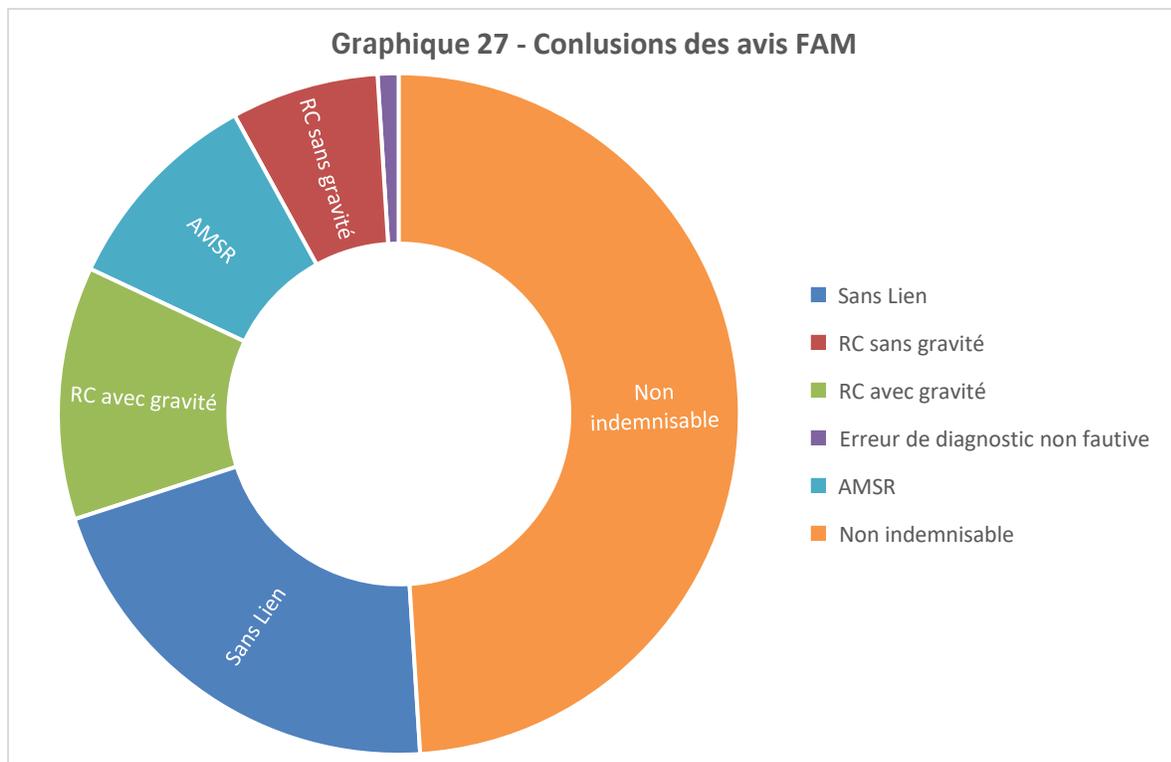
### g. Casestudy – analyse des dossiers ORL

Le Fonds veut poursuivre le développement de sa mission de prévention. Une condition de base pour cette mission est l'accès facile aux données mais également la compétence interne et les moyens à consacrer à cette mission. Pendant l'année 2024 un projet pilote sur un thème spécifique a été mené sur le secteur ORL. Il s'agit d'une analyse manuelle pour laquelle une analyse du contenu des anciens avis a été nécessaire.

Avec des milliers de dossiers déposés depuis sa création, le Fonds des Accidents Médicaux regorge de données utiles pour les différents acteurs de notre système de soins. La récolte et l'analyse de ces données est donc un enjeu de taille, tant pour les informations qu'elles contiennent que pour pouvoir comparer ces données au niveau national et international.

Pour avoir une idée plus concrète des données disponibles, un premier travail a été réalisé avec la spécialité ORL. L'analyse s'est donc portée sur des dossiers impliquant un prestataire ORL et ayant débouché sur un avis du Fonds, depuis la création du Fonds jusqu'en novembre 2024. Cette analyse comprend donc également les données qui n'étaient pas reprise dans l'encodage standardisé.

On apprend ainsi qu'une responsabilité civile du prestataire de soins a été retenue dans 19% de ces dossiers, un accident médical sans responsabilité dans 10% des dossiers et 70% des dossiers ont été évalués comme non indemnisables ou sans lien avec une prestation de soins.



L'analyse a aussi permis d'identifier les prestations de soins et les complications les plus fréquentes dans ces dossiers.

Parmi les complications les plus fréquentes, les lésions nerveuses arrivent en tête (18% des dossiers analysés) suivies par les hémorragies (8,5%), les pertes d'audition (7%) et les paralysies des cordes vocales (5%).

En ce qui concerne les prestations de soins, on retrouve le plus souvent la chirurgie endoscopique des sinus, la tympanoplastie, la rhinoseptoplastie, l'adénotonsillectomie et la thyroïdectomie. Les dossiers où une responsabilité civile du prestataire a été retenue portent principalement sur la chirurgie endoscopique des sinus et la prise en charge des cancers ORL.

Ces prestations de soins correspondent aux prestations ORL les plus impliquées dans des litiges médico-légaux au niveau international.

Enfin, on observe que dans environ 75% des dossiers, l'incapacité personnelle permanente (IPP) est en dessous de 25%. Parmi les dossiers avec une IPP de moins de 25%, la moitié présentent une IPP de moins de 10%.

### III. Activités juridiques, suivi et statistiques

#### CONTENTIEUX

##### 1. Généralités

Les juristes du Fonds utilisent EUNOM-E, la plateforme de contentieux commune de l'INAMI pour la gestion des dossiers faisant l'objet d'un litige juridique. Les chiffres présentés sur cette base dans les tableaux suivants divergent (légèrement) des chiffres présentés dans le précédent rapport annuel en raison de corrections ou d'un nouveau calcul.

##### 2. Catégories

Le Fonds peut intervenir comme **demandeur** dans le cadre d'une action subrogatoire<sup>12</sup> pour récupérer l'indemnisation versée, celle-ci étant généralement remboursée en vertu de l'article 4, 3<sup>o</sup><sup>13</sup>, mais, le cas échéant, aussi sur la base de l'article 4, 2<sup>o</sup><sup>14</sup> ou de l'article 4, 4<sup>o</sup><sup>15</sup>, de la loi relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé.

Le Fonds peut ensuite également agir en tant que partie défenderesse ou intimée dans la phase d'appel en cas de jugement défavorable pour l'assureur à la suite d'une action en subrogation ou en tant que partie demanderesse ou appelante à la suite d'un jugement défavorable pour le Fonds.

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

Le Fonds peut ensuite intervenir en tant que partie appelante dans le cadre d'une procédure entamée en première instance par la victime et en cas de jugement défavorable ou en tant que partie intimée à la suite d'un jugement défavorable pour la victime.

En cas d'arrêt défavorable, un pourvoi en cassation reste possible dans tous les cas, mais il est plutôt exceptionnel.

Enfin, le demandeur peut contester la proposition d'indemnisation par le Fonds sur base de l'article 27 de la loi relative à l'indemnisation résultant de soins de santé. Cela ne concerne que 21 cas environ depuis le lancement du Fonds.

<sup>12</sup> Art. 28 de la loi relative à l'indemnisation résultant de soins de santé.

<sup>13</sup> Contestation de la responsabilité du prestataire de soins.

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

<sup>15</sup> L'assureur qui couvre la responsabilité du prestataire de soins ayant entraîné le dommage formule une proposition d'indemnisation jugée manifestement insuffisante par le Fonds.

## a. Litiges initiés année après année

Tableau 13 – Litiges initiés avec le Fonds en tant que demandeur ou défendeur, par type de tribunal															
Année où le litige a été initié	Procédures introduites par le Fonds en première instance		Procédures introduites par le Fonds en appel		Procédures introduites par le Fonds – Cour de Cassation		Procédures introduites contre le Fonds en première instance			Procédures introduites contre le Fonds en appel			Procédures introduites contre le Fonds – Cour de Cassation		Total
	NL	FR	NL	FR	NL	FR	NL	FR	D	NL	FR	D	NL	FR	
	Le Fonds en qualité de demandeur						Le Fonds en qualité de défendeur								
2012								2							2
2013															
2014	1						2	2							5
2015		2					11	6		1	1				21
2016	8	4	4				9	8							33
2017	6	7	4				9	11		2	4				44
2018	9	4	3	4			16	8		1	2			1	48
2019	3	4	3	6	2	1	14	13		5	2		1		53
2020	13	11	5	2			16	10		8	4				69
2021	12	16	5	1			23	12	1	8	4				82
2022	4	16	6				20	18	1	4					69
2023	11	27	1	2			18	16		8	1				84
2024	11	23	3	5			32	23	1	9	5		1		112
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>114</b>	<b>34</b>	<b>20</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>170</b>	<b>129</b>	<b>3</b>	<b>46</b>	<b>23</b>		<b>1</b>	<b>1</b>	<b>622</b>

Source : Fonds des accidents médicaux

Dans le tableau 13, nous voyons qu'au total 249 procédures ont été introduites auprès des tribunaux néerlandophones et francophones par le Fonds. Sur les 249 procédures introduites par le Fonds comme demandeur, 192 ont été introduites en première instance, 54 en appel et 3 en cassation depuis 2014.

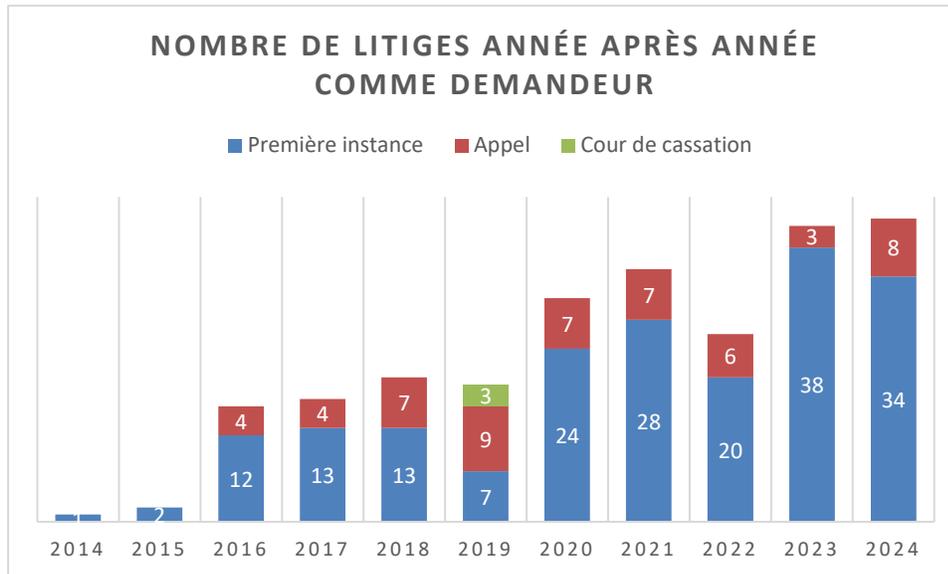
"Le Fonds comme demandeur en première instance" concerne généralement un recours subrogatoire. "Le fonds comme demandeur en appel ou en cassation" concerne tant des procédures initiées par le Fonds que des procédures initiées par la victime.

En outre, le même tableau indique le nombre de procédures introduites contre le Fonds, avec le Fonds comme défendeur. Dans 302 procédures, le Fonds a été cité à comparaître en vertu de l'article 23, § 2, de la loi, à la suite d'un avis de refus d'indemnisation par le Fonds. Dans 69 cas, une procédure a été introduite en degré d'appel contre le Fonds et, dans 2 cas, un pourvoi en cassation. "Le Fonds comme défendeur en appel ou en cassation" concerne les recours introduits contre un jugement ou arrêt favorable au Fonds dans le cadre de l'exercice par le Fonds de son droit de subrogation contre l'assureur ou dans le cadre de la contestation d'un avis de refus d'indemnisation.

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

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

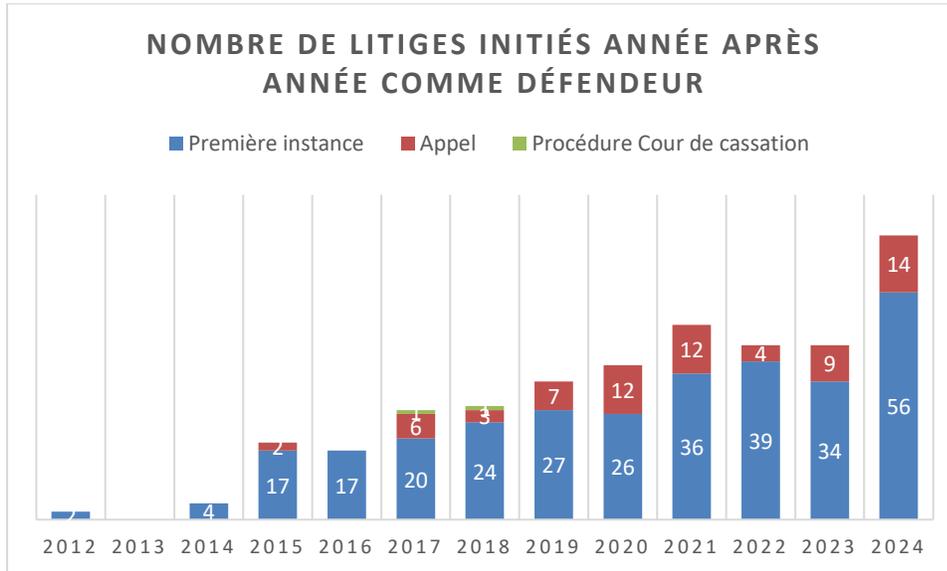
Graphique 28



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

Le graphique 29 illustre l'évolution des litiges initiés contre le Fonds par type de tribunal

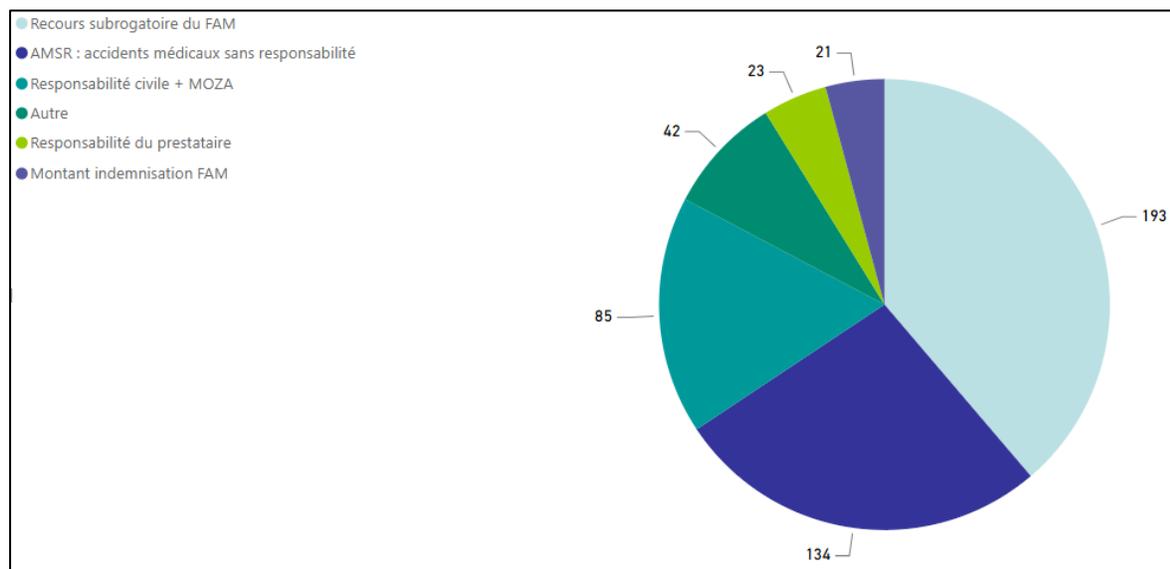
Graphique 29



Représentation graphique du type ou du motif du litige

Le graphique 30 donne une image globale du motif ou de l'objet du litige.

Graphique 30<sup>16</sup>



<sup>16</sup> La partie « Autre » dans le graphique 30 concerne par exemple un contentieux sur la gravité. Concernant environ 18 dossiers, le type de litige n'est pas inclus dans ce graphique.

## b. Résultat des procédures

Tableau 14 – Le nombre de décisions prises année après année et le résultat de ces décisions													
Année du jugement	Résultat des procédures introduites <u>par</u> le Fonds en première instance		Résultat des procédures introduites <u>par</u> le Fonds en appel		Résultat des procédures introduites <u>par</u> le Fonds devant la Cour de Cassation		Résultat des procédures introduites par le <u>contre</u> le Fonds en première instance		Résultat des procédures introduites <u>contre</u> le Fonds en appel		Résultat des procédures introduites <u>contre</u> le Fonds devant la Cour de Cassation		Nombre total de décisions par an
	Le Fonds en qualité de demandeur						Le Fonds en qualité de défendeur						
FAM	Avan-tage	Désa-vantage	Avan-tage	Désa-vantage	Avan-tage	Désa-vantage	Avan-tage	Désa-vantage	Avan-tage	Désa-vantage	Avan-tage	Désa-vantage	
2015	NL						1						1
	FR												
2016	NL						1	7					8
	FR	1											1
2017	NL	1						3					4
	FR	1	1				3	3	2				8
2018	NL	3	4		2		3	9	1				23
	FR	1	2				1	1	2	1			7
2019	NL	2	4		3		9	2					23
	FR	1	2		2			1					6
2020	NL	3	1	1	3		8	5				1	23
	FR				1		2		1				5
2021	NL	3						3		1			7
	FR		1				1			1			3
2022	NL	3	6				5	4	2	1			21
	FR	1		2			2		1				6
2023	NL	3	4	1			8	4	1	1			22
	FR	4	3				3						10
2024	NL		2		1		1	3					7
	FR	3	2	2	1		3	2		1			13
<b>Total</b>		<b>30</b>	<b>32</b>	<b>6</b>	<b>13</b>		<b>51</b>	<b>47</b>	<b>10</b>	<b>6</b>		<b>1</b>	<b>199</b>

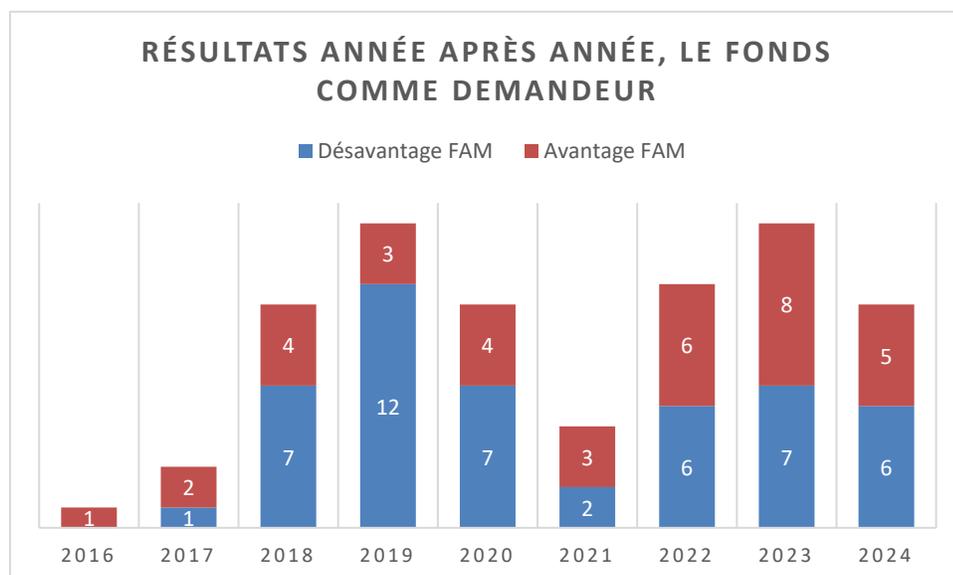
Source : Fonds des accidents médicaux

Le tableau 14 montre le nombre de décisions et le résultat (en faveur du Fonds ou contre le Fonds) en première instance, en degré d'appel et en pourvoi en cassation avec le Fonds comme demandeur ainsi qu'avec le Fonds comme défendeur.<sup>17</sup> Les graphiques ci-dessous illustrent l'évolution de ces résultats.

<sup>17</sup> La partie « Autre » n'est pas incluse dans le tableau 14 car, en général, elle ne dit rien sur le résultat final du contentieux. Elle concerne généralement la nomination d'un expert judiciaire, mais aussi, bien que dans une bien moindre mesure, la compétence du juge. Dans quelques cas, nous constatons également un jugement ou un arrêt mixte (en partie fondé/en partie non fondé).

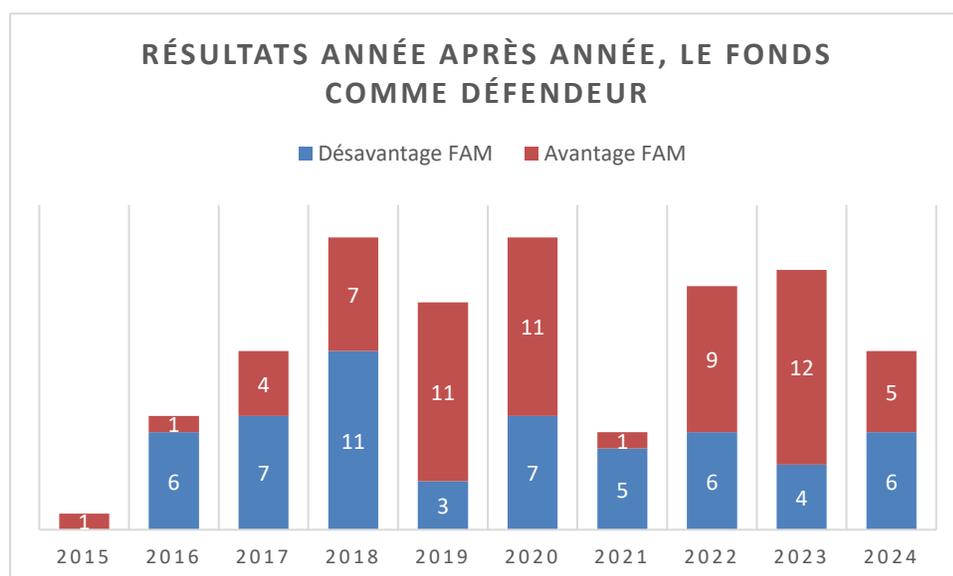
Évolution des résultats (pos/nég) année après année avec le Fonds comme demandeur.

Graphique 31



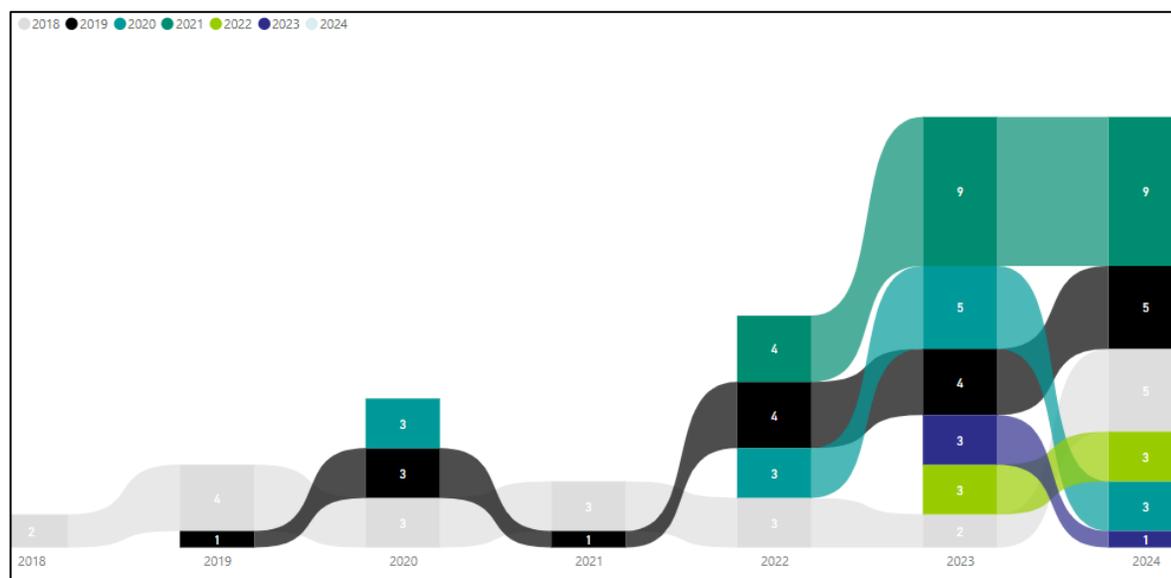
Évolution des résultats (pos/nég) année après année avec le Fonds comme défendeur.

Graphique 32



## Évolution des dossiers de litiges fermés année après année

Graphique 33



Le graphique 33 montre l'évolution du nombre de dossiers de contentieux clôturés. Le graphique montre à la fois l'année de début du contentieux (en haut) et l'année de clôture du dossier (en bas).

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

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

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

Tableau 15 – nombre de dossiers initiés et toujours en cours par année de démarrage		
L'année de début	Dossiers initiés	Dossiers en cours
2018	41	16
2019	38	19
2020	54	32
2021	66	34
2022	59	51
2023	74	70
2024	56	90
<b>Total</b>	<b>423</b>	<b>312</b>

Source : Fonds des accidents médicaux

Partie 4

Gestion financière et  
encadrement - 2024

Après avoir abordé les statistiques relatives aux activités « missions » du Fonds, nous analysons à présent le budget et le coût des différentes missions du Fonds, ainsi que les réalisations des années précédentes.

Cette quatrième partie est donc consacrée aux informations financières, au budget 2024 du Fonds et aux réalisations passées. L'analyse se décomposera en deux parties, une partie relative aux missions du Fonds (indemnisations) et une partie relative aux dépenses de fonctionnement du Fonds (budget de gestion).

Outre les chiffres relatifs aux indemnisations, nous commenterons les statistiques financières des expertises nécessaires à l'exécution des missions du Fonds, qu'il s'agisse d'expertises unilatérales, contradictoires ou de demandes d'avis auprès d'avocats et d'experts spécialisés.

Enfin, nous intégrerons les données liées au contentieux, incluant le paiement des avocats dans le cadre des procédures juridiques engagées par le Fonds ou intentée contre le Fonds, ainsi que les recettes perçues.

## I. Budgets et réalisations – Missions

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

<b>Tableau 16</b>		
<b>Rubrique</b>	<b>Budget 2024</b>	<b>Réalisations 2023</b>
8157 – Contentieux relatif aux missions de l'institution	2.000.000	1.424.831
8158 – Honoraires autres que pour le contentieux	300.000	365.371
80500 – Dépenses diverses missions FAM :	23.800.000	20.414.109
• Indemnisations : 18.500.000 €		17.967.981
• Sinistres catastrophiques : 3.000.000 €		0
• Expertises contradictoires : 2.300.000 €		2.446.128
<b>TOTAL</b>	<b>26.100.000</b>	<b>22.204.311</b>

Le contentieux relatif aux missions de l'institution représente le montant estimé pour payer des avocats dans le cadre de procédures juridiques contre un assureur privé ou de procédures contre les assurés, en contestation d'un avis ou d'une 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'agit généralement de médecins spécialistes ou de techniciens spécialisés qui, grâce à leur expertise, assistent le Fonds dans le traitement de dossiers particuliers.

Enfin, les dépenses diverses missions Fonds constituent de loin le montant le plus important, puisqu'il s'agit du montant prévu pour indemniser les victimes. Ce poste est réparti en trois catégories distinctes, à savoir les indemnisations résultant d'un sinistre catastrophique ou d'un autre type d'accident médical, ainsi que les expertises contradictoires qui seront réalisées.

Dans la suite de ce rapport, nous comparerons le budget 2024 aux dépenses de missions engagées la même année, en mettant l'accent sur les frais d'expertises, qu'elles soient unilatérales ou contradictoires, ainsi que sur les indemnisations.

## II. Budgets et réalisations - Gestion

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

Les tableaux ci-dessous reprennent le budget de gestion du Fonds pour les années 2024, ainsi que les réalisations de 2023.

Rubrique	Budget 2024	Réalisations 2023
Personnel	6.387.285 (73,18%)	5.574.641
Fonctionnement ordinaire	455.907 (5,22%)	748.977
Investissements mobiliers	2.444 (0,03%)	0
Fonctionnement informatique	1.830.420 (20,97%)	1.709.716
Investissements informatiques	19.950 (0,23%)	102.287
Impôts et contentieux	32.225 (0,37%)	0
<b><u>TOTAL budget de gestion</u></b>	<b><u>8.728.231</u></b>	<b><u>8.135.621</u></b>

Parmi les dépenses prévues dans le budget de gestion, on retrouve les dépenses de personnel, ainsi que celles concernant le fonctionnement ordinaire et informatique. Le budget inclut également les investissements mobiliers et informatiques nécessaires à la création d'applications spécifiques pour le Fonds, ainsi qu'au développement d'un système de gestion de dossiers performant.

En ce qui concerne la répartition du budget de gestion, on constate, sans surprise, que les dépenses de personnel sont les plus importantes, avec plus de 73 % du budget alloué en 2024. Viennent ensuite les dépenses de fonctionnement, nécessaires pour permettre au Fonds d'exercer ses missions dans les meilleures conditions, notamment grâce au développement informatique. Les investissements, quant à eux, ne constituent qu'une petite part du budget de gestion.

### III. Comparaison budget et réalisations 2024

En ce qui concerne l'année de référence de ce rapport, il est intéressant de comparer le budget et les réalisations afin d'avoir une vue sur le taux d'utilisation du budget. C'est pourquoi le tableau ci-dessous reprend les données relatives au budget et aux réalisations 2024.

Tableau 18 – Budget et réalisations 2024 (EUR)				
Rubrique	Budget 2024	Réalisations 2024	Différence	Taux d'utilisation
<b>Missions</b>				
Contentieux	2.000.000 €	1.908.237 €	91.763 €	95,41%
Honoraires autres que contentieux	300.000 €	348.830 €	-48.830 €	116,28%
Indemnisations	18.500.000 €	21.609.862 €	-3.109.862 €	116,81%
Sinistres catastrophiques	3.000.000 €	0 €	3.000.000 €	0,00%
Expertises contradictoires	2.300.000 €	2.232.808 €	67.192 €	97,08%
<b>TOTAL Missions</b>	<b>26.100.000 €</b>	<b>26.099.737 €</b>	<b>263 €</b>	<b>100,00%</b>
<b>Gestion</b>				
Personnel	6.387.285 €	5.966.494 €	420.791 €	93,41%
Fonctionnement ordinaire	455.907 €	391.724 €	64.183 €	85,92%
Investissements mobiliers	2.444 €	0 €	2.444 €	0,00%
Fonctionnement informatique	1.830.420 €	1.647.202 €	183.218 €	89,99%
Investissements informatiques	19.950 €	0 €	19.950 €	0,00%
Impôts et contentieux	32.225 €	21.525 €	10.700 €	66,80%
<b>TOTAL Gestion</b>	<b>8.728.231 €</b>	<b>8.026.945 €</b>	<b>701.286 €</b>	<b>91,97%</b>
<b>TOTAL GLOBAL</b>	<b>34.828.231 €</b>	<b>34.126.682 €</b>	<b>701.549 €</b>	<b>97,99%</b>

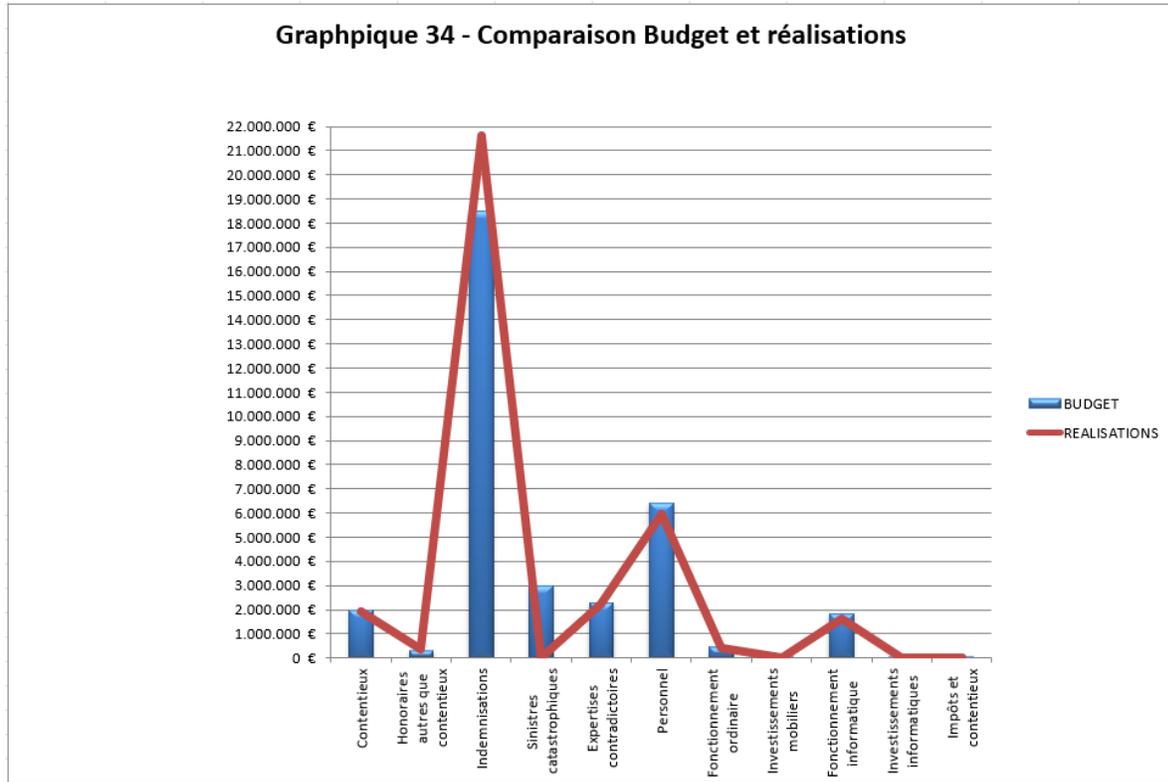
La première observation que l'on peut faire de ce tableau est que la quasi-totalité du budget 2024 du Fonds a été utilisée. En effet, au niveau global, 97,99% des moyens alloués ont été utilisés pour la réalisation des missions et le bon fonctionnement du Fonds. Ce taux est en légère baisse par rapport à l'exercice 2023, où l'intégralité du budget avait été consommée (99,32%).

En analysant plus en détail ce tableau, on constate que le budget des missions a été exécuté à 100%, bien qu'il y ait eu un dépassement budgétaire principalement lié aux indemnités classiques (< 1 million €).

Ce dépassement est en partie compensé par une sous-utilisation du budget pour les sinistres catastrophiques, pour lesquels aucune réalisation n'a été observée en 2024. Pour rappel, les sinistres catastrophiques sont définis comme des indemnités d'un montant supérieur à 1.000.000 €, et bien qu'aucune dépense n'ait été engagée dans ce domaine, ce budget non utilisé permet de relativiser le dépassement budgétaire des indemnités classiques. En fusionnant ces deux postes, le taux d'utilisation global pour les indemnités est de 100,51% (21.609.862 € de dépenses pour 21.500.000 € de budget), et plus de 116,81%.

En ce qui concerne le budget de gestion, celui-ci a été utilisé à hauteur de 91,97%, en hausse par rapport à 2023 (84,34%). Cette augmentation est principalement due à une meilleure utilisation du budget de personnel (93,41% en 2024 contre 84,92% en 2023). Toutefois, certaines catégories restent largement sous-utilisées, notamment les dépenses d'investissements informatiques et mobiliers, qui n'ont donné lieu à aucune dépense en 2024 (0%), ainsi que les impôts et contentieux (66,80%).

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



#### IV. Statistiques financières concernant les missions.

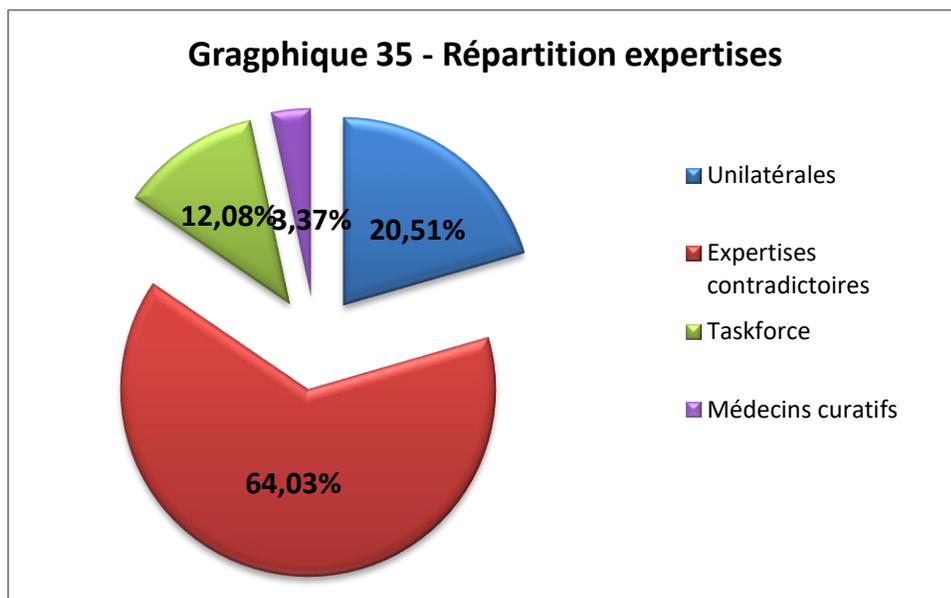
Dans cette partie, nous retrouvons les statistiques et informations relatives au coût des expertises et des indemnisations.

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

Tableau 19 – Coûts des expertises et indemnisations			
Type	Nombre d'expertises facturées / Indemnisations versées	Montant total	Montant moyen
<b>EXPERTISES</b>	<b>9.038</b>	<b>16.693.720,52 €</b>	<b>1.847,06 €</b>
Expertises unilatérales	1.854	2.127.552,98 €	1.147,55 €
Expertises contradictoires	5.787	14.208.879,22 €	2.455,31 €
Taskforce	1.092	326.891,60 €	299,35 €
Médecins curatifs	305	30.396,72 €	99,66 €
<b>FRAIS D'AVOCATS</b>	<b>4.689</b>	<b>9.197.756,35 €</b>	<b>1.961,56 €</b>
Demandes d'avis	600	1.069.728,92 €	1.782,88 €
Contentieux	4.089	8.128.027,43 €	1.987,78 €
<b>Indemnisations (Capital)</b>	<b>1.091</b>	<b>97.407.899,57 €</b>	<b>89.283,13 €</b>
<b>Indemnisations (Sinistres catastrophiques)</b>	<b>6</b>	<b>3.320.895,52 €</b>	<b>553.482,59 €</b>
<b>Indemnisations (Rentés)</b>	<b>287</b>	<b>400.610,20 €</b>	<b>1.395,85 €</b>
<b>TOTAL</b>	<b>15.111</b>	<b>127.020.882,16 €</b>	<b>-</b>

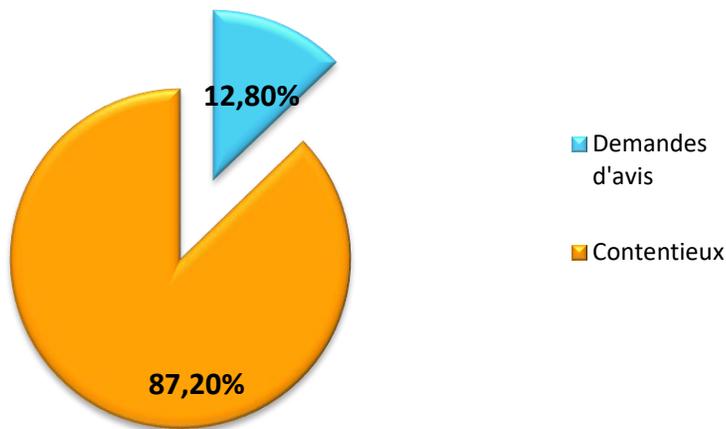
Les expertises contradictoires restent toujours bien plus nombreuses que les expertises unilatérales. Les proportions d'expertises contradictoires et unilatérales dans l'ensemble des expertises menées par le Fonds sont respectivement de 64,03% et 20,51% (graphique 35).

En ce qui concerne les autres types d'expertise, à savoir les expertises liées à la Taskforce et les analyses de dossiers réalisées par des médecins curatifs pour accélérer le traitement de certains dossiers, on constate que celles-ci représentent respectivement 12,08% et 3,37% de l'ensemble des expertises.



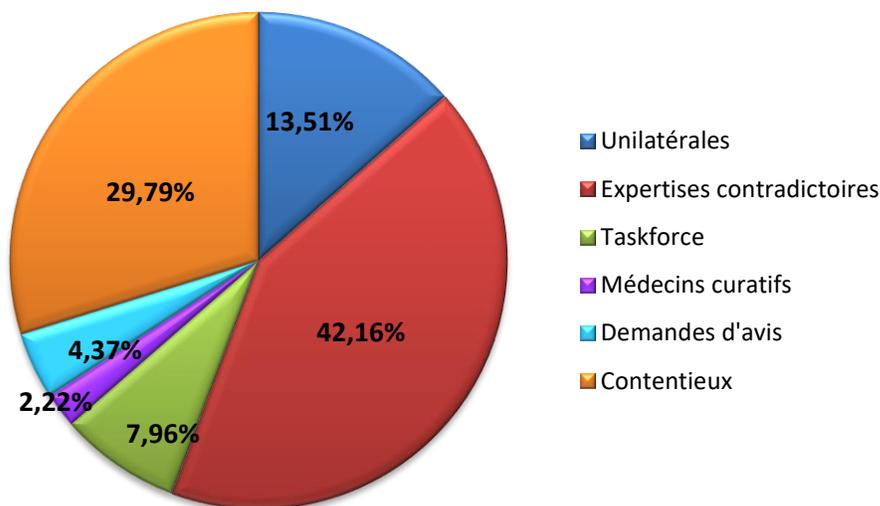
Nous constatons également que plus de 87% des demandes auprès d'avocats concerne la représentation du Fonds dans le cadre de procédures judiciaires. Cela représente une augmentation de 3,4% par rapport à l'année précédente, ce qui confirme la tendance observée des dernières années (+5% en 2022, +3% en 2023). En effet, le nombre de dossiers portés devant les tribunaux ne cesse d'augmenter et cela se répercute sur les demandes auprès des avocats, qui s'orientent davantage sur les procédures judiciaires que sur la relecture des avis, qui diminue de plus en plus au fil des années et ne se produit donc que très occasionnellement.

**Graphique 36 - Répartition des demandes aux avocats**



Enfin, en analysant les graphiques 35 et 36, nous pouvons constater que près de 66% des factures sont liées à des expertises demandées dans le cadre du traitement d'un dossier. Les factures relatives à des frais d'avocats représentant plus de 34% des factures honorées. Ce constat est assez stable par rapport à l'année précédente.

**Graphique 37 - Répartition par type de factures**



Si on analyse le coût de chaque type d'expertise, on constate que les expertises contradictoires représentent le coût le plus élevé, soit un coût moyen de 2.455,36 € par facture. Ensuite viennent les expertises judiciaires avec un coût moyen de 1.987,78 € par facture, les demandes d'avis avec un

coût moyen de 1.782,88 € par facture et les expertises unilatérales avec un coût moyen de 1.147,55 € par facture.

En ce qui concerne les indemnisations, au 31/12/2024, le Fonds avait versé un total de 1.097 indemnisations dont 260 ont été payées en 2024.

Depuis sa mise en place, le Fonds a également procédé au versement de 287 rentes mensuelles et/ou annuelles dans le cadre de 14 dossiers d'indemnisation. Étant donné la périodicité des versements et les montants beaucoup plus faibles de ces rentes, celles-ci sont isolées du reste des indemnisations et ne sont pas comprises dans les 1.097 indemnisations mentionnées ci-dessus.

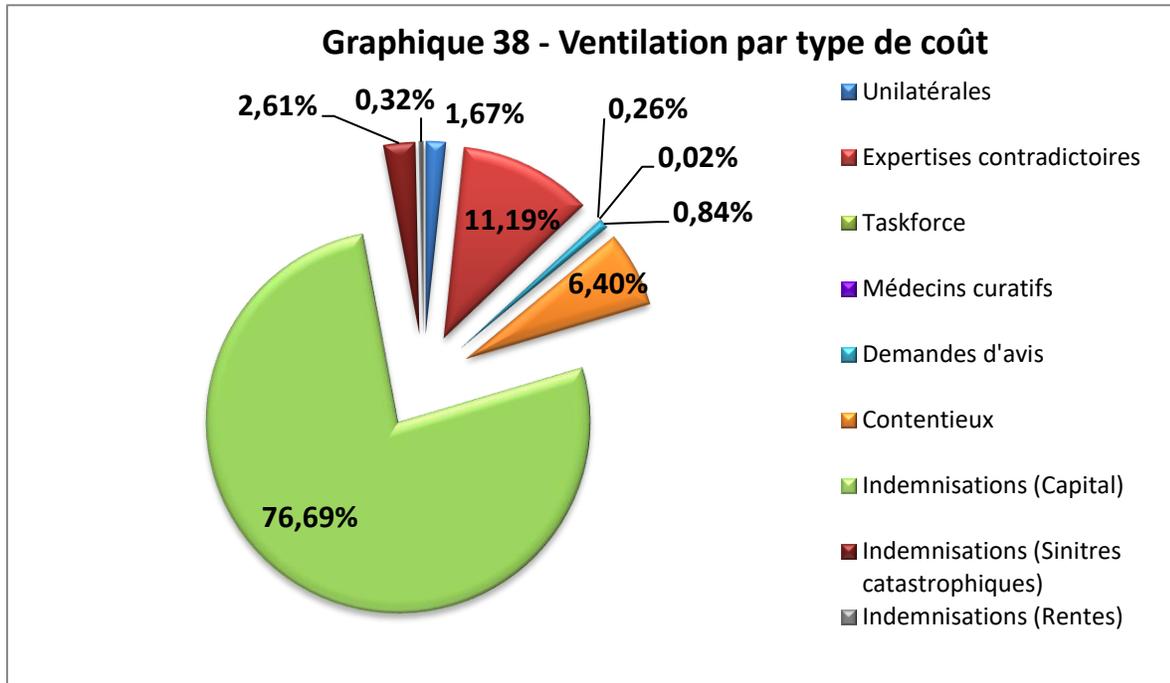
Le tableau ci-dessous nous donne une vue, mois par mois, du montant des indemnisations (rentes incluses) payées par le Fonds sur les cinq dernières années.

Tableau 20 – Indemnisations payées par le Fonds (EUR)					
Mois	2020	2021	2022	2023	2024
Janvier	833.964,98 €	688.263,20 €	1.952.555,43 €	1.620.206,89 €	281.863,58 €
Février	1.123.910,45 €	828.869,27 €	475.865,22 €	1.247.351,01 €	3.158.447,44 €
Mars	1.027.410,15 €	937.088,86 €	838.599,12 €	1.809.665,99 €	1.329.834,23 €
Avril	969.580,92 €	835.481,65 €	561.017,63 €	738.027,79 €	1.395.834,65 €
Mai	110.176,45 €	996.796,69 €	750.827,90 €	1.297.445,72 €	1.757.352,03 €
Juin	634.729,02 €	645.924,89 €	1.621.677,34 €	1.735.389,45 €	1.680.620,65 €
Juillet	679.377,43 €	1.378.661,44 €	2.499.670,95 €	2.373.015,64 €	1.808.328,82 €
Août	328.055,40 €	2.691.057,93 €	678.783,64 €	911.291,73 €	2.358.247,24 €
Septembre	544.838,14 €	1.407.023,60 €	745.911,38 €	1.572.044,27 €	1.968.970,98 €
Octobre	1.170.907,62 €	1.878.564,49 €	2.489.929,35 €	1.261.468,87 €	1.674.782,67 €
Novembre	142.809,18 €	960.775,76 €	1.743.117,44 €	971.341,78 €	2.002.238,56 €
Décembre	889.301,43 €	866.396,20 €	2.027.129,65 €	3.034.785,52 €	2.193.340,77 €
<b>TOTAL</b>	<b>8.455.061,17 €</b>	<b>14.114.903,98 €</b>	<b>16.385.085,05 €</b>	<b>18.572.034,66 €</b>	<b>21.609.861,62 €</b>

La principale constatation que l'on peut retirer de ce tableau est effectivement que la tendance d'une augmentation considérable des montants liés aux indemnisations, entamée en 2021, se poursuit en 2024. En effet, plus de **21 millions d'euros** ont été versés en indemnisations aux victimes, marquant une augmentation de plus de **3 millions d'euros** par rapport à 2023 (soit environ 16,5% d'augmentation).

Cette dynamique montre que des efforts importants ont été réalisés pour accélérer le traitement des dossiers et indemniser un maximum de victimes dans un délai le plus raisonnable possible. Ces chiffres reflètent l'engagement du Fonds à répondre de manière efficace aux besoins croissants des victimes d'accidents médicaux et à améliorer constamment le processus d'indemnisation.

Si on compare les montants des indemnisations avec ceux des expertises, il est évident que les indemnisations représentent la part la plus importante des coûts. En effet, elles constituent plus de 76% du montant total des dépenses engagées par le Fonds depuis sa création, soit environ 98 millions d'euros.



Terminons cette partie consacrée aux données financières en évoquant les récupérations perçues par le Fonds suite à une indemnisation. En 2023, le Fonds avait récupéré tout ou partie des montants versés dans le cadre de 10 dossiers, pour un total de 692.758,01 €. En 2024, ce montant a considérablement augmenté pour atteindre 1.912.235,12 €, répartis sur 18 dossiers (dont 3 ayant fait l'objet de plusieurs récupérations), soit une hausse de plus de 1,2 million d'euros par rapport à l'année précédente.

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

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

<b>Tableau 21 – Les montants récupérés par le Fonds</b>			
<b>Année</b>	<b>Frais de justice</b>	<b>Honoraires divers</b>	<b>Indemnisations</b>
<b>2016</b>	1	4	0
	1.537,94 €	4.225,59 €	0,00 €
<b>2017</b>	0	3	0
	0,00 €	17.800,00 €	0,00 €
<b>2018</b>	6	3	0
	50.970,38 €	3.980,39 €	0,00 €
<b>2019</b>	10	6	2
	24.746,84 €	7.347,22 €	78.239,40 €
<b>2020</b>	4	3	5
	5.553,43 €	1.026,45 €	392.889,08 €
<b>2021</b>	6	3	12
	10.031,81 €	33.437,36 €	532.966,41 €
<b>2022</b>	27	5	5
	94.042,04 €	6.892,89 €	183.649,18 €
<b>2023</b>	36	7	13
	42.744,61 €	20.879,18 €	692.758,01 €
<b>2024</b>	38	22	22
	72.194,57 €	101.966,92 €	1.912.235,12 €
<b>Total nombre</b>	<b>128</b>	<b>56</b>	<b>59</b>
<b>Total montant</b>	<b>301.821,62 €</b>	<b>197.556,00 €</b>	<b>3.792.737,20 €</b>

On constate bien évidemment que la catégorie relative aux indemnisations constitue la principale source de montants récupérés, puisqu'elle représente plus de 88% de celles-ci.

Date de publication : 2025

Éditeur responsable : B. Collin, Avenue Galilée 5/01, à 1210 Bruxelles

Réalisation : Fonds des accidents médicaux

Graphique design : Service de communication de l'INAMI

Dépôt légal : D/2025/0401/04