



INAMI

Fonds des accidents médicaux

Rapport d'activités 2025

TABLE DES MATIÈRES

Mot de la direction	4
Partie 1 Missions du Fonds des accidents médicaux	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	11
I. Organigramme	12
II. Experts externes.....	13
Partie 3 Activités relatives aux missions	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 des dossiers	20
5. Répartition par phase des dossiers restant ouverts, de leur ouverture à l’indemnisation .	
.....	21
6. Évolution des dossiers irrecevables	22
7. Délais moyens de traitement des dossiers traités jusqu’à l’avis inclus.	24
8. Évolution du nombre de dossiers entrants et sortants en phase 1 et 2 (avis)	26
9. Répartition des dossiers selon le type de demandeur	27
10. Avis par type.	28
11. Indemnisations après avis et par type.....	31
II. Activités médicales et statistiques	34
1. L’encodage	34
2. Statistiques.....	34
III. Activités juridiques, suivi et statistiques	45
1. Généralités	45

2. Catégories	45
Partie 4 Gestion financière et encadrement	54
I. Comparaison budget et réalisations 2025	56
II. Statistiques financières concernant les missions.....	59

Mot de la direction

L'année 2025 a une nouvelle fois mis en évidence le rôle essentiel du Fonds des Accidents Médicaux dans le paysage de la santé en Belgique. À travers principalement ses missions d'avis et d'indemnisation, le Fonds poursuit un objectif clair et constant : offrir aux victimes d'accidents médicaux et aux prestataires de soins une réponse rigoureuse, dans un climat serein et dans des délais raisonnables.

Dans un contexte marqué par une augmentation soutenue du nombre de demandes, par une complexité croissante des dossiers, mais également par un environnement économique et budgétaire particulièrement contraignant, les résultats présentés dans ce rapport témoignent de la solidité de notre organisation et de l'engagement quotidien des équipes. Malgré ces contraintes, le Fonds est parvenu à maintenir un haut niveau d'activité, à améliorer progressivement les délais de traitement et à renforcer la qualité des analyses médico-juridiques, tout en poursuivant la modernisation de ses outils et de ses processus.

L'année 2025 s'inscrit par ailleurs pleinement dans le cadre des engagements pris par le Fonds dans le projet du contrat d'administration. Ceux-ci traduisent une ambition claire : renforcer l'efficacité de l'action publique, garantir une utilisation adéquate des moyens disponibles et développer une approche toujours plus structurée en matière de reporting, d'analyse et de prévention des accidents médicaux.

À cet égard, 2025 a également été placée sous le signe de la transformation numérique et de la consolidation des évolutions engagées ces dernières années. Le développement continu de l'outil de gestion des dossiers, l'augmentation des demandes introduites par voie électronique et le renforcement des capacités de reporting illustrent notre volonté de conjuguer efficacité administrative, transparence et service aux citoyens, dans le respect strict de la protection des données et du cadre légal. Cela s'inscrit dans le cadre des objectifs stratégiques de l'INAMI, tels qu'ils figurent dans les Jalons pour l'avenir (2024) et dans le projet de contrat d'administration. Il est prévu d'accueillir un(e) analyste de données en 2026. Une perspective importante, afin de renforcer encore les missions de reporting et de prévention, au cœur de la valeur ajoutée stratégique du Fonds.

Ces résultats n'auraient pas été possibles sans le professionnalisme, la collaboration et la cohésion des équipes du Fonds, ni sans l'implication attentive de nos partenaires institutionnels, des experts externes et des membres du Comité de gestion. Le travail collectif, fondé sur la confiance et le sens des responsabilités, constitue un pilier central de notre action et un levier essentiel pour répondre aux défis actuels et à venir.

Ce rapport annuel vise à rendre compte, en toute transparence, des activités, des résultats et de l'utilisation des moyens mis à disposition du Fonds en 2025. Il reflète la détermination du Fonds des Accidents Médicaux à remplir pleinement ses missions au service de l'intérêt général.

Isabelle Durnez

Conseiller général, directeur

Éléments clés en 2025 ...

- Plus grand nombre de demandes introduites depuis 2014
- Demandes d'avis en 2025 réparties à 51% du côté francophone et 49% du côté néerlandophone
- 46,5% des introductions se passent électroniquement via Poema

815

nouvelles demandes
introduites

670

demandes traitées

- 670 demandes d'avis ont été traitées et un avis a été rendu
- 25% des demandes d'avis recevables sont potentiellement indemnisables par le Fonds ou le prestataire responsable ou son assureur

- 80% des demandes d'avis ouvertes en 2023 ont été clôturées en 12,8 mois
- Le temps de traitement s'améliore d'année en année

12,8

mois

87%

dossiers introduits
clôturés

- 8.324 demandes d'avis introduites depuis la création
- Plus de 87 % des demandes introduites ont reçu un avis
- 1.512 demandes restent ouvertes en traitement ou contentieux

- 59,3% des demandes d'avis sont soumises directement par la victime
- 18,5 % des victimes se font représenter par un avocat pour soumettre leur demande
- 16,1 % des victimes introduisent leur demande via leur organisme assureur

59,3%

des demandeurs en
personne

30,265

millions €

- 30,265 millions € en indemnisations versées aux victimes - responsabilité civile et accident médical sans responsabilité

Partie 1

Missions du Fonds des accidents médicaux

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 doit établir un rapport annuel d'activité et le transmettre au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, aux Chambres législatives et à la Commission fédérale Droits du patient.

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 gestion 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 délégation 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).

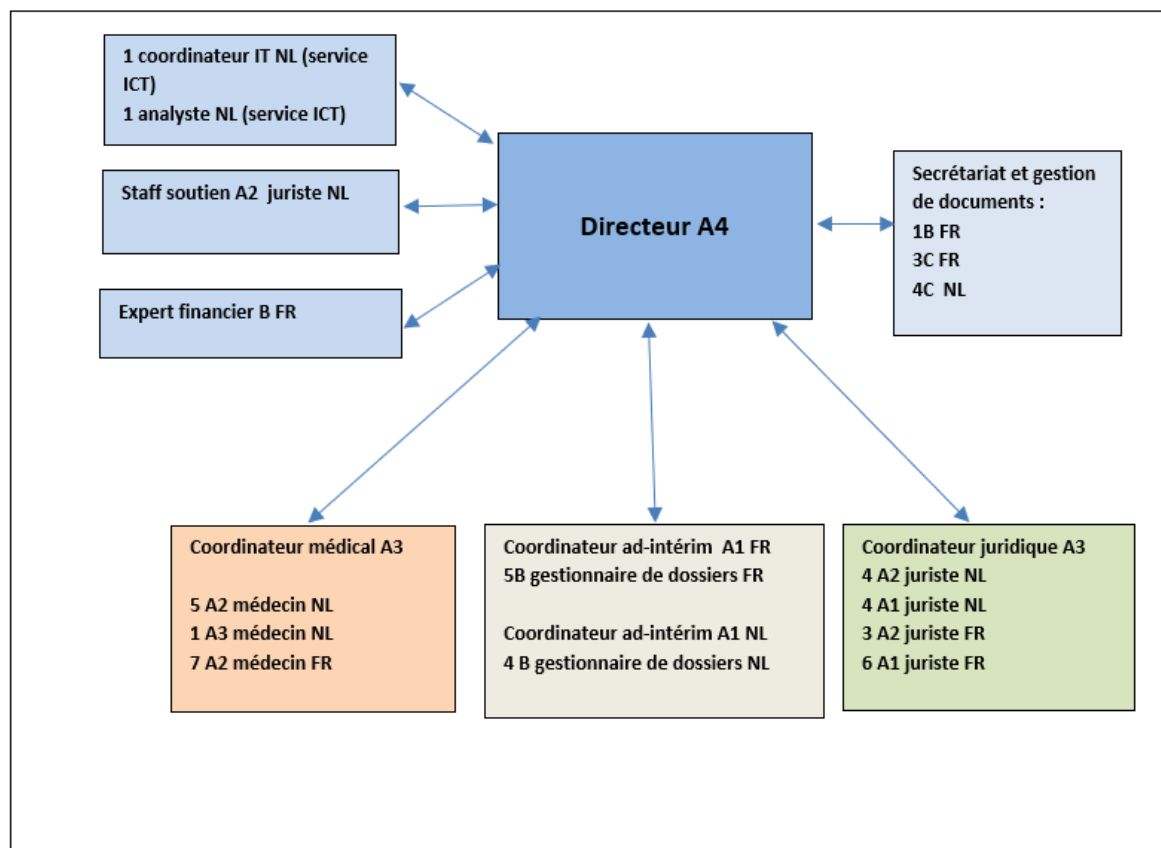
Le Comité de gestion prend généralement des décisions stratégiques et/ou organisationnelles. Il peut faire, avec l'administration, des recommandations utiles pour prendre des mesures préventives et prévenir les accidents médicaux.

Partie 2

Organigramme et structure du Fonds

I. Organigramme

L'organigramme ci-dessous montre le nombre de membres du personnel à la fin 2025. Nous totalisons 54 collaborateurs actifs et deux collaborateurs du Service Solutions Digitales (SDO).



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 2025, nous avons conclu un quatrième contrat de 4 ans avec des prestataires de soins (médecins et paramédicaux experts externes) à la suite d'une « procédure négociée avec publication préalable ». En vertu de l'accord-cadre actuel, nous pouvons faire appel à 67 experts médicaux et paramédicaux différents qui ont été retenus dans le cadre des marchés publics.

S'il n'y a pas d'expert ou de disponibilité sur la liste des marchés publics, pour un domaine ou une sous-spécialité en particulier, nous sommes contraints de recourir à des marchés publics de faibles montant. Il s'agit d'un marché public dont le montant estimé est inférieur à 30.000 EUR et qui est soumis à un régime assoupli.

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.

Partie 3

Activités relatives aux missions

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 2025, trois nouvelles versions de notre système de gestion des dossiers DAMO ont été déployées, avec comme principales nouveautés : fonctionnalité relative aux dommages non consolidés, poursuite de la digitalisation du processus de l'évaluation des dommages et des propositions d'indemnisation, suivi automatisé des dépenses par lot du marché public dans le cadre de nos expertises médicales, nouvelle fonctionnalité relative à la création et au suivi des inventaires médicaux et à l'enregistrement des demandes de remboursement des frais. En outre, nous avons également travaillé à la mise en place d'un cadre numérique complet pour la sélection des experts médicaux lors du lancement des expertises, en accordant une attention particulière au classement et à la justification des éventuelles dérogations, ainsi qu'à l'automatisation de la nouvelle procédure relative aux conventions spéciales. Enfin, toute une série de nouveaux modèles de lettres ont été mis en service et certains modèles existants ont été adaptés.

L'année écoulée a également été marquée par les préparatifs en vue de la facturation électronique obligatoire via Peppol, à laquelle les systèmes et processus internes ont dû être adaptés. L'application progressive du principe comptable des droits constatés au niveau de l'INAMI nécessitera également les adaptations nécessaires et le FAM a entre-temps été associé au groupe de projet.

En ce qui concerne notre base de données, la portée de notre système de stockage de données a été systématiquement élargie, avec un accent particulier sur l'ajout d'informations relatives aux litiges juridiques provenant de l'application de l'INAMI EUNOM-E¹. Dans ce cadre, un groupe de travail a d'ailleurs été créé afin de veiller à la qualité de ces données.

2025 a également été l'année où l'INAMI a accordé une grande priorité à l'exploration des possibilités et des opportunités que les évolutions rapides de l'intelligence artificielle peuvent nous offrir. Plusieurs projets de faisabilité ont été lancés dans ce contexte et l'utilisation de Copilot a été déployée, le tout dans le respect maximal de la protection des données. Au sein de l'INAMI, qui est certifié conforme à la norme ISO 27001 relative à la sécurité de l'information, des directives ont été établies à cet effet.

Au cours de l'année écoulée, nous avons également constaté une consolidation de l'utilisation de notre plateforme en ligne par les demandeurs. Pas moins de 46 % des demandes sont désormais effectuées par voie numérique et la plateforme a également été utilisée des centaines de fois pour télécharger des documents supplémentaires.

¹ plateforme commune de l'INAMI pour la gestion des dossiers de contentieux

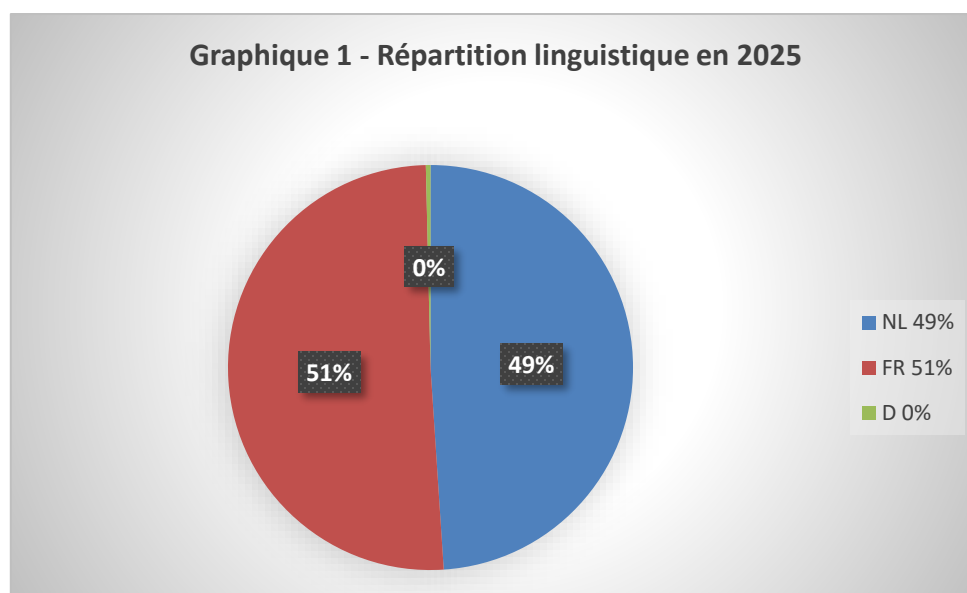
Enfin, les préparatifs pour la mise en service d'une nouvelle application facilitant le calcul des dommages ont débuté à la fin de l'année 2025.

2. Nombre total de dossiers entrants, ouverts² et clôturés³ par rôle linguistique

En 2025, **815** dossiers ont été introduits au Fonds. Le nombre de dossiers entrants a fortement augmenté par rapport à l'année précédente (cf. tableau 3). Depuis la création du Fonds, le nombre total de dossiers introduits s'élève à **8324**.

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 2025 que depuis la création du Fonds.

Tableau 1 – Nombre de dossiers introduits en 2025, selon leur langue et leur statut				
Nombre de dossiers	Langue			
Statut	D	FR	NL	Total
Fermé	2	108	95	205
Ouvert	1	305	304	610
Total	3	413	399	815
Source : Fonds des accidents médicaux				



² 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).

³ 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.

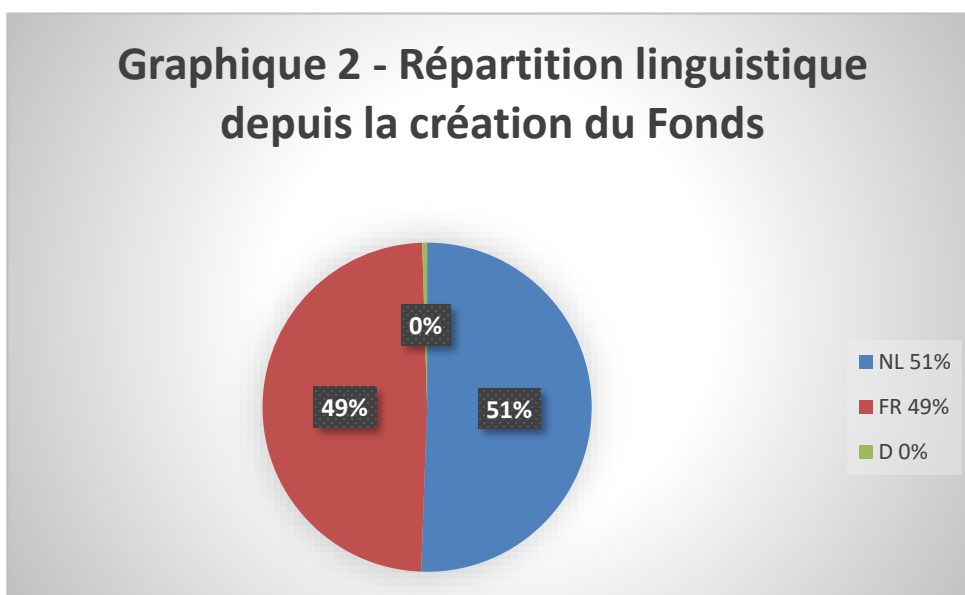
Tableau 2 – Répartition des dossiers introduits depuis la création du Fonds, selon leur langue et leur statut

Nombre de dossiers	Langue			Total
	D	F	N	
Statut				
Fermé	26	3281	3.505	6.812
Ouvert	6	584	528	1.118
- Contentieux (= en cours)	5	213	176	394
Total	37	4.078	4.209	8.324

Source: Fonds des accidents médicaux

Fin 2025, 80 % des dossiers francophones et 83 % des dossiers néerlandophones étaient clôturés.

Le graphique 2 donne un aperçu global du nombre de dossiers introduits au Fonds depuis sa création, selon la langue de ces dossiers⁴.



⁴ D = 0% of 37 dossiers, NL = 51 % of 4.209 dossiers, FR = 49% of 4.078 dossiers.

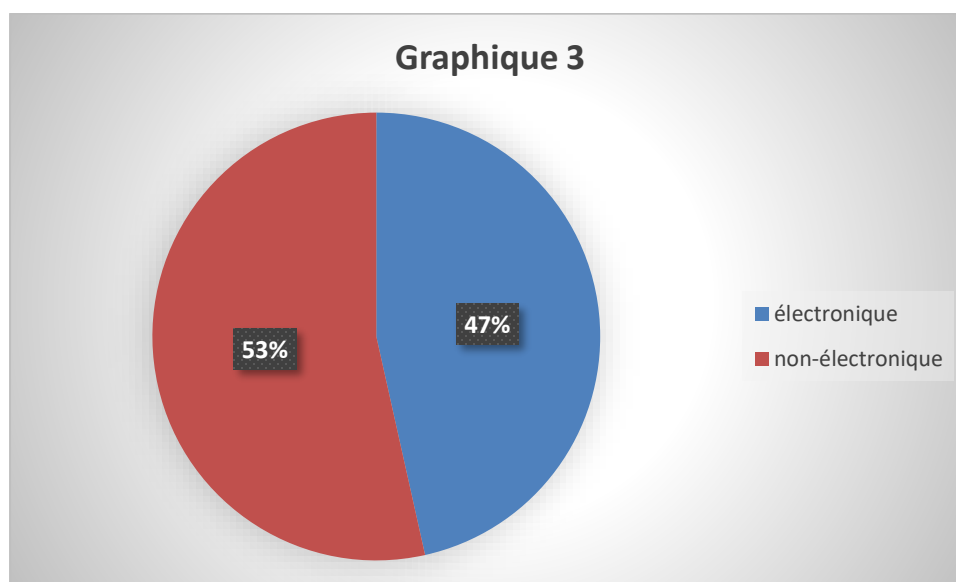
3. Le nombre total de dossiers introduits par mois

Tableau 3 – Nombre de dossiers introduits par mois.													
Année	Mois												Total
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	
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
2025	66	55	57	43	71	78	80	72	73	82	78	60	815

Source : Fonds des accidents médicaux

Le tableau 3 montre que le nombre de dossiers introduits a manifestement augmenté par rapport à 2024. En 2025, le Fonds en a reçu en moyenne **68** par mois.

Depuis le 25 mars 2024, il est possible de soumettre les demandes par voie électronique (via l'outil POEMA). En 2025, sur 815 demandes, **379** (soit 46,5%) ont été introduites par voie électronique (dont 203 NL, 175 FR et 1 D).

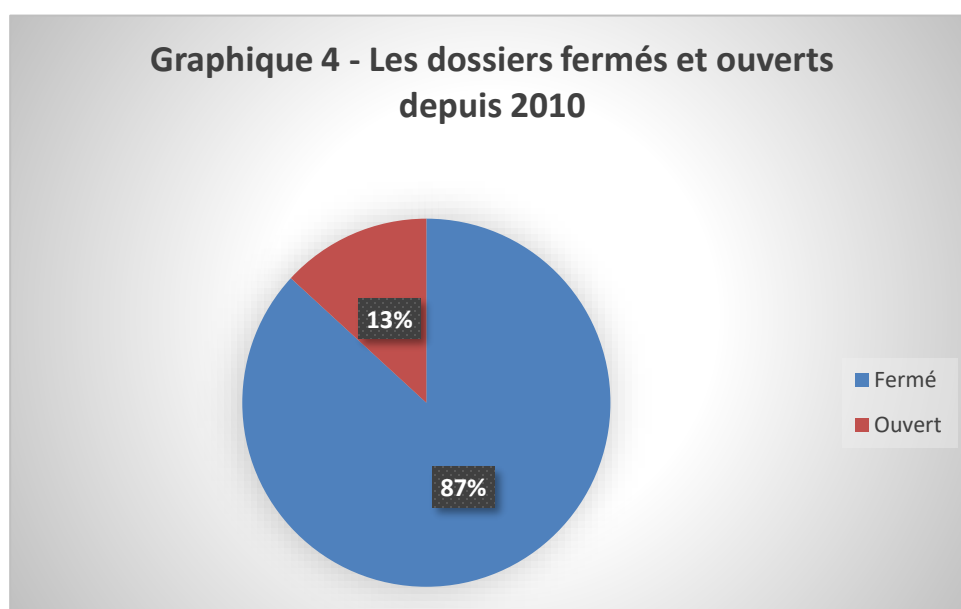


4. Statut des dossiers

Tableau 4 - Statut des dossiers par année au cours de laquelle le dossier a été introduit				
Année	Statut			
	Fermé	Ouvert	Total	% Fermé
2021	335	27	382	93%
2022	386	55	441	88%
2023	366	105	471	78%
2024	388	244	632	61%
2025	205	610	815	25%

Source : Fonds des accidents médicaux

Le tableau 4 montre qu'à la fin de l'année 2025, 25 % des dossiers introduits en 2025 avaient déjà le statut « fermé ».



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

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 Analyse et avis	Phase 3 Proposition	Total générale	%	%	%
					Phase 1	Phase 2	Phase 3
2021	0	3	19	22	00,00%	13,64%	86,36%
2022	0	19	36	55	00,00%	34,55%	65,45%
2023	0	60	45	105	00,00%	57,14%	42,86%
2024	0	210	34	244	00,00%	86,07%	13,93%
2025	80	522	8	610	13,11%	85,57%	1,31%

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

Depuis de nombreuses années, nous constatons dans la pratique que nous avons pu ouvrir tous les dossiers reçus dans la même année.

Le tableau 5 montre qu'aucun dossier antérieur à 2024 n'est encore en phase 1. Seuls les dossiers introduits fin 2025 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. Aussi en 2025, les efforts ont été poursuivis en vue d'optimiser les procédures et d'accélérer le traitement des dossiers par une adaptation structurelle continu du traitement des dossiers.

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 1⁵ de la procédure sont principalement des dossiers pour lesquels la date de prescription est atteinte, comme indiqué dans la loi (art. 12), 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.

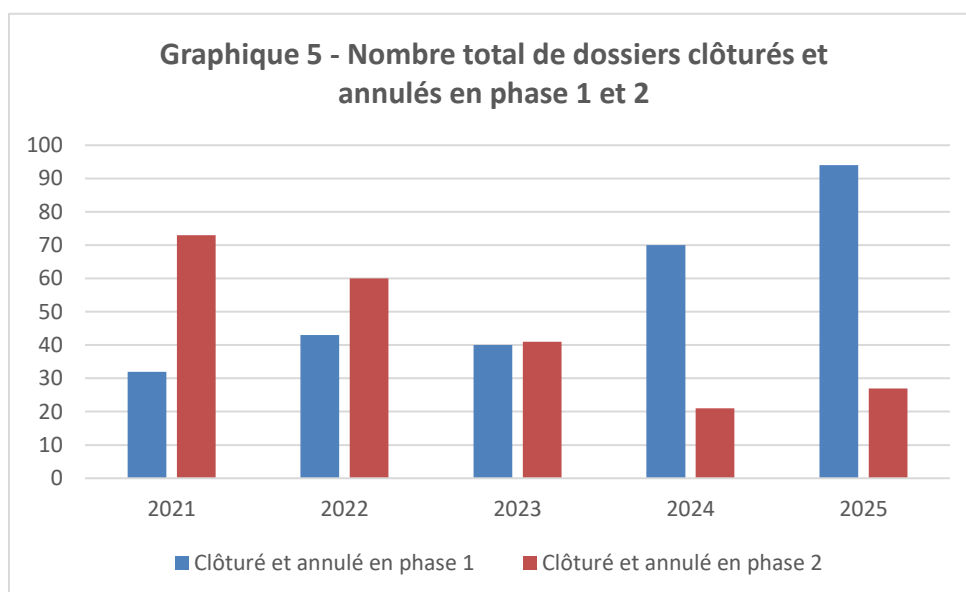
Les dossiers qui s'avèrent irrecevables, dans une deuxième phase de la procédure, ou qui sont clôturés en raison du fait qu'ils ne relèvent pas du champ d'application, ne concernent pas uniquement les motifs d'exclusions (tels qu'une prestation de soins de santé accomplie dans un but esthétique ou une 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 (art. 2).

⁵ 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 traités et annulés⁶ en phase 1 et en phase 2, selon l'année où le dossier a été clôturé. Le graphique 5 illustre l'évolution.

Tabel 6 – Nombre de dossiers traités et annulés en phase 1 et en phase 2		
Année d'ouverture ou de fermeture	Clôturé et annulé	Clôturé et annulé
	Phase 1	Phase 2
2021	32	73
2022	43	60
2023	39	41
2024	65	20
2025	94	28

Source - Fonds des accidents médicaux



⁶ Notamment les dossiers où les demandeurs ou les proches renoncent à la procédure ou souhaitent y mettre fin.

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

La vitesse de traitement des dossiers s'améliore d'année en année. On constate actuellement **que 80 % des dossiers reçus en 2023 auront été traités en 12,8 mois en moyenne**. Le tableau 7 montre l'évolution depuis 2020.

Tableau 7 – Nombre de mois nécessaires pour traiter 80 % des dossiers jusqu'à l'avis inclus	
Année de création	Mois en moyenne
2020	23,5
2021	16,4
2022	13,2
2023	12,8

Le Fonds établit le délai moyen de traitement des dossiers quand 80% des dossiers d'une année est atteint par la remise d'un avis.

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 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'expertises) 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 efficace avec les acteurs externes, comme les organismes assureurs, qui en fonction des services qu'ils offrent peuvent intervenir en tant que mandataires des patients.

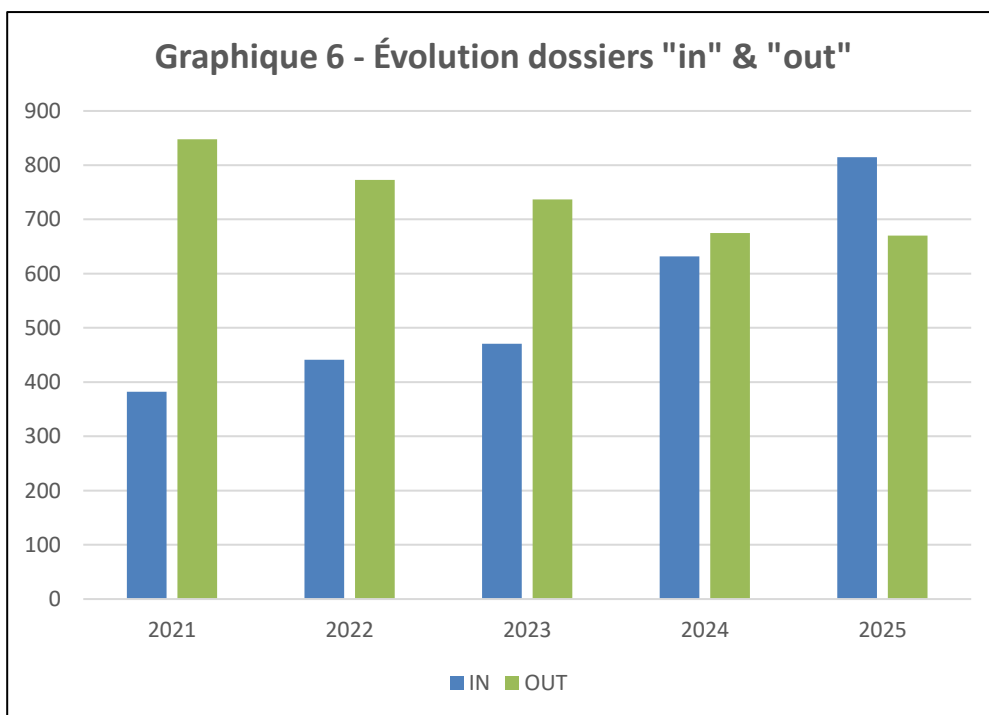
8. Évolution du nombre de dossiers entrants et sortants en phase 1 et 2 (avis)

En 2025, nous avons traité presque autant de dossiers (jusqu'à et y compris les avis) que l'année précédente (tableau 8). Les avis émis en 2025 concernaient toutefois principalement des dossiers introduits en 2024 et, dans une moindre mesure, en 2023. Parallèlement, nous constatons une augmentation significative du nombre de dossiers ouverts. Cette augmentation a des répercussions sur les différentes étapes du traitement des dossiers, notamment la gestion administrative, l'analyse du fond, l'organisation et le suivi des expertises ainsi que la rédaction des avis. Cette évolution reste un point d'attention important pour le Fonds. Néanmoins, la rapidité de traitement des dossiers continue de s'améliorer d'année en année (voir point 7).

Le graphique 6 présente l'évolution du nombre de dossiers ouverts (ou entrants) clôturés (ou sortants).

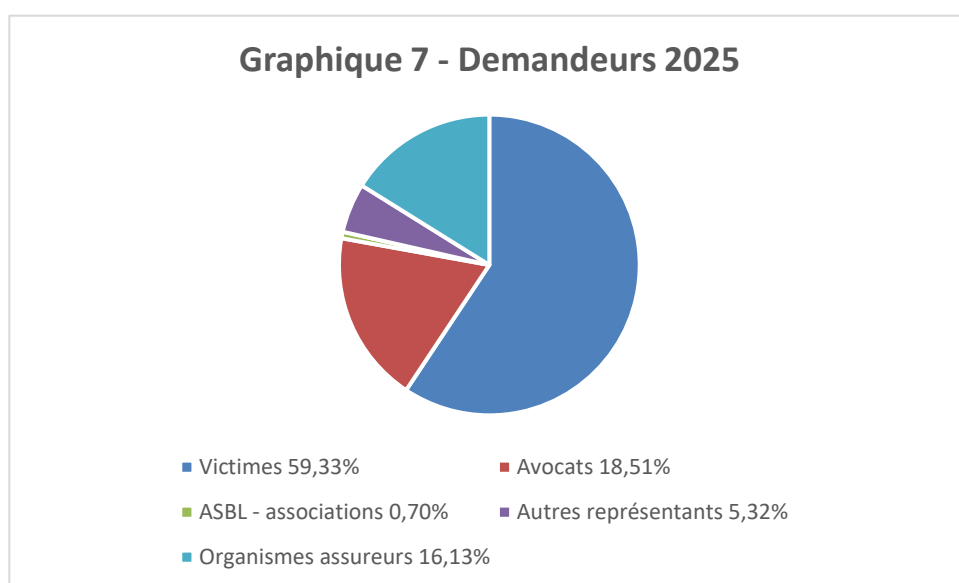
Tabel 8 – Nombre total de dossiers traités jusqu'à l'avis (phase 1 et 2)		
Année de ouverture/fermeture	Ouvert/entrant	Total traité/sortant
2021	382	848
2022	441	773
2023	471	737
2024	632	675
2025	815	670

Source - Fonds des accidents médicaux



9. Répartition des dossiers selon le type de demandeur

Le graphique 7 montre que les victimes introduisent elles-mêmes 59 % des demandes et que 19 % des demandes ont été introduites avec l'aide d'un avocat. En 2025, 16 % des demandes ont été introduites par l'intermédiaire des organismes assureurs. Les victimes font peu 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.



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 externe. 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 Fonds⁷),
- 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).

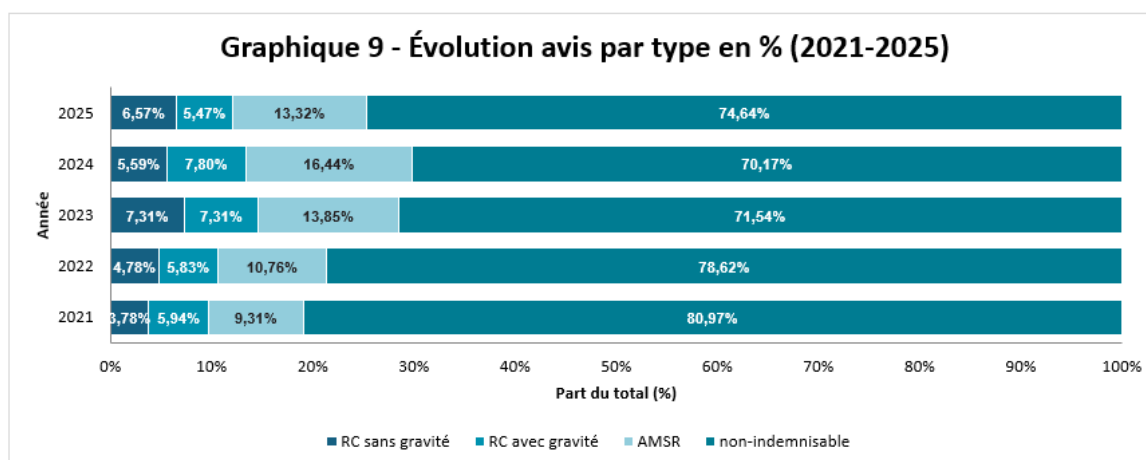
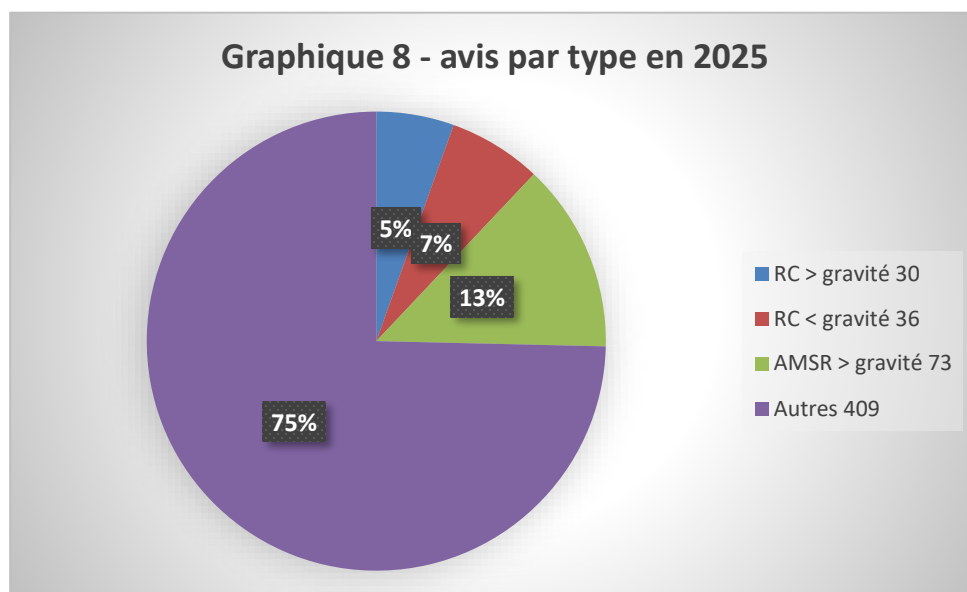
En 2025, 548 avis au total ont été traités par les juristes. Un peu plus de 13 % d'entre eux ont été clôturés par un avis AMSR avec seuil de gravité (indemnisable).

Il est important de rappeler que la mission d'avis du Fonds est prépondérante. Le fait qu'une majorité des avis ne donne pas lieu à une indemnisation ne signifie pas nécessairement qu'il n'y a pas eu d'accident médical, mais bien que, sur la base de la loi, celui-ci n'est pas indemnisable par le Fonds ou par un prestataire de soins et son assureur RC.

⁷ 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

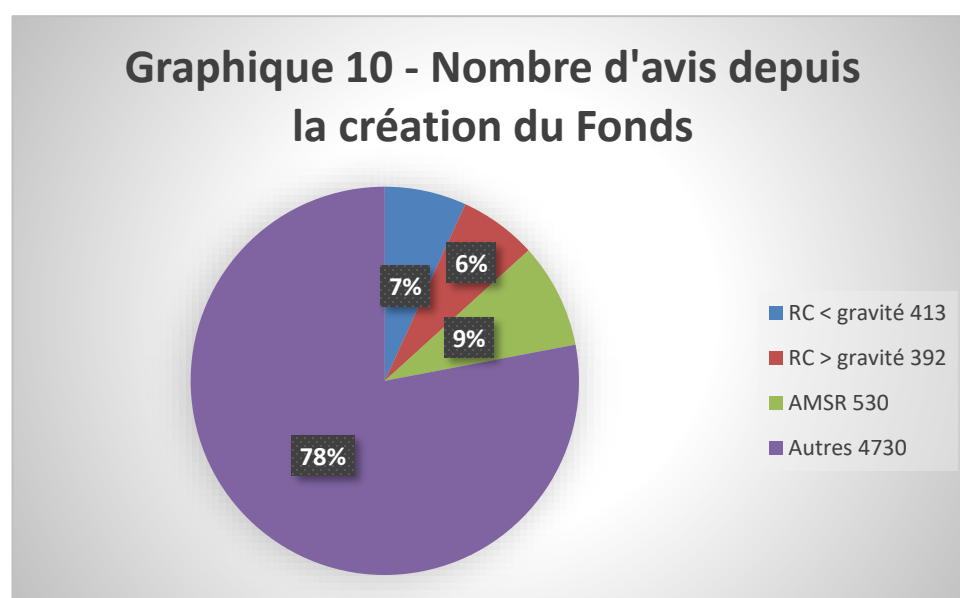
Tableau 9 - Avis par type 2025	
Total	548
Spécifique	
- AMSR avec seuil gravité	73
- Responsabilité < gravité	36
- Responsabilité > gravité	30
Autres (non-indemnisable)	409
Source: Fonds des accidents médicaux	



b. Avis par type depuis la création du Fonds

Le tableau 10 et le graphique 10 présentent le nombre total d'avis depuis le lancement du Fonds avec les chiffres par type de décision.

Tableau 10 – Avis par type depuis la création du Fonds	
Total	6.065
Spécifique	
- AMSR avec seuil gravité	530
- Responsabilité < gravité	413
- Responsabilité > gravité	392
Autres (non-indemnisable)	4.730
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 2025

Au total, 922 demandeurs entrent en ligne de compte pour une indemnisation (AMSR et RC > gravité) (graphique 10).

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.

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 11 (capital) et le tableau 12 (rente) présentent les indemnisations et le nombre de dossiers pour l'année 2025 et les années précédentes.

Il s'agit du nombre de dossiers pour lesquels un ou plusieurs paiements d'indemnisation ont été effectués, indépendamment du nombre de demandeurs indemnisés au sein d'un même dossier.

Tableau 11 - Indemnisations en capital en €				
	AMSR > gravité ⁸	RC > gravité ⁹	RC < gravité ¹⁰	Indemnisable après contentieux
2023	11.384.349,08	5.759.372,39	14.220,99	1.353.099,02
Nombre de dossiers	76	39	2	10
2024	16.221.520,28	4.293.292,37	632.482,91	346.005,41
Nombre de dossiers	106	43	3	6
2025	22.474.222,83	5.838.332,04	26.512,87	1.714.474,65
Nombre de dossiers	113	44	2	11
Source: Fonds des accidents médicaux				

Tableau 12 - Indemnisations en rente en €				
	AMSR > gravité	RC > gravité	RC < gravité	Indemnisable après contentieux
2023	-	58.337,85	-	2.655,33
Nombre de dossiers	0	5	0	1
2024	16.868,38	96.937,50	-	2.754,77
Nombre de dossiers	2	6	0	1
2025	122.105,69	87.132,49	-	2.813,89
Nombre de dossiers	3	6	0	1
Source: Fonds des accidents médicaux				

Au cours des deux dernières années, le Fonds a rattrapé dans une large mesure son retard au niveau de la clôture de dossiers entrant en ligne de compte pour une indemnisation (cf. tableau 11). 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.

⁸ Conformément à l'art. 4, 1° Loi des accidents médicaux

⁹ Conformément à l'art. 4, 3° Loi des accidents médicaux

¹⁰ Conformément à l'art. 4, 2° ou à l'art. 4, 4° 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 un 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 2025. Le Fonds a versé un montant total de 30.265.594,46 EUR aux victimes tandis que le montant total pour 2024 s'élevait à 21.609.861,62 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). Le système ICHI sert également de base dans le cadre de la réforme de la nomenclature des médecins.

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

Les pathologies sont actuellement codées à l'aide du système ICD-10¹¹. Celui-ci sert également de base dans le cadre de l'enregistrement et du financement de l'activité hospitalière. Il convient de relever que, dans un même dossier, il peut souvent y avoir plusieurs prestations, plusieurs prestataires de soins et plusieurs postes de dommage. Parfois le dommage ne résulte pas d'une prestation de soins et par conséquent il n'est pas toujours possible d'encoder certains éléments. Cela implique que le codage ne permet pas toujours de refléter pleinement la complexité de la réalité et que certains éléments ne peuvent, en outre, pas être codés.

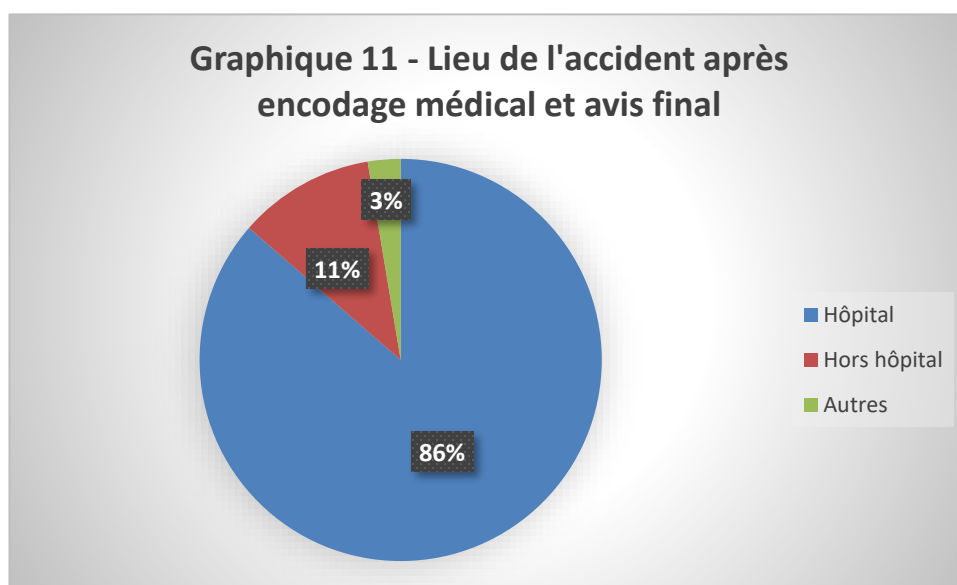
2. Statistiques

Cette analyse donne la situation des dossiers ayant fait l'objet d'un avis médical et d'un codage depuis la création du Fonds. Elle donne une idée globale de la distribution des dossiers du Fonds pour différentes variables. Depuis 2024, les statistiques 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.

¹¹ 10ème révision de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (OMS).

a. *Lieu de l'accident médical après encodage médical et avis final*

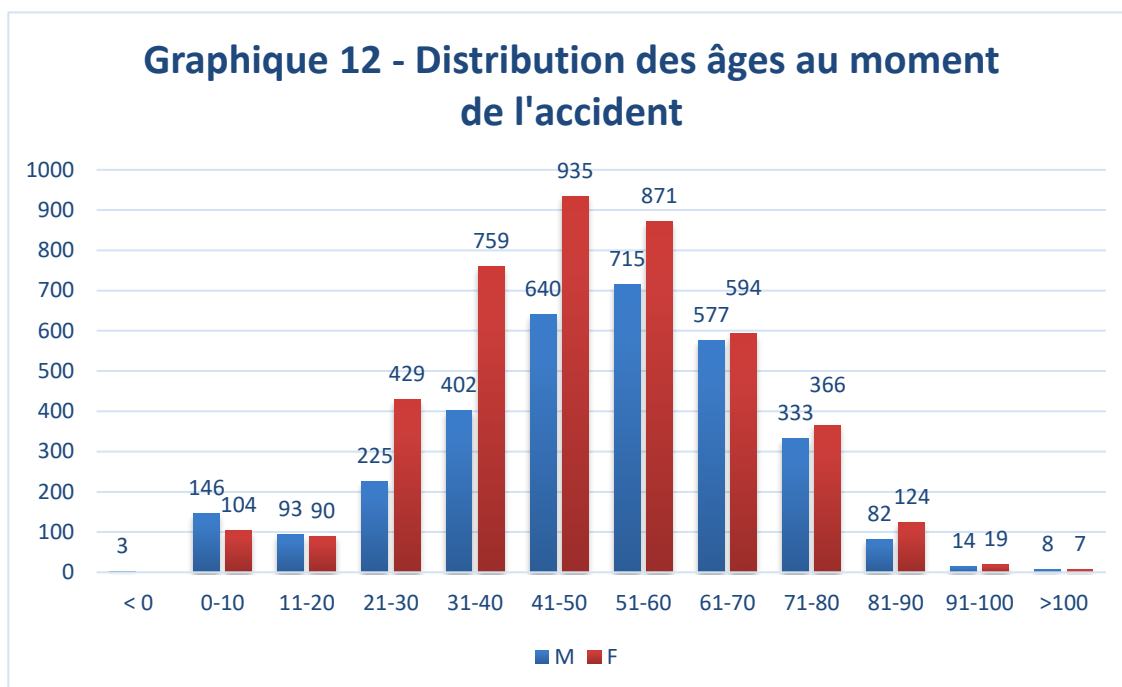
Tableau 13 – Lieu de l'accident après encodage médical et avis final		
	Nombre	%
Hôpital (également hôpital militaire)	3.367	86%
En-dehors d'un hôpital	428	11%
Autres ¹²	112	3%
TOTAL	3.902	
Source: Fonds des accidents médicaux		



¹² Catégorie résiduelle : absence de clarté ou non codé (vide)

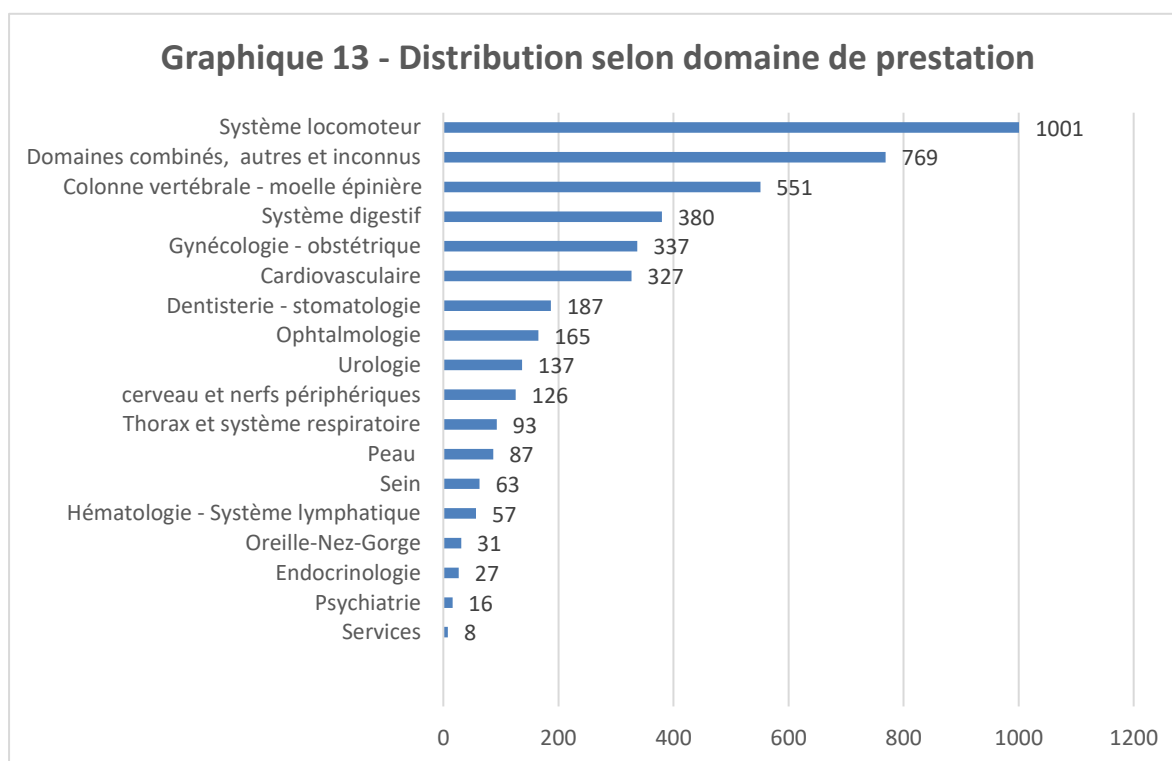
b. Répartition par âges et genres

Graphique 12 présente la répartition par âge et genre des personnes victimes d'un accident médical.



c. Domaines de prestations

Le graphique 13 montre la répartition des prestations médicales selon les différents domaines à l'origine de l'accident médical (sur la base de la classification internationale ICHI¹³, avec un regroupement opéré pour les besoins de ce graphique).



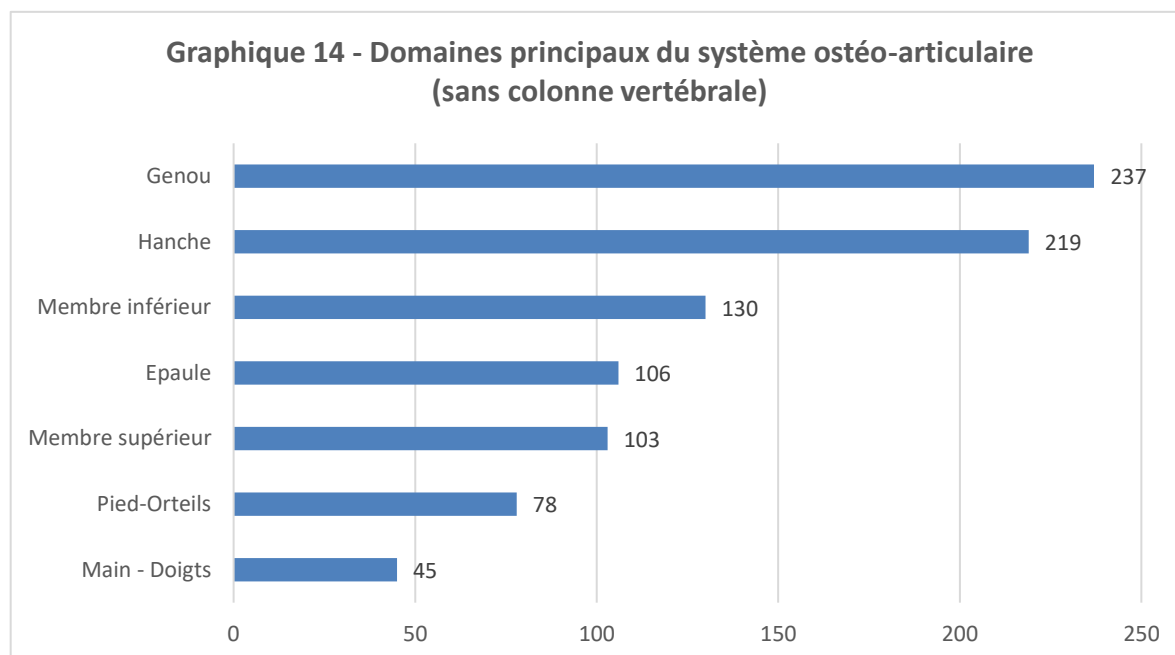
Le plus grand nombre de dossiers concerne des prestations réalisées au niveau du système locomoteur ou ostéo-articulaire à l'exclusion de la colonne vertébrale (31,35 %), de la colonne vertébrale (17,26 %), du système digestif (11,90 %), du système cardiovasculaire (10,24 %) et de la gynécologie-obstétrique (10,55 %). Ce constat est conforme au constat des années précédentes. 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).

¹³ International Classification of Health Intervention ou Classification Internationale des Interventions en Santé

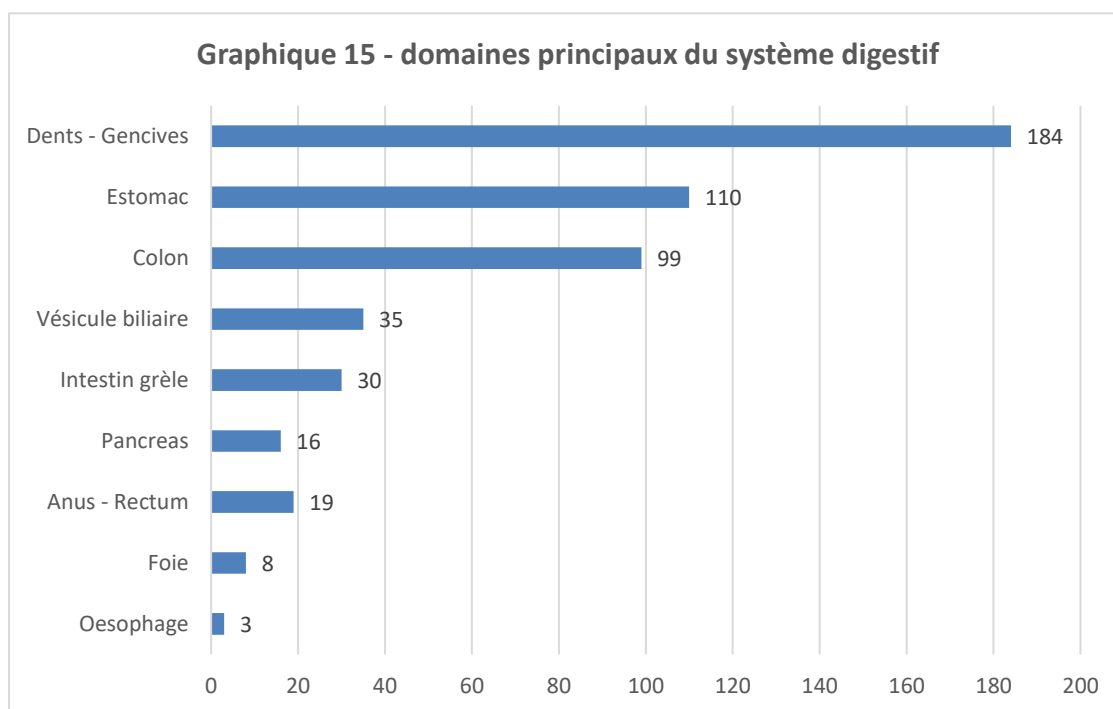
INTERVENTIONS ORTHOPÉDIQUES

Le graphique 14 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

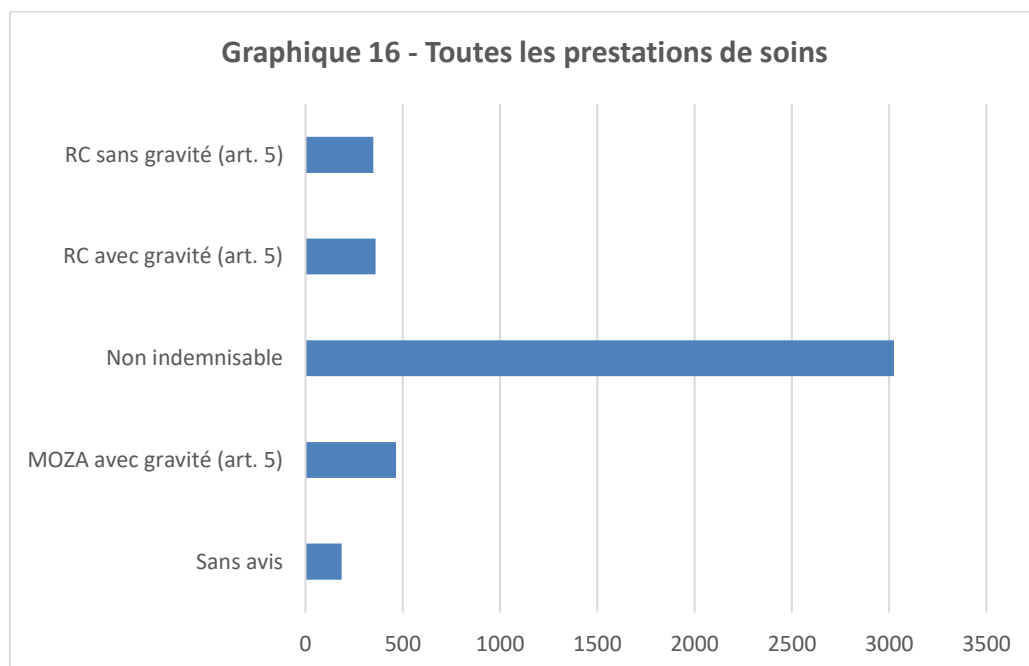
Le graphique 15 détaille les zones anatomiques du système digestif les plus souvent rapportées dans le cadre d'un accident médical. Les dossiers dentaires arrivent en tête, mais atteignent très rarement le seuil de gravité.



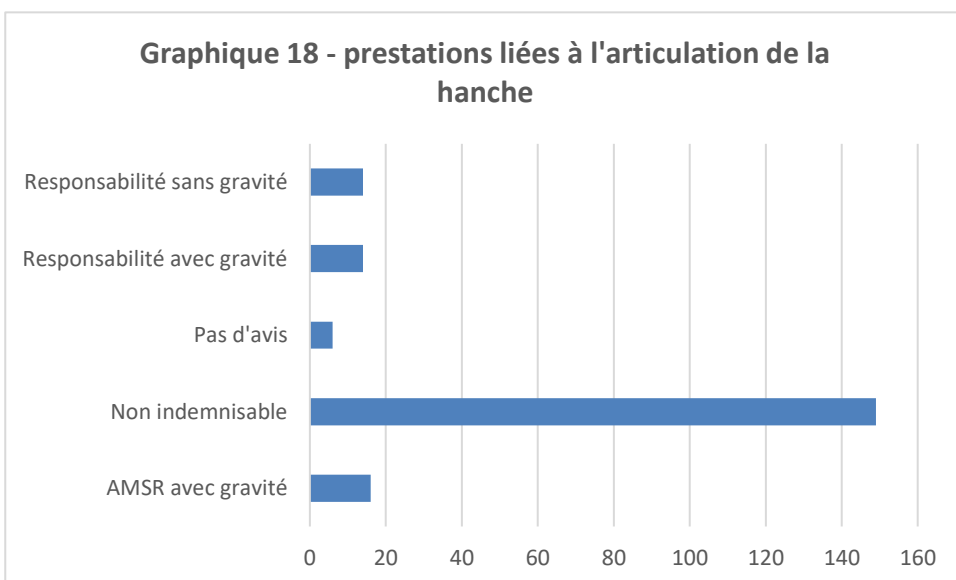
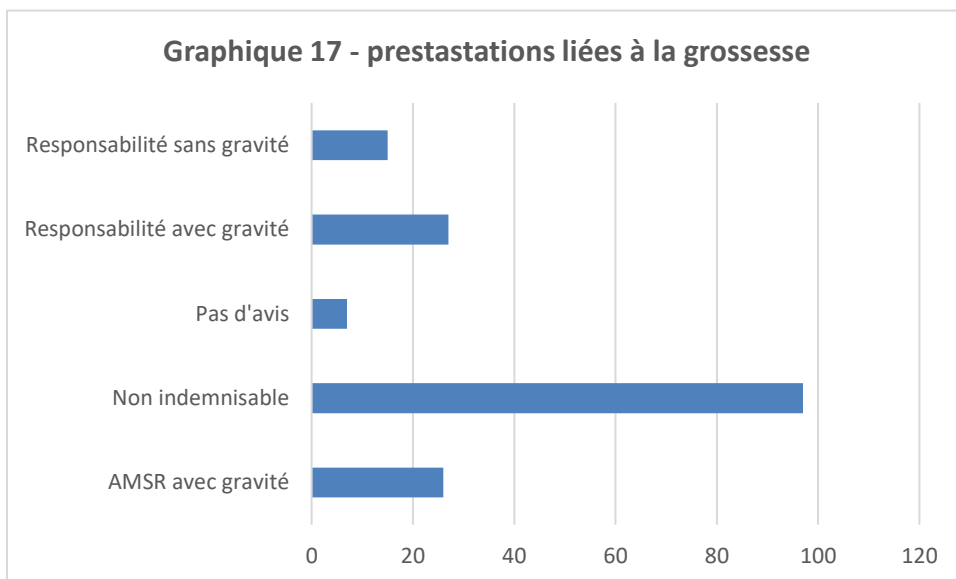
d. Types d'avis en général et pour certains types de prestations

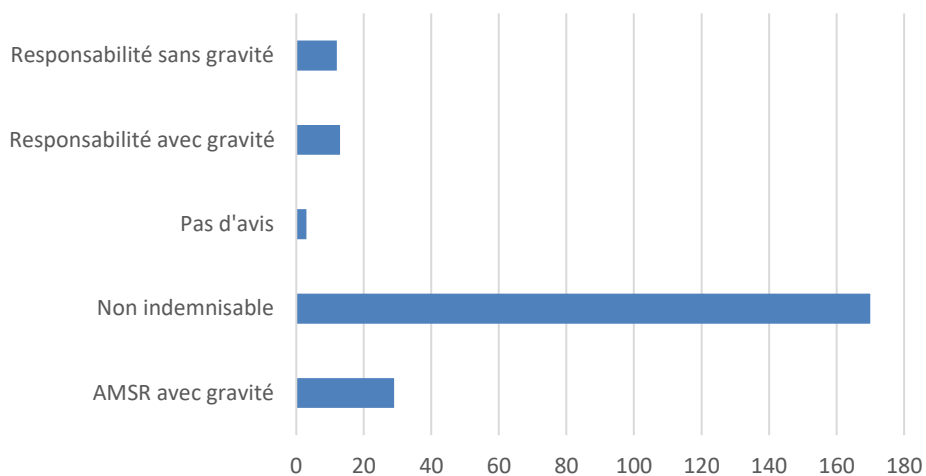
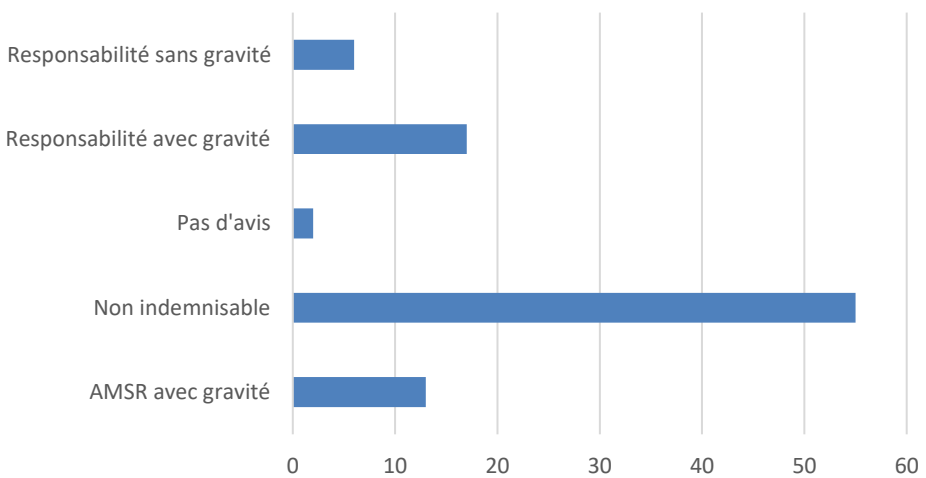
Les graphiques suivants ventilent les dossiers d'accidents médicaux en fonction du type d'avis que nous avons rendu depuis la création du Fonds. Les graphiques 17 et suivants examinent chacun les prestations effectuées sur une zone anatomique en particulier.

GÉNÉRALITÉS



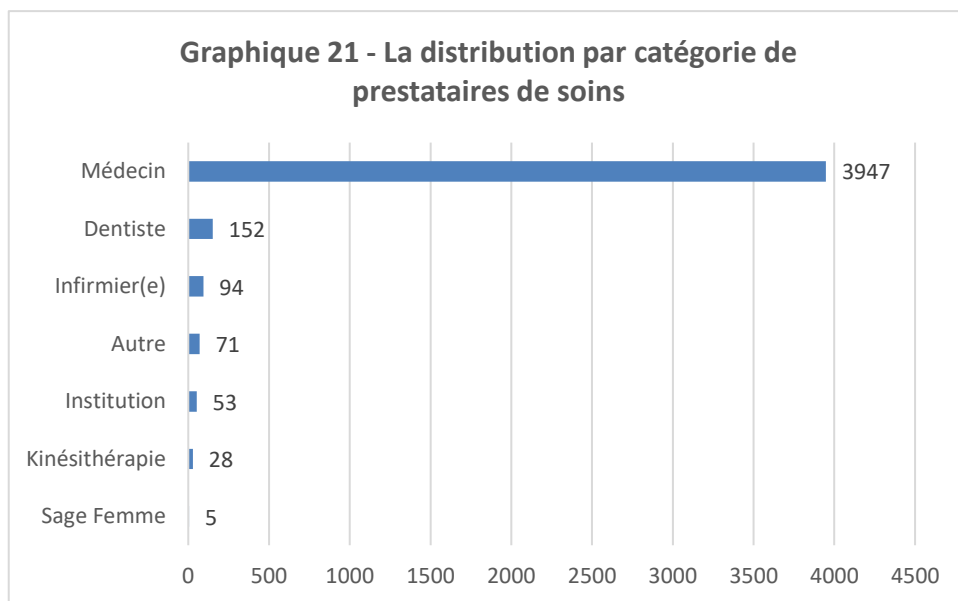
TYPES D'AVIS POUR CERTAINS TYPES DE PRESTATIONS



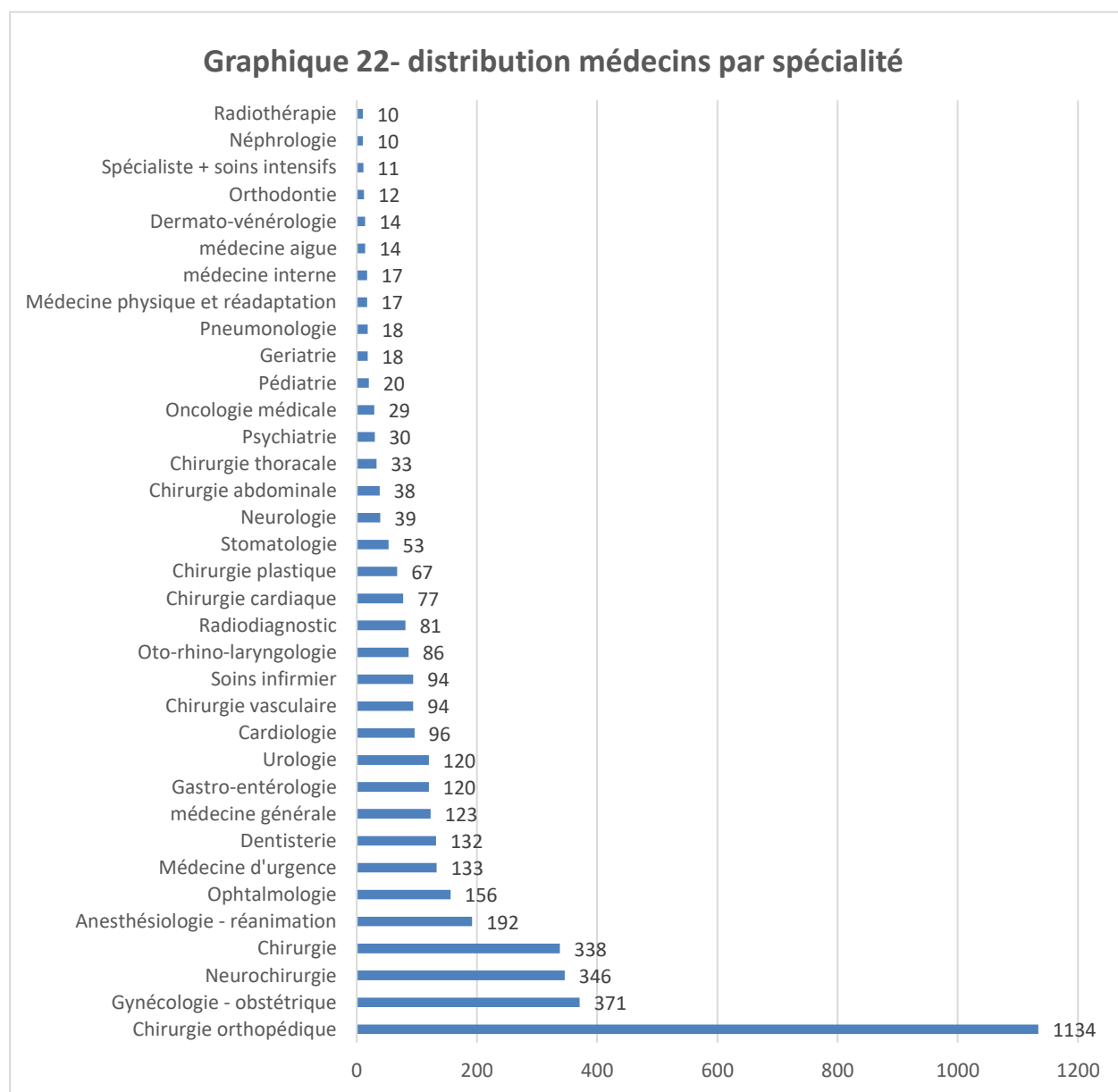
Graphique 19 - prestations liées à l'articulation du genou**Graphique 20 - interventions au niveau de l'estomac**

e. Types de prestataire de soins

Le graphique 21 ventile les dossiers d'accidents médicaux en fonction du catégorie de prestataire de soins mis en cause.



Le graphique 22 ventile les dossiers d'accidents médicaux en fonction de la spécialité du médecin mis en cause.



III. Activités juridiques, suivi et statistiques

CONTENTIEUX

1. Généralités

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

2. Catégories

Le Fonds peut intervenir comme **demandeur** dans le cadre d'une action subrogatoire¹⁴ pour récupérer l'indemnisation versée, celle-ci étant généralement remboursée en vertu de l'article 4, 3¹⁵, mais, le cas échéant, aussi sur la base de l'article 4, 2¹⁶ ou de l'article 4, 4¹⁷, 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 (intimée) dans la phase d'appel en cas de jugement défavorable à l'assureur à la suite d'une action en subrogation ou en tant que partie demanderesse (appelante) à la suite d'un jugement défavorable au 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 de la procédure d'appel qu'il introduit contre un jugement lui étant défavorable ou en tant que partie intimée lorsque l'appel est introduit par la victime, pour qui le jugement est défavorable.

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 du Fonds sur base de l'article 27 de la loi relative à l'indemnisation résultant de soins de santé. Au cours des cinq dernières années, il s'agit d'une vingtaine de dossiers.

¹⁴ Art. 28 de la loi relative à l'indemnisation résultant de soins de santé.

¹⁵ Contestation de la responsabilité du prestataire de soins.

¹⁶ Responsabilité du prestataire de soins dont la responsabilité civile n'est pas ou pas suffisamment couverte.

¹⁷ 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 14 – 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
		Le Fonds en qualité de demandeur								Le Fonds en qualité de défendeur							
	NL	FR	NL	FR	D	NL	FR	D	NL	FR	D	NL	FR	D	NL	FR	
2021	12	16	5	1					23	12	1	8	4				82
2022	4	16	6						20	18	1	4				1	70
2023	11	27	1	2					18	16		7	1				83
2024	11	22	3	5	1				32	23	1	9	6				113
2025	5	17	3	5				1	17	27	1	14	8				98

Source : Fonds des accidents médicaux

Source : Fonds des accidents médicaux

Dans le tableau 14, en 2025 nous voyons que 31 procédures ont été introduites auprès des tribunaux néerlandophones et francophones par le Fonds. Sur les 31 procédures introduites par le Fonds comme demandeur, 22 ont été introduites en première instance, 8 en appel et 1 en cassation.

"Le Fonds comme demandeur en première instance" concerne généralement un recours subrogatoire afin de récupérer les indemnisations versées auprès du prestataire de soins et de son assureur reconnu responsable dans l'avis du Fonds. "Le Fonds comme demandeur en appel ou en cassation" concerne tant des procédures initiées par le Fonds que des procédures initiées par la victime.

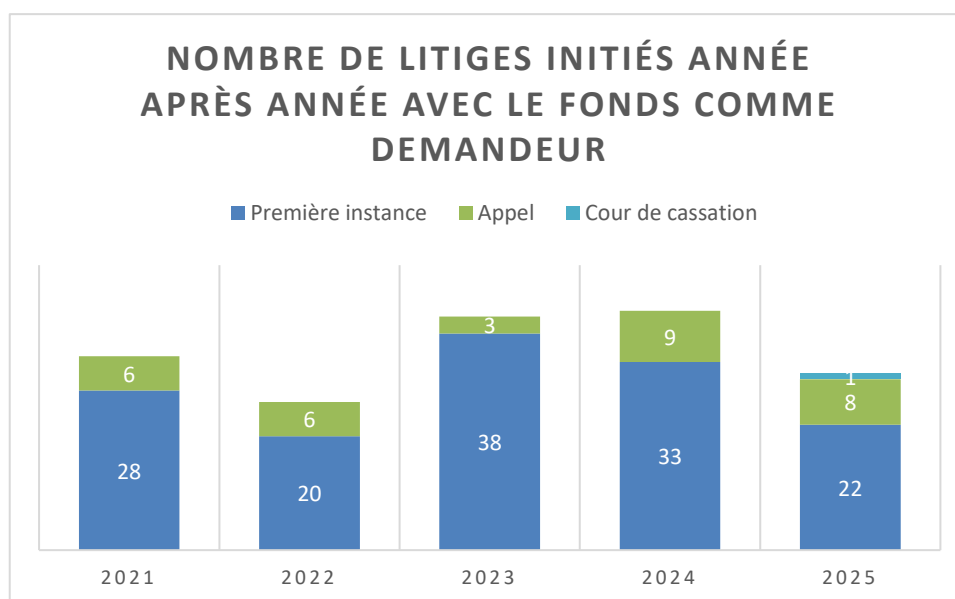
En outre, le même tableau indique le nombre de procédures introduites contre le Fonds, avec le Fonds comme défendeur. En 2025, dans 45 procédures, le Fonds a été cité à comparaître en vertu de l'article 23, § 2, de la loi, à la suite d'un avis de refus d'indemnisation par le Fonds. Dans 22 cas, une procédure a été introduite en degré d'appel contre le Fonds.

"Le Fonds comme défendeur en appel ou en cassation" concerne les recours introduits contre un jugement ou arrêt favorable au Fonds, décision prononcée 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

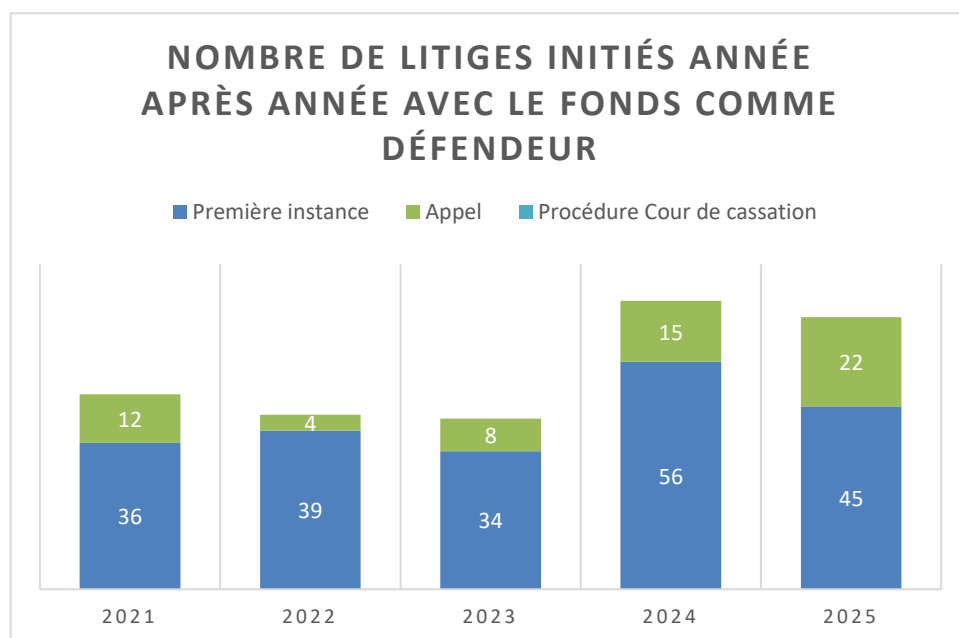
Graphique 23



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

Le graphique 24 illustre l'évolution des litiges initiés contre le Fonds par type de tribunal

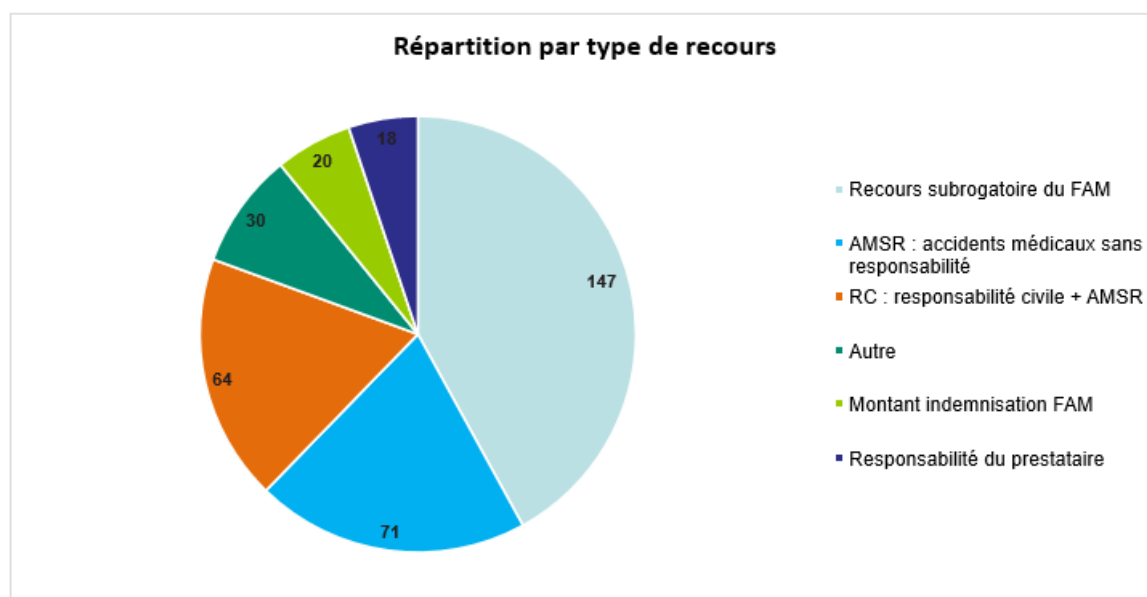
Graphique 24



Représentation graphique du type ou du motif du litige

Le graphique 25 donne une image globale du motif ou de l'objet du litige au cours des 5 dernières années.

Graphique 25¹⁸



¹⁸ La part « autres » dans le graphique 25 concerne par exemple des litiges relatifs à la gravité. Pour environ 18 dossiers, le type de litige n'est pas repris dans ce graphique.

b. Résultat des procédures

Tableau 15 – Le nombre de décisions prises année après année et le résultat de ces décisions														
Année du jugement		Résultat des procédures introduites <u>par</u> le Fonds en première instance		Résultat des procédures introduites <u>par</u> le Fonds en appel		Résultat des procédures introduites <u>par</u> le Fonds devant la Cour de Cassation		Résultat des procédures introduites <u>contre</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	
2021	NL	3							3		1			7
	FR		1					1			1			3
2022	NL	3	6					5	4	2	1			21
	FR	1		2				5		1				9
2023	NL	3	4	1				8	4	1	1			22
	FR	4	3					3						10
2024	NL		2		1			5	2					10
	FR	3	2	2	1			4	3		1			16
2025	NL	8	1	1				17	1	1				29
	FR	5	6					1	5	2	2			21
	D				1									1
Source : Fonds des accidents médicaux														

Source : Fonds des accidents médicaux

Le tableau 15 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 cassation avec le Fonds comme demandeur ainsi qu'avec le Fonds comme défendeur.¹⁹ Les graphiques ci-dessous illustrent l'évolution de ces résultats.

Note explicative relative aux chiffres « avantage / désavantage » des contentieux du Fonds

Les chiffres relatifs aux contentieux qualifiés comme « avantage » ou « désavantage » par le Fonds doivent être interprétés avec la plus grande prudence.

En effet, les définitions actuellement utilisées pour classer les décisions judiciaires ne permettent pas toujours de déterminer avec certitude si une procédure doit être rangée dans l'une ou l'autre catégorie. Certaines situations contentieuses présentent en pratique des résultats nuancés, qui ne peuvent être correctement traduits par une lecture binaire.

À titre d'exemple, dans les dossiers relatifs à des recours portant sur les montants d'indemnisation, le fait que le Fonds soit condamné ne signifie pas nécessairement qu'il ait perdu la procédure. Il arrive en effet que la condamnation porte sur un montant inférieur à celui initialement proposé par le Fonds, ce qui rend toute qualification simplifiée inadaptée à la réalité juridique et financière du dossier.

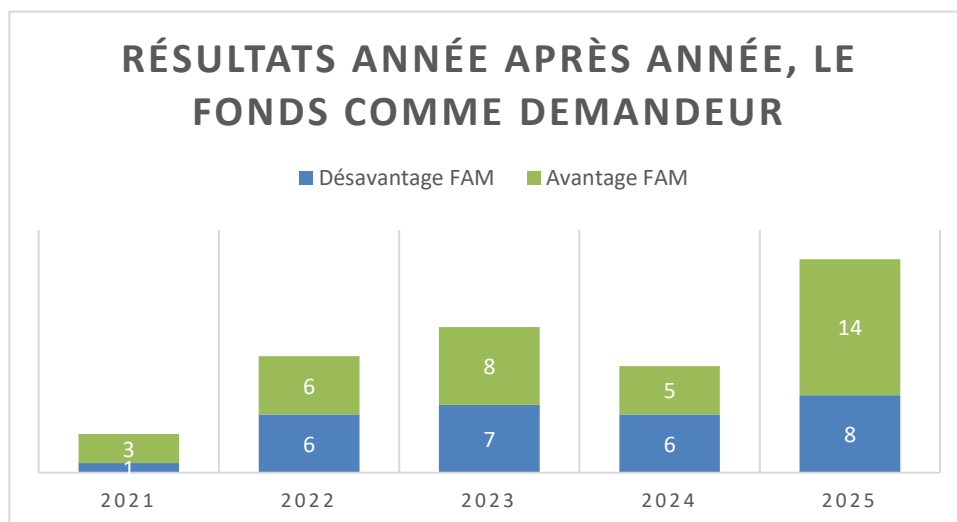
Ces limites méthodologiques sont connues et appellent un travail de fond sur la structuration, la qualification et la pertinence des données contentieuses. Dans le cadre du développement du

¹⁹ La partie « Autre » n'est pas incluse dans le tableau 15 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).

Datawarehouse du Fonds et avec l'engagement en 2026 d'un data analyste, un travail approfondi sera mené afin d'affiner les définitions, d'améliorer la qualité des données disponibles et de permettre, à terme, une lecture plus pertinente et plus fidèle des résultats contentieux du Fonds.

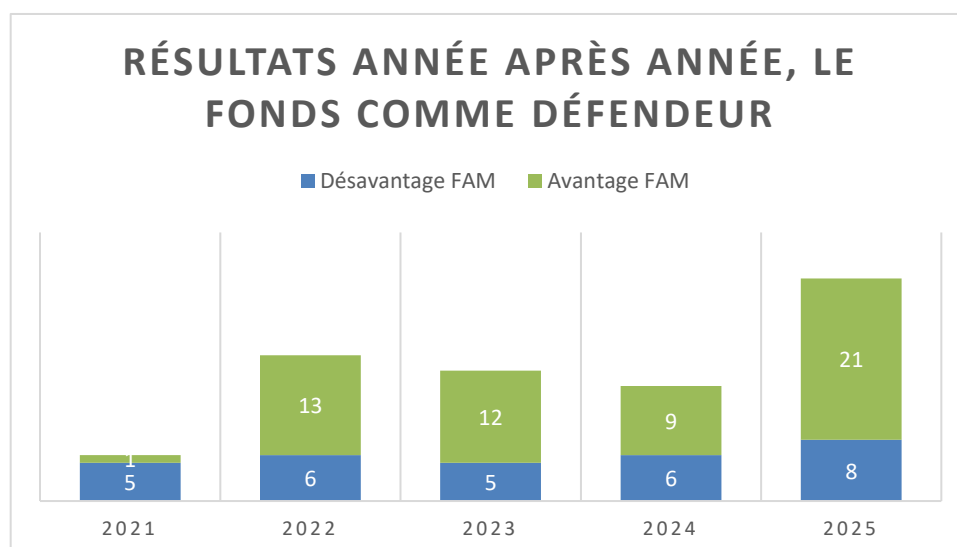
Évolution des résultats (avantage/désavantage) année après année avec le Fonds comme demandeur.

Graphique 26



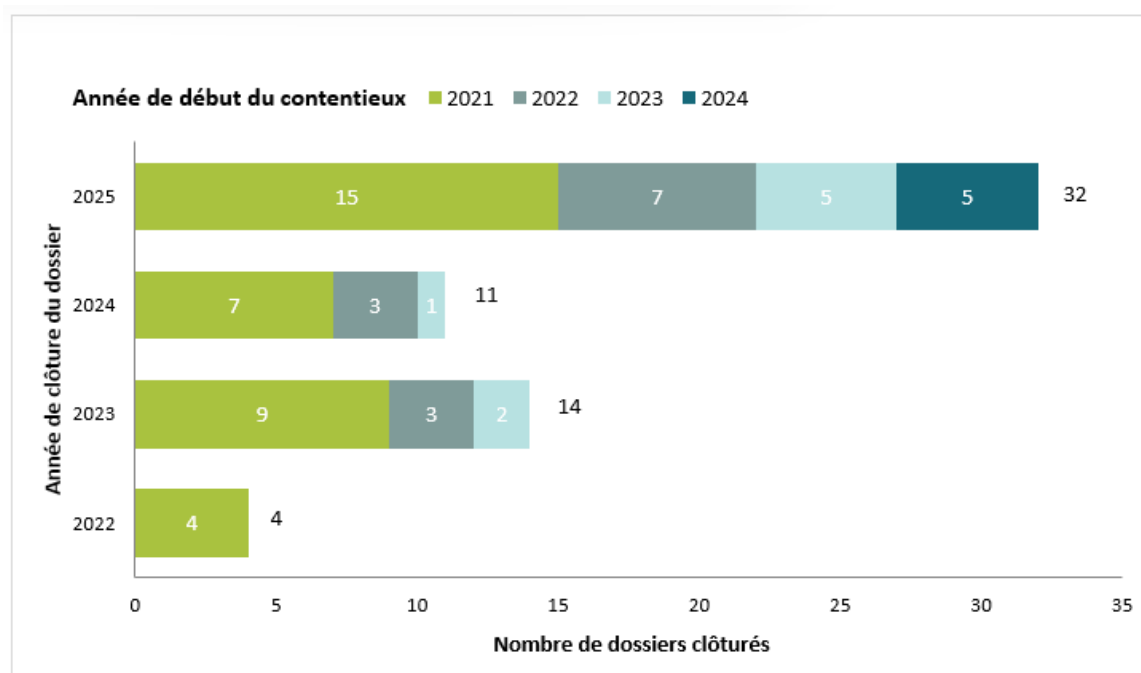
Évolution des résultats (avantage/désavantage) année après année avec le Fonds comme défendeur.

Graphique 27



Évolution des dossiers de litiges fermés année après année

Graphique 28



Le graphique 28 montre l'évolution du nombre de dossiers de contentieux clôturés. Le graphique montre à la fois l'année de début du contentieux et l'année de clôture du dossier.

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

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

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

Tabel 16 – nombre de dossiers initiés et toujours en cours par année de démarrage		
L'année de début	Dossiers initiés	Dossiers en cours
2021	66	31
2022	59	46
2023	74	66
2024	91	86
2025	73	73
Source : Fonds des accidents médicaux		

Partie 4

Gestion financière et encadrement

Après avoir abordé les statistiques relatives aux activités « missions » du Fonds, nous analysons à présent le budget et les réalisations de l'année 2025 concernant les différentes missions du Fonds.

Cette quatrième partie est donc consacrée aux informations financières relatives à l'exercice 2025. L'analyse se décomposera en deux volets : d'une part, les missions du Fonds (indemnisations) et, d'autre part, les dépenses de fonctionnement du Fonds (budget de gestion). Contrairement aux exercices précédents, l'analyse portera exclusivement sur la comparaison entre le budget 2025 et les réalisations de cette même année, afin d'en faciliter la lecture.

Outre les chiffres relatifs aux indemnisations, nous commenterons les statistiques financières liées aux 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 intentées contre le Fonds, ainsi que les recettes perçues.

I. Comparaison budget et réalisations 2025

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 2025.

Tableau 17 - Budget et réalisations 2025

Rubrique	Budget 2025	Réalisations 2025	Différence	Taux d'utilisation
Missions				
Contentieux	2.200.000 €	2.027.687 €	172.313 €	92,17%
Honoraires autres que contentieux	300.000 €	267.037 €	32.963 €	89,01%
Indemnisations	29.480.000 €	29.009.170 €	470.830 €	98,40%
Sinistres catastrophiques	5.000.000 €	1.256.425 €	3.743.575 €	25,13%
Expertises contradictoires	2.520.000 €	2.085.216 €	434.784 €	82,75%
TOTAL Missions	39.500.000 €	34.645.534 €	4.854.466 €	87,71%
Gestion				
Personnel	6.399.396 €	6.227.830 €	171.566 €	97,32%
Fonctionnement ordinaire	459.346 €	409.215 €	50.131 €	89,09%
Investissements mobiliers	2.490 €	0 €	2.490 €	00,00%
Fonctionnement informatique	1.504.138 €	1.465.554 €	38.584 €	97,43%
Investissements informatiques	255.598 €	255.598 €	0 €	100,00%
Impôts et contentieux	32.225 €	19.685 €	12.540 €	61,09%
TOTAL Gestion	8.653.192 €	8.377.881 €	275.312 €	96,82%
TOTAL GLOBAL	48.153.192 €	43.023.415 €	5.129.778 €	89,35%

La première observation que l'on peut faire de ce tableau est que le budget global 2025 du FAM a été utilisé à hauteur de **89%**, les réalisations représentant donc environ 89% du budget alloué. Ainsi, sur un budget total de 48.153.192 €, les dépenses exécutées s'élèvent à 43.023.415 €, soit une sous-utilisation globale d'environ **11%** du budget. Ce taux d'utilisation est en baisse par rapport à l'exercice précédent, ce qui s'explique principalement par la sous-utilisation de certains postes budgétaires liés aux missions du Fonds. La baisse du taux d'utilisation global par rapport à 2024 s'explique par une moindre utilisation du budget des missions. Cette diminution est principalement liée au poste « sinistres catastrophiques ».

En analysant plus en détail les missions, celles-ci ont été exécutées à hauteur de **88%** du budget prévu. Les indemnités classiques représentent, comme les années précédentes, la part la plus importante des dépenses, avec un taux d'exécution particulièrement élevé, à savoir **98%** du budget.

À l'inverse, le poste relatif aux sinistres catastrophiques présente un faible taux d'utilisation de 25%. En effet, seules 1.256.425 € de dépenses ont été enregistrées pour un budget de 5.000.000 €. Pour rappel, les sinistres catastrophiques concernent des indemnités d'un montant supérieur à 1.000.000 €, et restent, par nature, difficilement prévisibles. L'absence de dépenses majeures dans cette catégorie explique en grande partie l'écart observé entre le budget et les réalisations globales des missions.

Les autres postes liés aux missions présentent également les taux d'exécution suivants :

- Contentieux : 92% du budget
- Honoraires autres que contentieux : 89% du budget
- Expertises contradictoires : 83% du budget

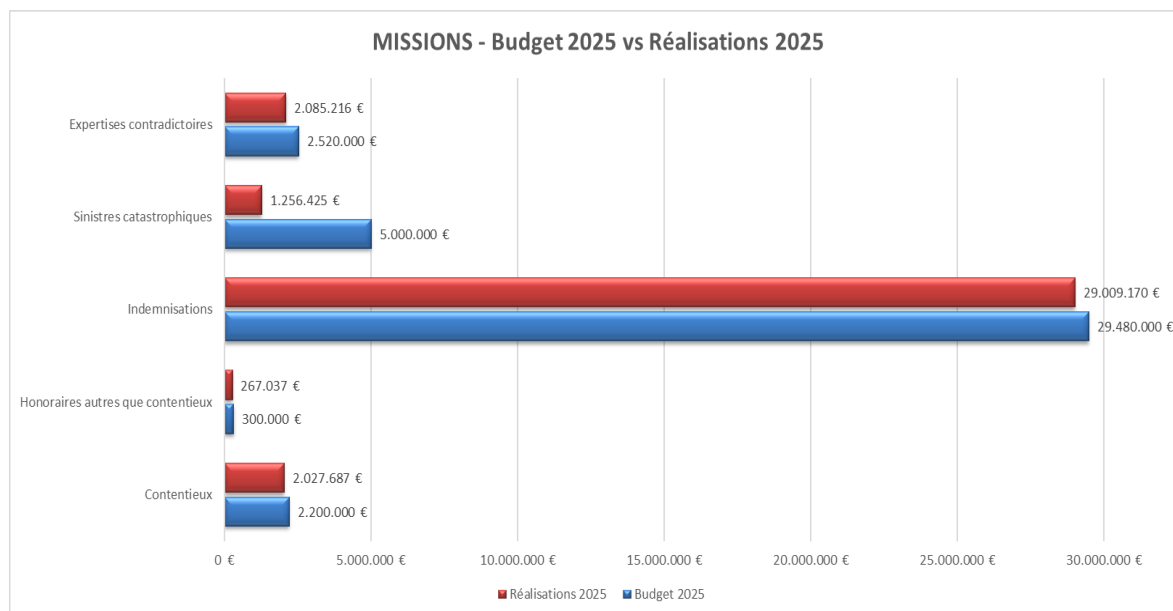
Ces résultats traduisent une utilisation globalement cohérente des moyens alloués aux activités opérationnelles du Fonds.

En ce qui concerne le budget de gestion, celui-ci a été utilisé à hauteur de 97% du budget total, en hausse par rapport à 2024 (environ 92%). Les dépenses de personnel représentent la part la plus importante de ce budget, avec un taux d'exécution de 97%. Les dépenses liées au fonctionnement informatique affichent également un taux d'exécution élevé de 97%, tandis que les investissements informatiques ont été intégralement réalisés (100%).

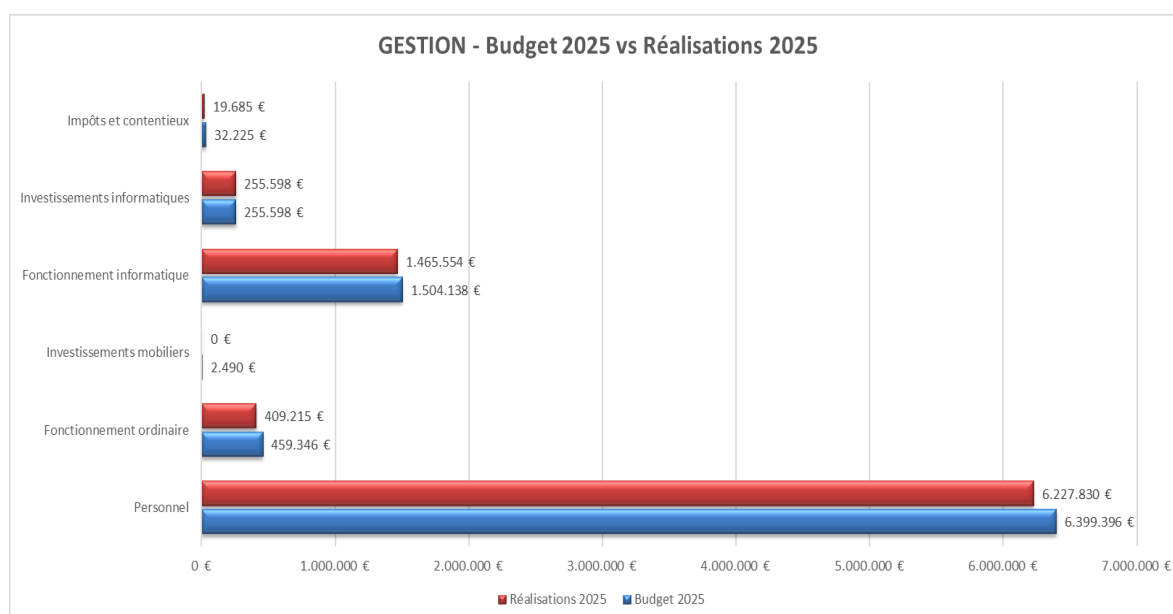
À l'inverse, certaines catégories restent sous-utilisées, en particulier les dépenses d'investissements mobiliers et impôts et contentieux.

Les graphiques ci-dessous permettent de mieux visualiser ces différentes constatations.

Graphique 29



Graphique 30



II. Statistiques financières concernant les missions.

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

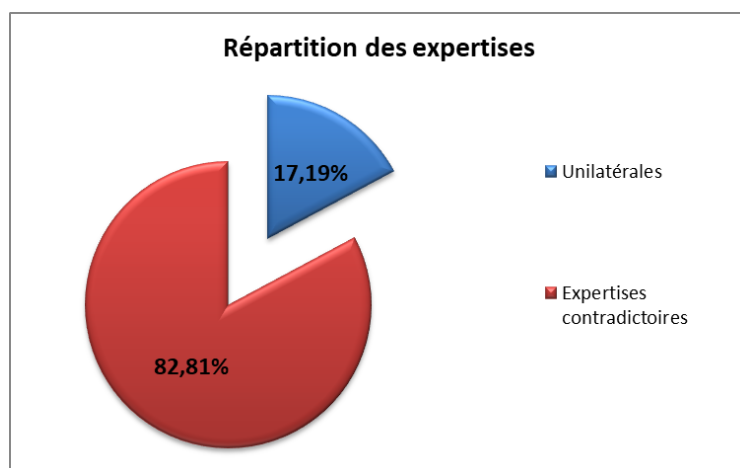
Les statistiques ci-dessous portent principalement sur le coût des expertises ainsi que sur la répartition des dépenses entre les expertises unilatérales, les demandes d'avis auprès d'avocats (notamment pour la relecture des offres d'indemnisation et la formulation d'avis juridiques), et les expertises contradictoires.

Tableau 18 - Coûts des expertises et indemnisations

Type	Nombre d'expertises facturées / Indemnisations versées	Montant total	Montant moyen
EXPERTISES	634	2.291.736,59 €	3.614,73 €
Unilatérales	109	206.520,44 €	1.894,68 €
Expertises contradictoires	525	2.085.216,15 €	3.971,84 €
FRAIS D'AVOCATS	868	2.088.202,68 €	2.405,76 €
Demandes d'avis	21	60.516,16 €	2.881,72 €
Contentieux	847	2.027.686,52 €	2.393,96 €
Indemnisations (Capital)	216	28.797.117,68 €	133.319,99 €
Indemnisations (Sinistres catastrophiques)	1	1.256.424,71 €	1.256.424,71 €
Indemnisations (Rentes)	91	212.052,07 €	2.330,24 €
TOTAL	1.810	34.645.533,73 €	-

Les expertises contradictoires restent largement plus nombreuses que les expertises unilatérales. En effet, elles représentent environ **83%** des expertises, contre **17%** pour les expertises unilatérales (voir graphique ci-dessous). Cette répartition est conforme à celle observée au cours des années précédentes.

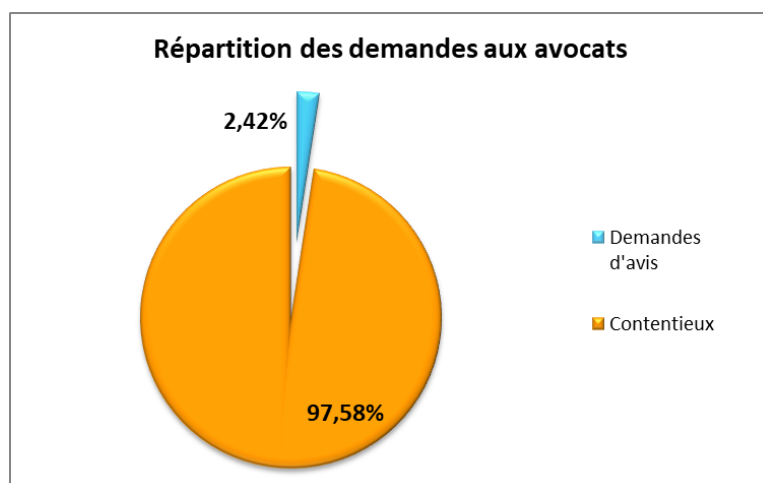
Graphique 31



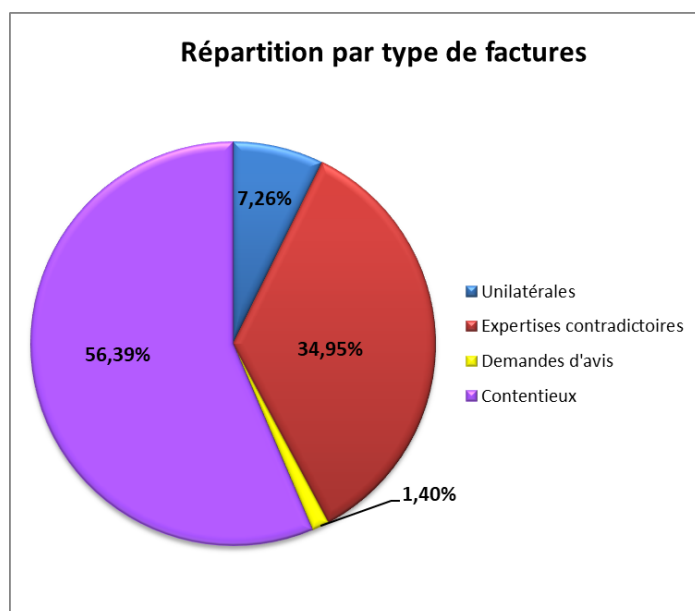
En termes de coûts, les expertises contradictoires concentrent également la majeure partie des dépenses liées aux expertises, avec un montant total de 2.085.216 €, contre 206.520 € pour les expertises unilatérales. Le coût moyen d'une expertise contradictoire s'élève à environ 3.972 €, contre environ 1.895 € pour une expertise unilatérale.

En ce qui concerne les frais d'avocats, nous constatons que près de 98% des demandes auprès des avocats concernent la représentation du Fonds dans le cadre de procédures juridiques. Cela représente une augmentation d'environ 11% par rapport à l'année précédente, ce qui confirme la tendance observée ces dernières années. En effet, le nombre de dossiers portés devant les tribunaux ne cesse d'augmenter, ce qui se répercute sur les demandes adressées aux avocats.

Graphique 32



Graphique 33



Si l'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 3.971,84 € par facture. Viennent ensuite les demandes d'avis, avec un coût moyen de 2.881,72 € par facture, les expertises judiciaires avec un coût moyen de 2.393,96 € par facture, et enfin les expertises unilatérales avec un coût moyen de 1.894,68 € par facture.

S'agissant des indemnisations, celles-ci constituent de loin le poste le plus important. Les indemnisations en capital représentent l'essentiel des montants versés avec 28.797.118 €, soit une moyenne de 133.320 € par dossier. Les rentes restent beaucoup plus marginales, avec un montant total de 212.052 € versé dans le cadre de 10 dossiers, correspondant à 91 paiements de rentes, soit un montant moyen de 2.330 € par paiement.

Enfin, un sinistre catastrophique unique a été enregistré en 2025, pour un montant total de 1.256.425 €, illustrant le caractère exceptionnel mais potentiellement très coûteux.

Le premier tableau ci-dessous présente l'évolution annuelle du montant des indemnisations versées par le Fonds au cours des cinq derniers exercices, tandis que le second détaille la répartition des indemnisations versées en 2025 selon leur type.

Tableau 19 - Indemnisations payées par le Fonds			
Année de paiement	Indemnisations payées	Type de comptage	Nombre de dossiers / paiements
2021	14.114.903,98 €	Dossiers	122
2022	16.385.085,05 €	Dossiers	116
2023	18.572.034,66 €	Dossiers	133
2024	21.609.861,62 €	Dossiers	167
2025	30.265.594,46 €	Dossiers	180

La principale constatation que l'on peut tirer du premier tableau est que la tendance à la hausse des montants d'indemnisation se poursuit et s'accroît en 2025. En effet, les indemnisations versées par le Fonds atteignent plus de 30 millions €, contre 21,6 millions € en 2024, soit une augmentation particulièrement significative d'environ 40%.

Cette évolution confirme la croissance continue de l'activité d'indemnisation du Fonds, avec un niveau historiquement élevé atteint en 2025. Elle traduit à la fois une augmentation du volume global des montants versés et une intensification de l'activité de traitement des dossiers.

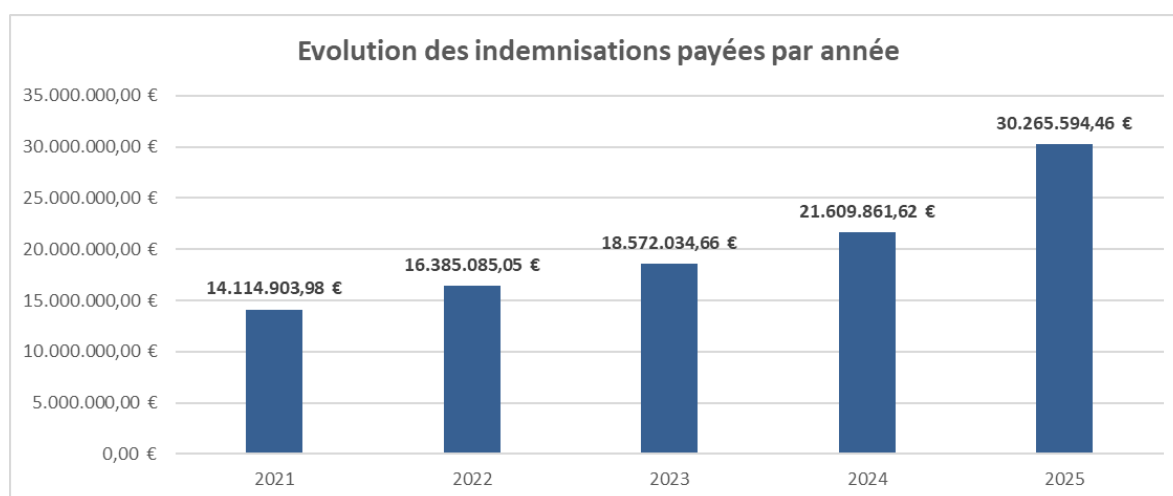
Tableau 20 – Ventilation des indemnisations 2025		
Type d'indemnisation	Montant	Nombre de dossiers
Indemnisations en capital	28.797.117,68 €	169
Sinistres catastrophiques	1.256.424,71 €	1
Rentes	212.052,07 €	10

Le second tableau met en évidence la répartition des indemnisations versées en 2025. Les indemnisations en capital représentent la quasi-totalité des montants versés, avec 28.797.117 €, pour 169 dossiers, soit la part la plus importante des indemnisations traitées par le Fonds.

Les sinistres catastrophiques demeurent marginaux en volume avec un seul dossier enregistré, mais représentent néanmoins un montant significatif de 1.256.425 €, confirmant leur caractère exceptionnel et leur impact financier potentiellement important.

Enfin, les rentes restent limitées, avec un montant total de 212.052 € versé dans le cadre de 10 dossiers. Ces dossiers ont donné lieu à 91 paiements de rentes au cours de l'année, pour un montant moyen de 2.330 € par paiement, ce qui confirme le poids relativement faible de ce type d'indemnisation dans la structure globale des indemnisations.

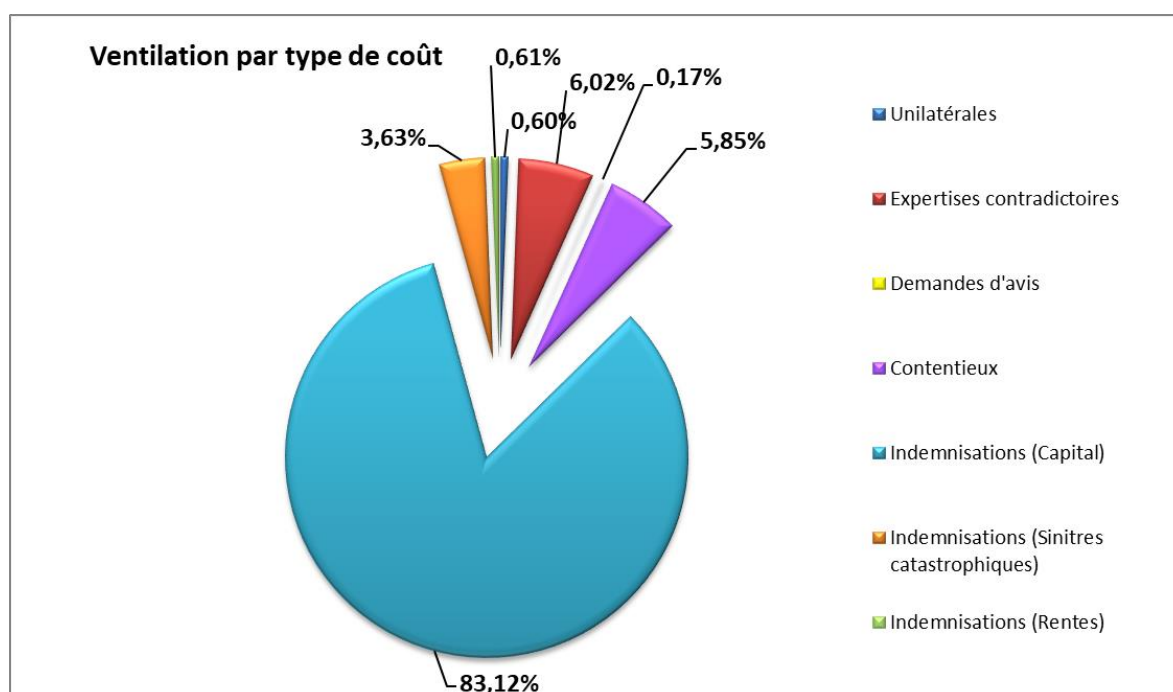
Graphique 34



Si l'on compare les montants des indemnisations à ceux des expertises et des frais d'avocats, il est évident que les indemnisations représentent de loin la part la plus importante des coûts. En effet, elles s'élèvent à plus de 30 millions € en 2025, contre environ 4,4 millions € pour l'ensemble des expertises et des frais liés au contentieux.

Ainsi, les indemnisations concentrent très largement la majorité des dépenses du Fonds, confirmant leur poids structurel dans l'activité globale.

Graphique 35



Terminons cette partie consacrée aux données financières en évoquant les récupérations perçues par le Fonds suite à une indemnisation. En 2025, le Fonds a récupéré tout ou partie des montants versés pour un montant total de 1.505.349,93 €. Le montant des récupérations est susceptible de varier en fonction de plusieurs paramètres, notamment le nombre de contentieux engagés, le nombre de jugements obtenus, les montants des dommages concernés, ainsi que la complexité des dossiers et la durée des procédures.

Le tableau ci-dessous permet de constater l'ensemble des montants récupérés et perçus par le Fonds depuis 2021, classés en trois catégories : les frais de justice, les honoraires divers et les indemnisations.

Les frais de justice correspondent aux montants récupérés à la suite de décisions judiciaires, telles que certaines indemnités de procédure. Les honoraires divers concernent principalement des récupérations de montants indûment versés, notamment dans le cadre d'expertises ou de prestations diverses. Enfin, les indemnisations regroupent les montants récupérés auprès des tiers responsables ou des organismes concernés.

Tableau 21 – Les montants récupérés par le Fonds			
Année	Frais de justice	Honoraires divers	Indemnisations
2021	6	3	12
	10.031,81 €	33.437,36 €	532.966,41 €
2022	27	5	5
	94.042,04 €	6.892,89 €	183.649,18 €
2023	36	7	13
	42.744,61 €	20.879,18 €	692.758,01 €
2024	38	22	22
	72.194,57 €	101.966,92 €	1.912.235,12 €
2025	48	12	16
	96.287,85 €	47.323,87 €	1.505.349,93 €
Total nombre	155	49	68
Total montant	315.300,88 €	210.500,22 €	4.826.958,65 €

Éditeur responsable : Pedro Facon, Avenue Galilée 5/01, 1210 Bruxelles

Réalisation : Fonds des accidents médicaux de l'INAMI

Design Graphique : Service de communication

Photo : CANVA Pro

Date de publication : Septembre 2026