



Fonds des accidents  
médicaux

**Rapport d'activités 2022**



## TABLE DES MATIÈRES

Préface.....	4
Mot de la direction.....	5
Partie 1 Missions du Fonds des accidents médicaux et organisation - 2022 .....	7
I.    Que fait le Fonds?.....	8
1.    Missions d’avis, d’indemnisation et de médiation.....	8
2.    Mission de prévention d’enregistrement et de reporting .....	9
II.   Comité de gestion .....	10
1.    Composition .....	10
2.    Compétences.....	11
Partie 2 Organigramme et structure du Fonds - 2022 .....	13
I.    Organigramme.....	14
II.   Experts externes.....	15
Partie 3 Activités relatives aux missions - 2022 .....	16
I.    Suivi administratif et observations statistiques .....	17
1.    Développements informatiques.....	17
2.    Nombre total de dossiers entrants, ouverts et clôturés par rôle linguistique pour l’année 2022 et depuis la création du Fonds .....	18
3.    Le nombre total de dossiers introduits par mois .....	20
4.    Statut de tous les dossiers introduits depuis la création du Fonds.....	21
5.    Répartition par phase des dossiers restant ouverts, de leur ouverture à l’indemnisation	23
6.    Évolution des dossiers irrecevables .....	25
7.    Délais moyen de traitement des dossiers traités jusqu’à l’avis inclus. ....	27
8.    Adaption structurelle et Task Force .....	27
9.    Évolution du nombre de dossiers entrants et sortants.....	29
10.   Répartition des dossiers selon le type de demandeur .....	31
11.   Avis par type.....	32
12.   Indemnisations après avis et par type.....	36
II.   Activités médicales et statistiques .....	39
1.    L’encodage .....	39
2.    Statistiques .....	39
III.  Activités juridiques, suivi et statistiques .....	51

---

1. Généralités .....	51
2. Catégories.....	51
Partie 4 Gestion financière et encadrement - 2022 .....	59
I. Budgets et réalisations – Missions .....	61
II. Budgets et réalisations - Gestion.....	63
III. Comparaison budget et réalisations 2022 .....	65
IV. Statistiques financières concernant les missions.....	67

## Préface

Chère lectrice, Cher lecteur,

Le présent rapport d'activité du Fonds des accidents médicaux (ci-après « Fonds ») vous présente les résultats de l'année 2022, ainsi que son évolution depuis sa création. Ces résultats témoignent de l'engagement à résorber complètement le retard à court terme, tout en maintenant la qualité des avis et une communication transparente.

Le Fonds s'efforce constamment de réduire les délais de traitement et d'optimiser les processus de travail. Parmi les mesures concrètes à cette fin, citons la poursuite de la simplification du processus de traitement des dossiers et le soutien de l'équipe permanente par une Task Force temporaire dans l'optique d'accélérer la résorption de l'arriéré. Cette Task Force est opérationnelle depuis septembre 2021 pour une période de deux ans.

Une tendance positive était déjà perceptible depuis un certain temps, mais grâce à ces mesures, le Fonds est parvenu à réduire drastiquement le nombre de dossiers ouverts et à réaliser un rattrapage considérable à tous les stades du traitement des dossiers. Il en va de même en ce qui concerne le nombre d'indemnisations payées.

Le Fonds n'a de cesse d'accorder à cet égard une attention à la communication avec toutes les parties intéressées. Il s'attèle notamment à communiquer régulièrement aux demandeurs le statut et l'évolution de leur dossier et plus particulièrement ceux qui subissent du retard dans le traitement de leur demande.

Les efforts conjoints de l'équipe permanente et de la Task Force temporaire se font clairement ressentir. Il semble que, si ce rythme est maintenu, l'objectif fixé de résorber entièrement le retard sera atteint d'ici fin 2023.

Ce rattrapage est indispensable. Une prestation de services de qualité et dans les délais est en effet primordiale pour l'ensemble des acteurs concernés et surtout pour les demandeurs qui sont victimes d'un accident médical.

Geneviève Schamps

Présidente du Comité de gestion

Steven Lierman

Vice-Président du Comité de gestion

## Mot de la direction

Dans ce 11ème rapport annuel, nous souhaitons souligner les évolutions positives qui ont eu lieu au sein du Fonds et les efforts qui ont été fournis en ce qui concerne les missions. Il s'agit de la situation jusque fin 2022.

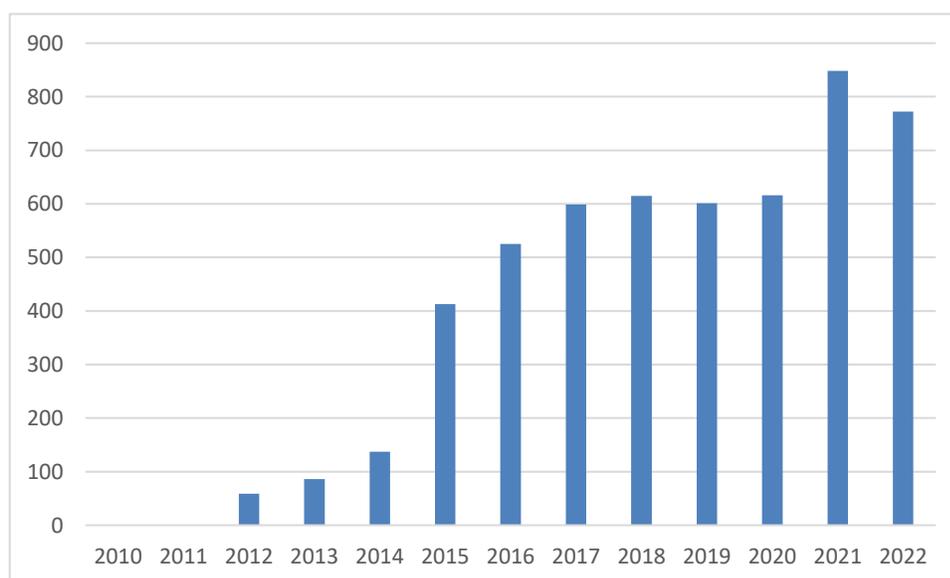
La première partie du rapport couvre les missions du Fonds. Ces missions sont définies par la loi et sont restées inchangées depuis la création du Fonds. La composition du Comité de gestion et ses compétences sont également inchangées par rapport aux années précédentes.

Sur la base d'un plan d'action proposé par le Fonds en 2021, le Fonds a poursuivi ses efforts pour simplifier les processus de traitement des dossiers et améliorer la communication. En outre, une Task Force temporaire est opérationnelle depuis septembre 2021 afin d'aider à résorber plus rapidement le retard.

La deuxième partie donne des informations sur la structure organisationnelle du Fonds et son évolution. Vous découvrirez également la composition d'une Task Force temporaire, qui offre un soutien temporaire à l'équipe permanente du Fonds pour une période de deux ans.

La troisième partie traite les activités du Fonds et les données statistiques y afférentes. Vous pouvez faire un certain nombre de constatations importantes : le nombre total de dossiers ouverts a diminué de moitié environ au cours des deux dernières années, le Fonds travaille à vitesse de croisière grâce à la nouvelle méthode de travail et au soutien de la Task Force, et il y a eu un mouvement de rattrapage en ce qui concerne la clôture de dossiers avec indemniation.

Le graphique ci-dessous illustre l'évolution des dossiers clôturés.



La dernière partie du rapport d'activités est consacrée aux informations financières et aux budgets du Fonds.

Le Fonds a pu clôturer l'année 2022 avec un résultat positif. Si cette tendance se poursuit, le Fonds devrait faire table rase du passé d'ici fin 2023 et aucun nouveau retard ne sera constitué. Le Fonds continue également de mettre l'accent sur la communication, l'innovation et l'automatisation.

Nous espérons que vous prendrez plaisir à lire ce rapport.

Mia Honinckx

Conseiller général, directeur

Partie 1

Missions du Fonds des  
accidents médicaux et  
organisation - 2022

## 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.

Ce rapport contient entre autres l'analyse des données statistiques et financières, des recommandations pour prévenir les dommages résultant de soins de santé et pour améliorer l'indemnisation de ceux-ci. Par ailleurs, il contient éventuellement une présentation et un commentaire des avis que le Fonds estime devoir émettre. Ce rapport ne peut contenir que des données anonymes.

## 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.

Il existe également un groupe de travail actif au sein du Comité de gestion qui s'occupe principalement des questions juridiques générales touchant le Fonds. Les décisions et directives éventuelles qui en découlent sont soumises au Comité de gestion et sont mentionnées dans le procès-verbal établi par l'administration après chaque réunion.

Des réunions du Comité de gestion et groupe de travail en 2022	
Comité de gestion	Groupe de travail procédures juridiques
04-02-2022	
24-03-2022	24-03-2022
10-05-2022	
03-06-2022	
24-06-2022	
05-07-2022	
23-09-2022	23-09-2022
09-11-2022	09-11-2022
06-12-2022	06-12-2022

Partie 2

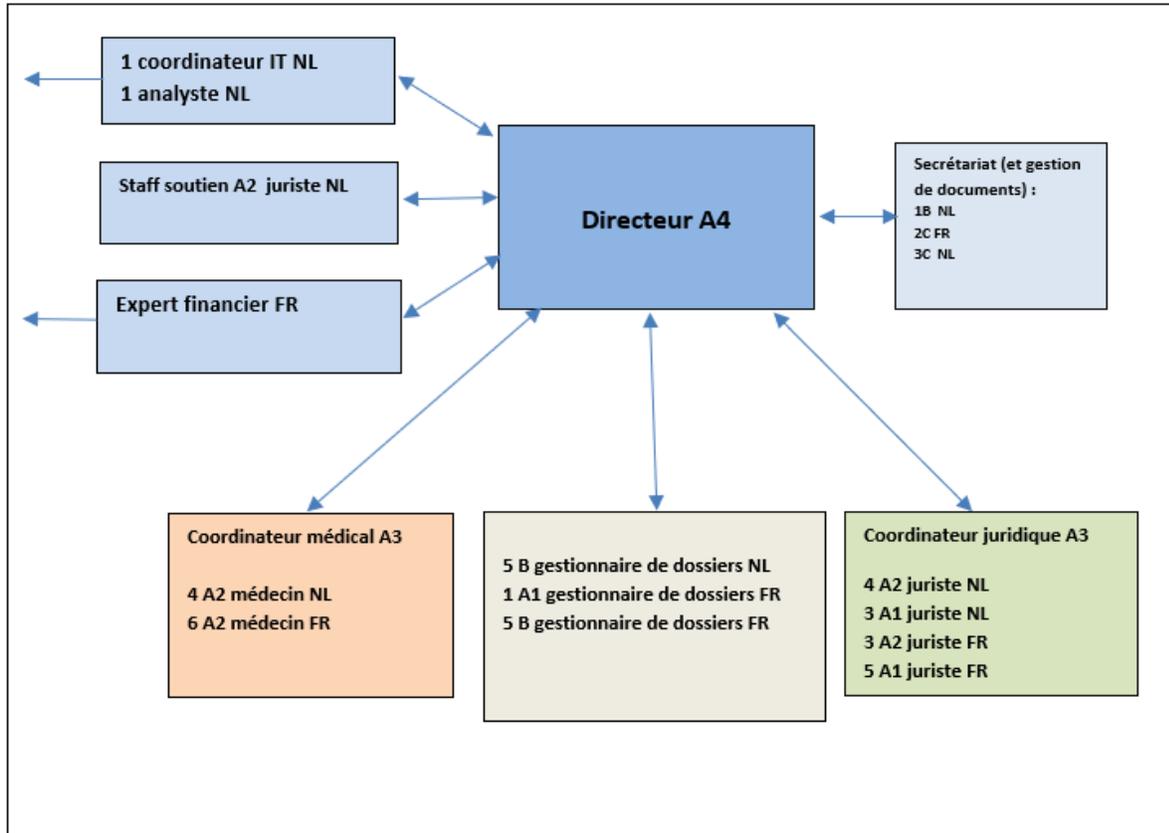
Organigramme et

structure du Fonds - 2022

## I. Organigramme

### Équipe permanente

L'organigramme ci-dessous montre le nombre de membres du personnel à la fin de 2022. Nous totalisons 49 collaborateurs actifs.



### Équipe de soutien

Depuis septembre 2021, une équipe de soutien (la « Task Force ») a rejoint le Fonds. Un renforcement provisoire du personnel était nécessaire afin d'éliminer le retard dans le traitement des dossiers sur une période de deux ans. La collaboration se déroule de manière intégrée avec l'équipe permanente du Fonds. Fin 2022, cette Task Force, dirigée par un manager externe, est composée d'un certain nombre de médecins (à temps partiel et spécialisés dans le domaine requis), de 4 juristes et de 5 gestionnaires de dossiers. Ces renforts se focalisent exclusivement sur les dossiers en retard introduits avant 2021. L'équipe permanente du Fonds traite les nouveaux dossiers et tous les dossiers prioritaires.

## II. Experts externes

Le Fonds travaille avec 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.

Constituer un 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 ».

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 - 2022

## I. Suivi administratif et observations statistiques

Dans ce chapitre, nous présentons les évolutions informatiques et les données statistiques. Ces données proviennent du système DAMO que nous utilisons pour traiter les dossiers.

### 1. Développements informatiques

Au cours de l'année écoulée, l'ICT a consacré l'essentiel de son attention et de ses efforts à la réalisation du projet de conversion quasi iso-fonctionnelle du système DAMO de l'environnement CASE360 vers la plate-forme APPIAN. Cette conversion était essentielle car la technologie CASE360, obsolète, ne sera plus supportée à l'avenir et peut entraîner des risques de sécurité. La portée de ce projet était double. Tout d'abord, les trois premiers trimestres de l'année ont été consacrés à la poursuite du développement et des tests de la nouvelle application, ce qui a permis de fixer la date de mise en production à la mi-octobre 2022. Deuxièmement, parallèlement à ces développements, une stratégie de migration a été mise au point pour transférer tous les fichiers, données et documents de l'ancienne application DAMO vers la nouvelle version en une seule fois lors de la mise en production. Cette stratégie de migration a permis au Fonds de continuer à fonctionner sans temps d'arrêt ni autres problèmes importants tout au long de la période.

Depuis la mise en production de la nouvelle application DAMO au cours du dernier trimestre, le service Data Office a également entamé la conversion du Datamart du Fonds dans le but de remettre à la disposition des utilisateurs les chiffres et les statistiques les plus récents sur les processus opérationnels. Cette conversion était nécessaire car le modèle de données sous-jacent diffère sur certains points entre l'ancienne et la nouvelle application DAMO. La livraison de ce Datamart adapté est prévue pour le premier semestre 2023. Le Fonds, quant à lui, dispose de statistiques plus limitées, mais sans impact significatif sur les processus opérationnels.

Au cours de l'année écoulée, le projet de transition pour EUNOM-E (la plateforme commune de l'INAMI pour les contentieux) a également été lancé en vue de faire passer ce système de CASE360 à Appian au cours de l'année 2023.

En outre, un nouveau système a été mis en service en 2022 pour soutenir le processus de calcul des dommages au niveau de la cellule juridique du Fonds. En effet, le fournisseur du logiciel de l'ancien système a cessé de fournir une assistance.

Aucun changement n'est à signaler en ce qui concerne nos systèmes permettant l'échange sécurisé de documents et d'imagerie médicale dans le cadre de nos analyses médicales et de nos expertises. La Secure Box INAMI (TRESORIT) pour les documents et PACSONWEB pour l'imagerie restent nos systèmes privilégiés.

## 2. Nombre total de dossiers entrants, ouverts<sup>1</sup> et clôturés<sup>2</sup> par rôle linguistique pour l'année 2022 et depuis la création du Fonds

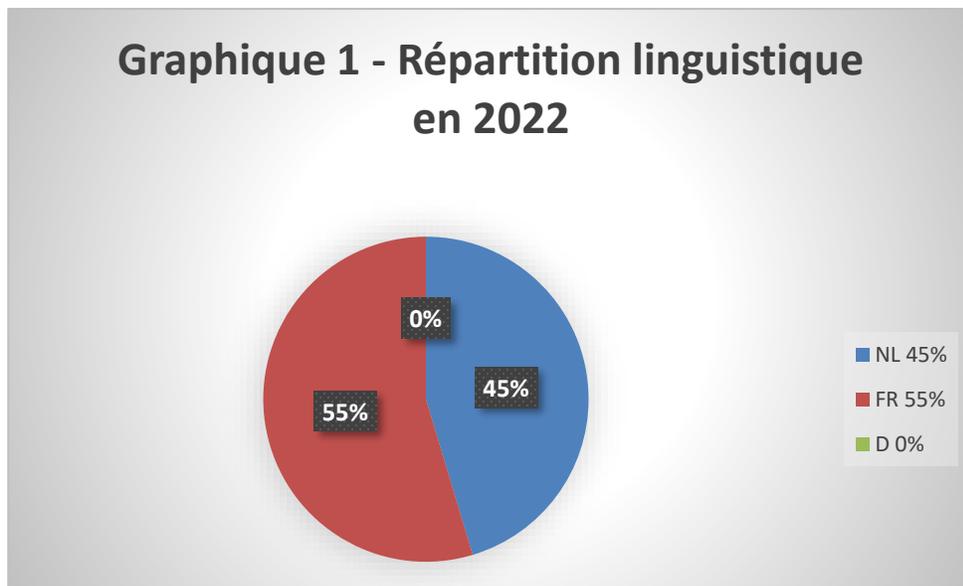
En 2022, **441** dossiers ont été introduits au Fonds. Le nombre de dossiers entrants a augmenté par rapport à l'année précédente (cf. tableau 3). Depuis la création du Fonds, le nombre total de dossiers introduits s'élève à **6404**.

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 2022 que depuis la création du Fonds.

En 2022, le nombre de dossiers francophones était supérieur au nombre de dossiers néerlandophones (cf. tableau 1 et graphique 1).

Tableau 1 – Nombre de dossiers introduits en 2022, selon leur langue et leur statut				
Nombre de dossiers	Langue			Total
	D	FR	NL	
Statut	D	FR	NL	Total
Fermé	0	43	46	89
Ouvert	0	198	154	352
Total	0	241	200	441

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).

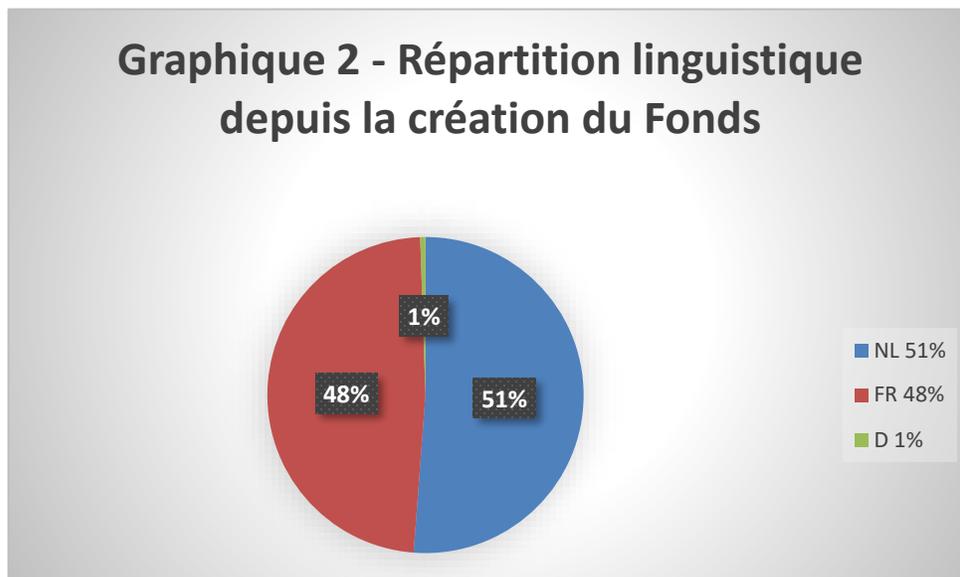
<sup>2</sup> Un **dossier clôturé** est un dossier qui n'est plus en cours de traitement, et ce, pour diverses raisons : il a donné lieu à une indemnisation acceptée par l'ensemble des parties, le dossier est déclaré irrecevable sur le plan administratif, etc.

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	16	2263	2588	4867
Ouvert	14	743	527	1284
Contentieux (= en cours)	2	113	138	253
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>3119</b>	<b>3253</b>	<b>6404</b>

Source: Fonds des accidents médicaux

Fin 2022, 73 % des dossiers francophones et 80 % des dossiers néerlandophones étaient clôturés. 27 % des dossiers francophones se trouvent donc encore en phase active, pour 20 % des dossiers néerlandophones.

Le graphique 2 donne un aperçu global du nombre de dossiers introduits au Fonds depuis sa création, selon la langue de ces 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	1	2	3	11
2011	6	2	3	1	4	1	2	1	9	4	1	2	36
2012	8	4	14	6	10	16	9	21	113	97	95	70	463
2013	143	96	108	93	65	84	57	62	105	107	105	70	1.095
2014	115	80	74	76	70	89	84	58	61	82	71	65	924
2015	66	59	56	63	56	67	47	46	53	37	48	35	633
2016	61	59	54	61	43	47	51	49	50	48	39	42	604
2017	55	47	37	16	79	28	35	31	48	45	56	30	507
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
<b>TOTAL</b>	<b>667</b>	<b>549</b>	<b>547</b>	<b>492</b>	<b>499</b>	<b>509</b>	<b>467</b>	<b>435</b>	<b>619</b>	<b>603</b>	<b>552</b>	<b>465</b>	<b>6404</b>

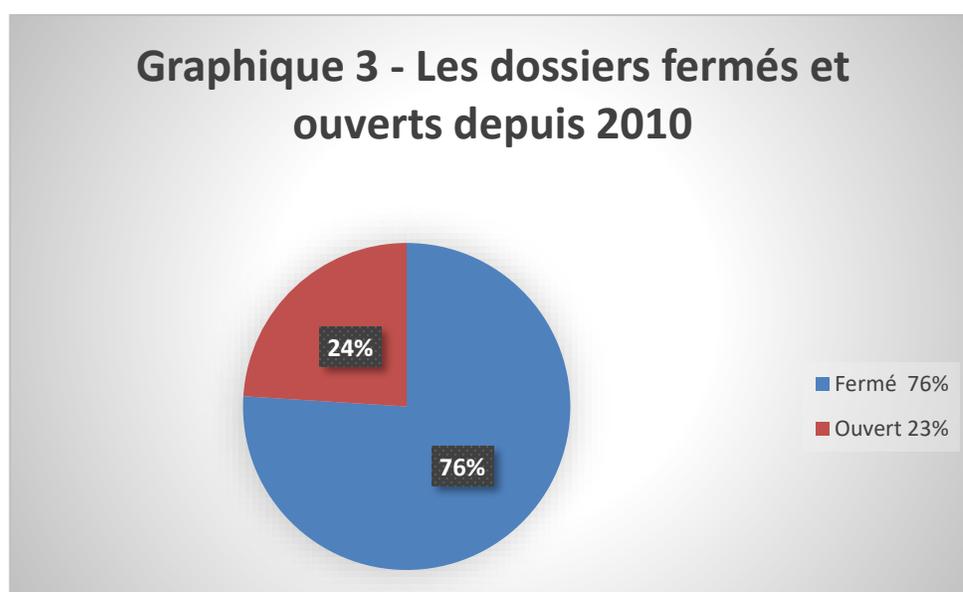
Source : Fonds des accidents médicaux

Le tableau 3 montre que le nombre de dossiers introduits a augmenté par rapport à 2021. En 2022, le Fonds en a reçu en moyenne 37 par mois.

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

Année	Statut			
	Fermé	Ouvert	Total	% Fermé
2010	11	0	11	100%
2011	36	0	36	100%
2012	462	1	463	99%
2013	1074	21	1095	98%
2014	892	33	925	96%
2015	609	24	633	96%
2016	541	63	604	90%
2017	447	60	507	88%
2018	350	136	486	72%
2019	263	196	459	57%
2020	174	188	362	48%
2021	171	211	382	45%
2022	90	351	441	20%
<b>TOTAL</b>	<b>5.120</b>	<b>1.284</b>	<b>6.404</b>	

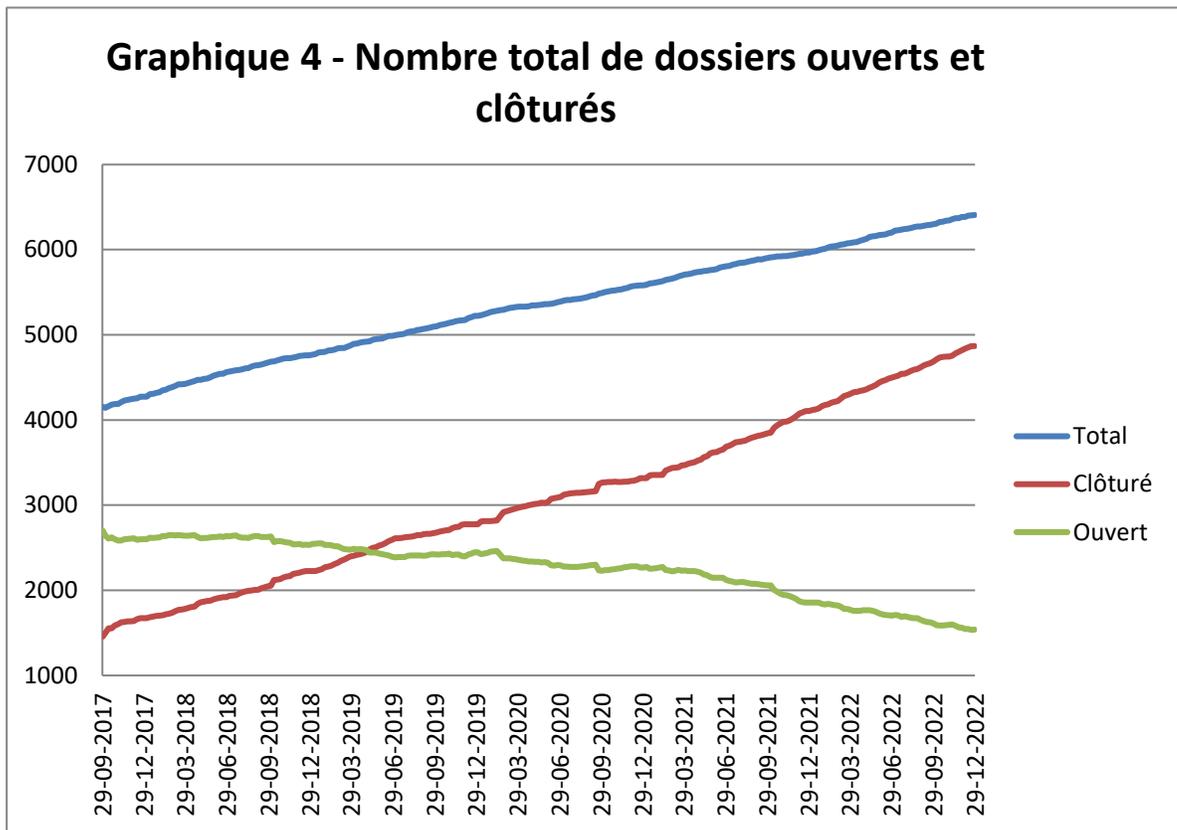
Source : Fonds des accidents médicaux



Depuis la création du Fonds, 76 % de tous les dossiers ont été clôturés, 24 % sont encore ouverts.

Nous constatons que le nombre total de dossiers en souffrance a quasi diminué de moitié au cours des deux dernières années.

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			
2010	0	0	0	0	-	-	-
2011	0	0	0	0	-	-	-
2012	0	0	1	1	0,0%	0,0%	100,00%
2013	0	9	12	21	0,0%	42,86%	57,14%
2014	0	12	21	33	0,0%	36,36%	63,64%
2015	0	11	13	24	0,0%	46,83%	54,17%
2016	0	34	29	63	0,0%	53,97%	46,03%
2017	0	35	25	60	0,0%	58,33%	41,67%
2018	0	100	36	136	0,0%	73,53%	26,46%
2019	0	180	16	196	0,0%	91,84%	8,16%
2020	0	175	13	188	0,0%	93,09%	6,91%
2021	0	199	12	211	0,0%	94,31%	5,69%
2022	34	316	1	351	9,69%	90,03%	0,28%
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>1.071</b>	<b>179</b>	<b>1.284</b>	<b>2,65%</b>	<b>83,41%</b>	<b>13,94%</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 quelques années déjà, 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 2022 n'est encore en phase 1. Les dossiers introduits fin 2022 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 2022, les efforts ont été poursuivis en vue d'optimiser les procédures et d'accélérer le traitement des dossiers par une adaptation structurelle du traitement des dossiers et la création d'une taskforce provisoire pour résorber le retard accumulé.

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 2022, nous constatons dans la pratique que parmi les dossiers en cours, le Fonds en traite 132 de façon prioritaire. 125 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

Le nombre de dossiers que nous clôturons à un stade précoce de la procédure (en première ou deuxième phase, préalable à l'avis) est en hausse par rapport à 2020. 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. Fin 2022, conformément aux statistiques, il s'agit de 16 % du nombre total de dossiers ouverts.

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

Les demandes qui s'avèrent aujourd'hui irrecevables en phase 1<sup>3</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 une augmentation, en 2022, du nombre de dossiers clôturés durant la première phase de la procédure. Dans ce même tableau, nous voyons en outre une légère 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.

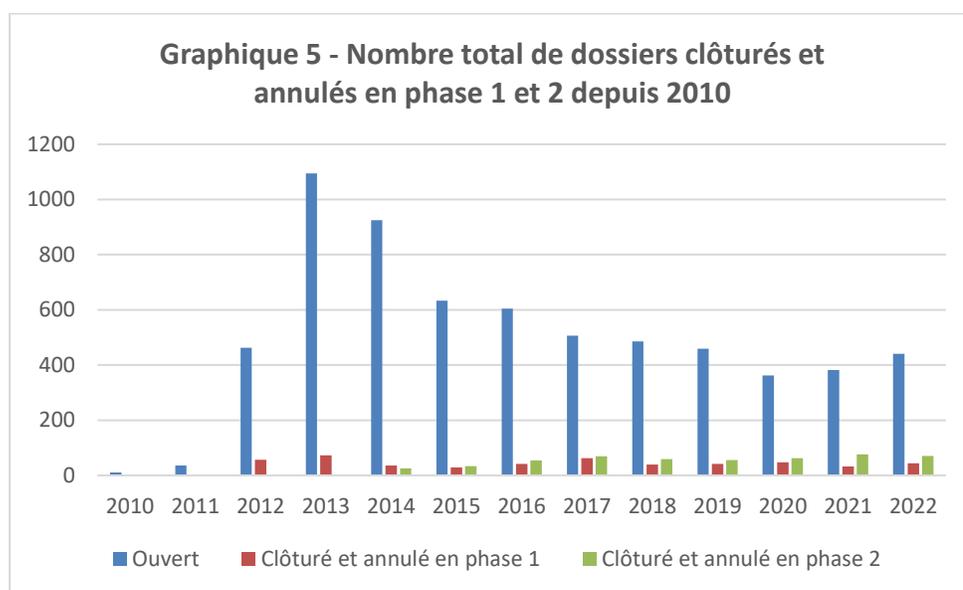
---

<sup>3</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. Le graphique 5 illustre l'évolution.

Tableau 6 – Nombre total de dossiers traités et annulés <sup>4</sup> en phase 1 depuis 2010			
Année de fermeture	Ouvert	Clôturé et annulé en phase 1	Clôturé et annulé en phase 2
2010	11		
2011	36		
2012	463	57	2
2013	1095	73	2
2014	925	36	26
2015	633	29	34
2016	604	42	54
2017	507	62	69
2018	486	39	59
2019	459	42	55
2020	362	48	63
2021	382	33	78
2022	441	44	71

Source : Fonds des accidents médicaux



<sup>4</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.

Le délai moyen de traitement - de la réception d'une demande à l'envoi d'un avis - est de 38,30 mois, fin 2022. Des facteurs tels que l'organisation d'expertises médicales dans des dossiers complexes et le principe du *first in-first out* (raison pour laquelle des dossiers restent dans la file d'attente à certains moments) influencent la durée moyenne de traitement. Néanmoins, un retournement de situation s'observe depuis août 2021.

## 8. Adaption structurelle et Task Force

### CONTEXTE

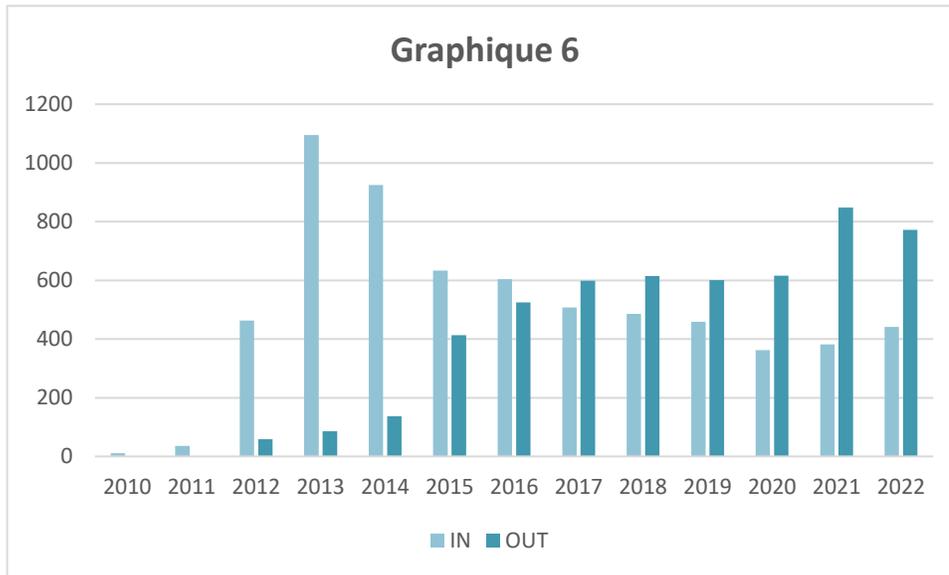
Un rapport d'audit de la Cour des comptes, qui a également donné lieu à un débat parlementaire, a soulevé certains points problématiques au niveau du Fonds. L'un des points concerne le retard accumulé au niveau du traitement des dossiers. Comme le retard n'a pas été résorbé assez rapidement, le Comité de gestion et la directrice du Fonds (en étroite concertation avec l'administrateur général de l'INAMI et le ministre compétent) ont proposé un plan d'action dans le courant de l'année 2021.

Ce plan d'action a établi des mesures à prendre afin de résorber plus rapidement le retard, y compris la création d'une équipe temporaire - la "Task Force". Depuis septembre 2021, cette Task Force est active au sein du Fonds pour traiter les dossiers en collaboration avec l'équipe permanente. Le déploiement de cette Task Force vise à résorber le retard de 1249 dossiers de manière accélérée sur une période de deux ans. Au cours des années précédentes, bien que le retard ait déjà été résorbé de manière systématique (environ 120 dossiers par an), le temps de traitement d'un dossier est resté trop élevé et il a été nécessaire de s'attaquer à cette problématique de manière plus approfondie avec une Task Force.

### RÉSULTATS

Fin 2022, les demandeurs avaient déjà reçus un avis dans 745 des 1249 dossiers de la Task Force. Cela représente 60% du total. En outre, dans 96 dossiers, le FAM a reçu un rapport d'expertise (8% du total) ce qui lui permettra de rendre un avis à bref délais. Cela porterait déjà le nombre de dossiers avec avis à 68% du nombre total de dossiers. Les dossiers restants passent par la phase d'expertise.

Sur la base des chiffres globaux, nous constatons que la collaboration entre l'équipe permanente du Fonds et la Task Force porte ses fruits. Le graphique ci-dessous illustre l'évolution positive des dossiers entrants et des avis sortants. La partie suivante de ce rapport d'activités examine cette évolution plus en détail.



#### COMMUNICATION

En raison du nombre élevé de dossiers en souffrance, un certain nombre de demandeurs n'ont pas eu de nouvelles du Fonds depuis un certain temps. Au cours de l'année 2022, ces demandeurs en attente ont été informés de l'état d'avancement de leur dossier. Lorsqu'un dossier est soumis à l'expertise, les demandeurs en sont également informés et une communication a lieu entre l'expert, le demandeur et, le cas échéant, son représentant jusqu'à ce que le rapport revienne au Fonds.

#### UN TRAVAIL TOURNÉ VERS L'AVENIR

Pour que l'effectif permanent du Fonds soit à nouveau aussi complet que possible, le plus grand nombre possible de ces collaborateurs temporaires de la Task Force ont été intégrés fin 2022 dans le cadre du personnel fixe du Fonds. Par conséquent, ces collaborateurs continueront à travailler pour le Fonds au-delà de la période de la Task Force et le Fonds peut faire appel à un cadre du personnel aussi complet que possible après la période de la Task Force.

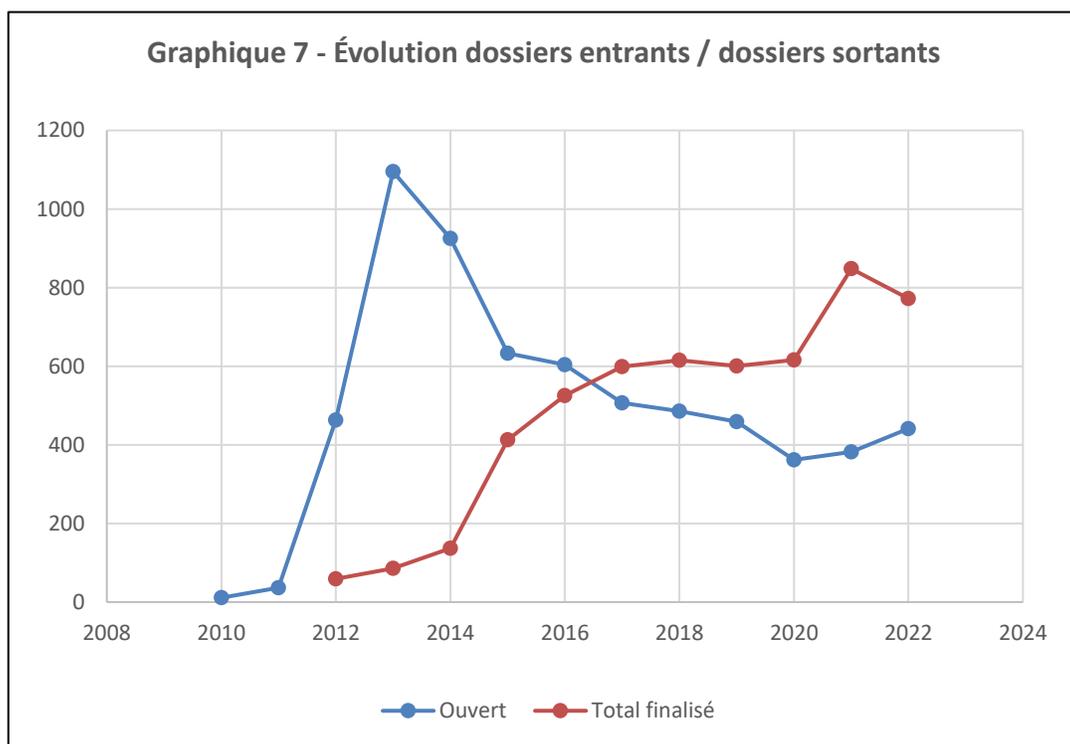
Nous examinons également régulièrement les modifications à apporter aux processus afin de réduire davantage les délais de traitement ou d'améliorer la communication.

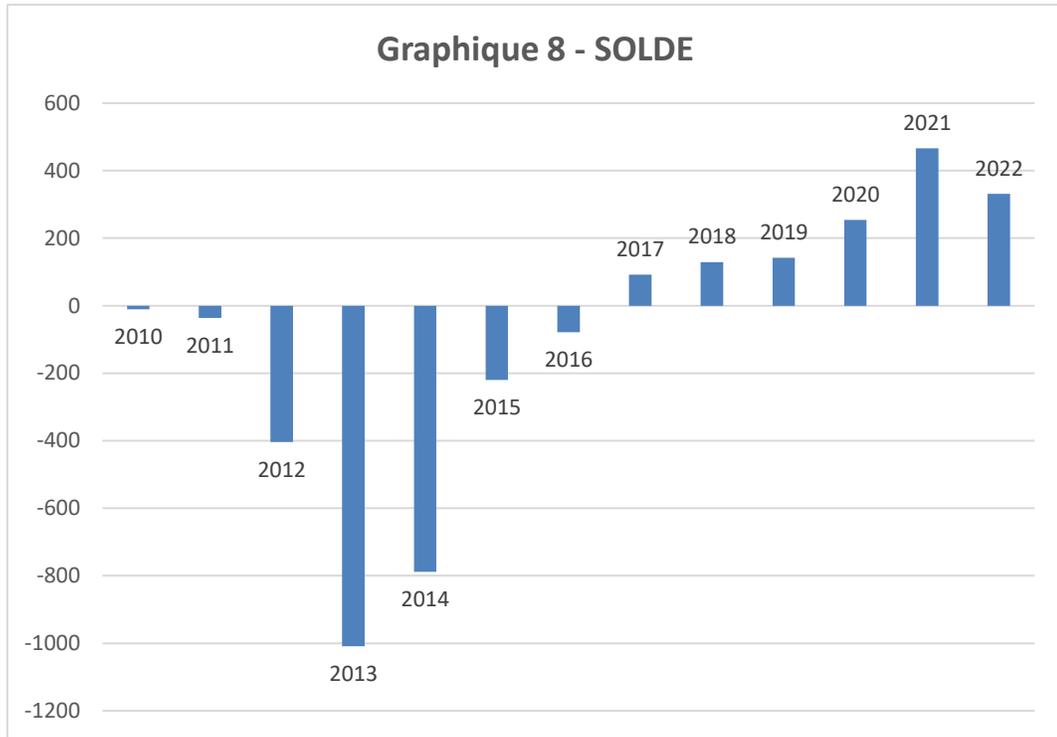
## 9. Évolution du nombre de dossiers entrants et sortants

En 2022, 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					11
2011					36
2012	57	2		59	463
2013	73	2	11	86	1095
2014	36	26	75	137	925
2015	29	34	350	413	633
2016	42	54	429	525	604
2017	62	69	468	599	507
2018	39	59	517	615	486
2019	42	55	504	601	459
2020	48	63	505	616	362
2021	33	78	737	848	382
2022	44	71	657	772	441

Source : Fonds des accidents médicaux

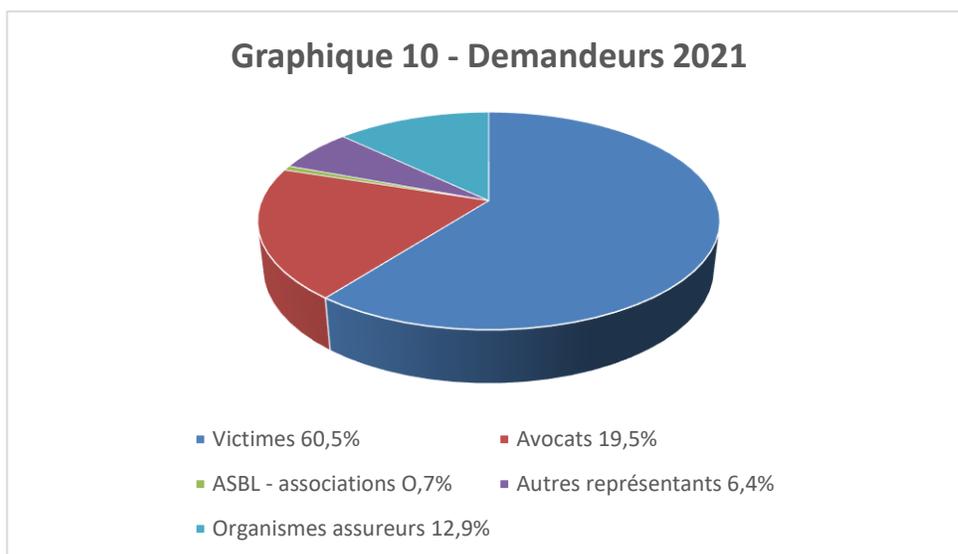
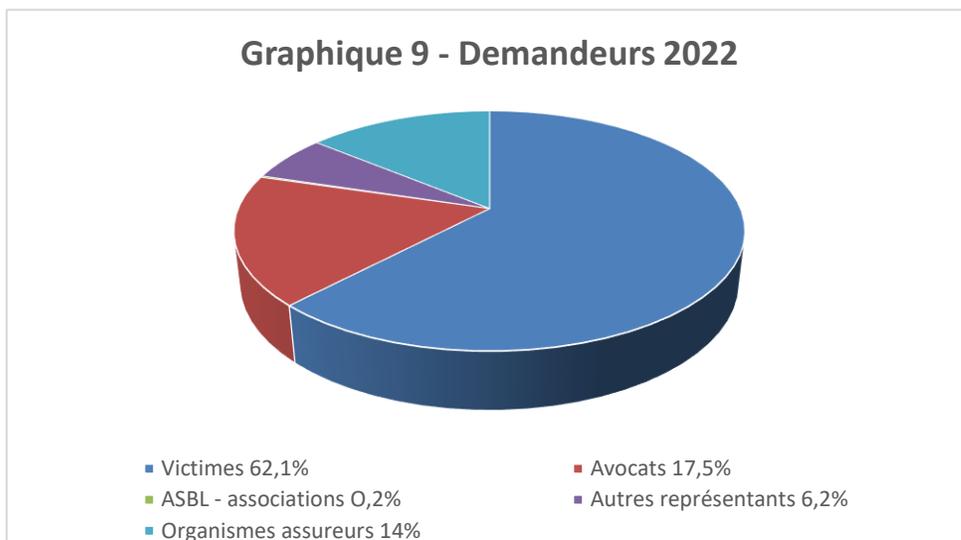




## 10. Répartition des dossiers selon le type de demandeur

Le graphique 9 montre que les victimes introduisent elles-mêmes 62 % des demandes et que 17,5 % des demandes ont été introduites avec l'aide d'un avocat. En 2022, 14 % des demandes ont été introduites par l'intermédiaire des organismes assureurs. Les victimes font moins 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 2022 que pour 2021, figurent dans les graphiques ci-après.



## 11. 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>5</sup>),
- un accident médical sans responsabilité (AMSR) dont le dommage atteint le seuil de gravité fixé par la loi (indemnisable par le Fonds),
- absence de RC dans le chef d'un prestataire de soins et absence d'AMSR (NINI - non indemnisable par le Fonds).

En 2022, 657 avis au total ont été traités par les juristes avec le soutien de la task force. 11 % d'entre eux ont été clôturés par un avis AMSR. C'est un pourcentage supérieur à celui de 2021 (voir graphiques 11 et 12). En 2021 et 2020, la part AMSR était de 9 %, en 2019, de 5 % et en 2018, de 3 %.

---

<sup>5</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 2022	
<b>Total</b>	<b>657</b>
<b>Spécifique</b>	
- AMSR avec seuil gravité	72
- Responsabilité < gravité	31
- Responsabilité > gravité	39
<b>Autres (NINI)</b>	<b>514</b>
Source: Fonds des accidents médicaux	

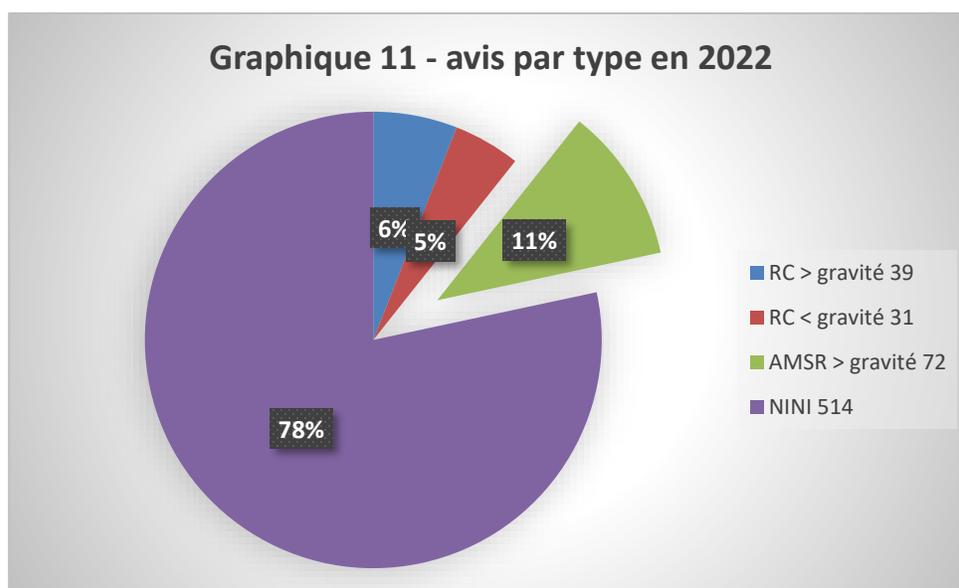
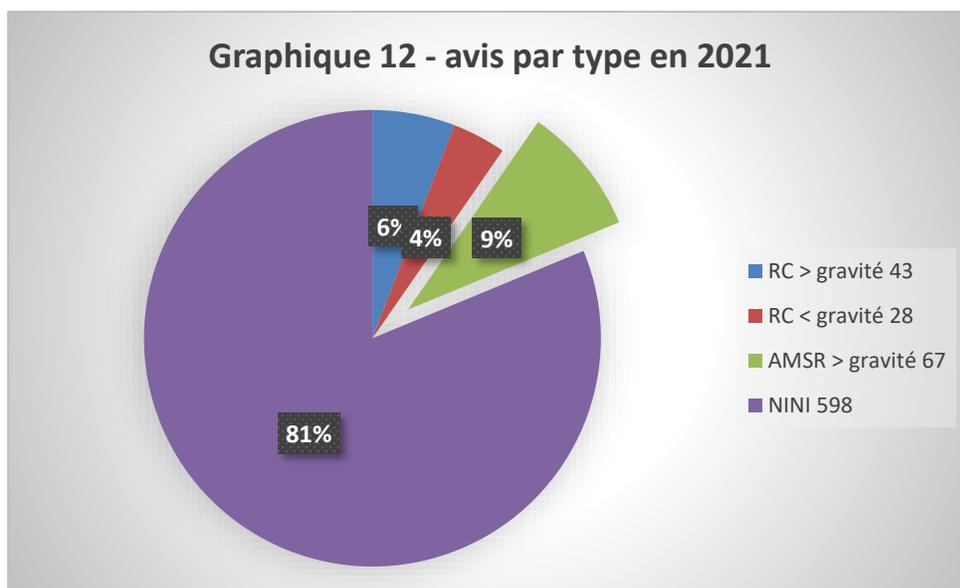


Tableau 9 - Avis par type 2021	
<b>Total</b>	<b>736</b>
<b>Spécifique</b>	
- AMSR avec seuil gravité	76
- Responsabilité < gravité	28
- Responsabilité > gravité	43
<b>Autres (NINI)</b>	<b>598</b>

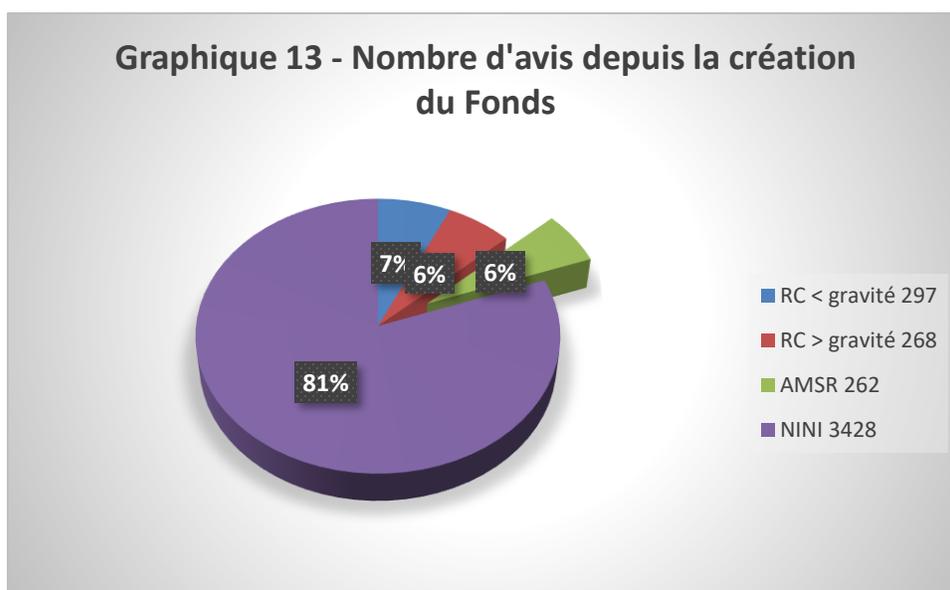
Source: Fonds des accidents médicaux



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

Le tableau 10 et le graphique 13 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	
<b>Total</b>	<b>4.255</b>
<b>Spécifique</b>	
- AMSR avec seuil gravité	262
- Responsabilité < gravité	297
- Responsabilité > gravité	268
<b>Autres (NINI)</b>	<b>3428</b>
Source: Fonds des accidents médicaux	



## 12. 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 2022*

Au total, 530 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 2022, il n'y a eu qu'un seul dossier 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 11 (capital) et le tableau 12 (rente) présentent les indemnisations et le nombre de dossiers pour l'année 2022 et les années précédentes.

Les chiffres figurant dans les tableaux ci-dessous sont automatiquement disponibles depuis 2021 via DAMO. La colonne « indemnisable après contentieux » a été ajoutée pour l'année 2021. Cette colonne reprend les dossiers qualifiés par le Fonds de « non indemnissables » (NINI), mais qui ont surtout 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.

Tableau 11 - Indemnisations en capital en EUR				
	AMSR > gravité <sup>6</sup>	RC > gravité <sup>7</sup>	RC < gravité <sup>8</sup>	Indemnisable après contentieux
<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

Source: Fonds des accidents médicaux

Tableau 12 - Indemnisations en rente en EUR				
	AMSR > gravité	RC > gravité	RC < gravité	Indemnisable après contentieux
<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

Source: Fonds des accidents médicaux

<sup>6</sup> Conformément à l'art. 4, 1° Loi des accidents médicaux

<sup>7</sup> Conformément à l'art. 4, 3° Loi des accidents médicaux

<sup>8</sup> Conformément à l'art. 4, 2° ou à l'art. 4, 4° Loi 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.

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 2022. Le Fonds a versé un montant total de 16.385.085,05 EUR aux victimes tandis que le montant total pour 2021 s'élevait à 14.114.903,98 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

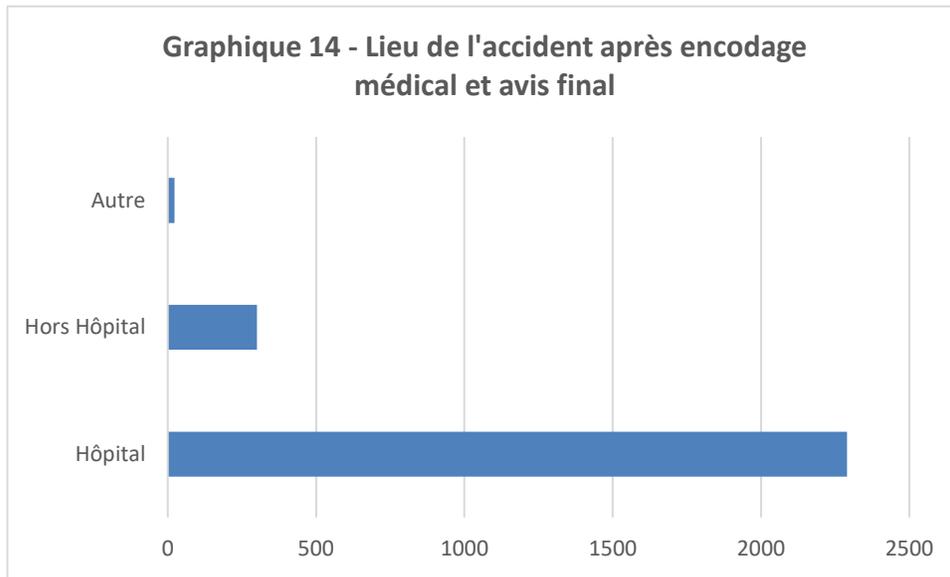
Cette analyse donne la situation des dossiers ayant fait l'objet d'un avis médical depuis la création du Fonds. Elle donne une idée globale de la distribution des dossiers du Fonds pour différentes variables.

##### *a. Lieu de l'accident médical*

Tableau 13 – Lieu de l'accident après encodage médical et avis final		
	Nombre	%
Hôpital (également hôpital militaire)	2290	88%
En-dehors d'un hôpital <sup>9</sup>	301	12%
Autres <sup>10</sup>	23	1%
<b>TOTAL</b>	<b>2614</b>	
Source: Fonds des accidents médicaux		

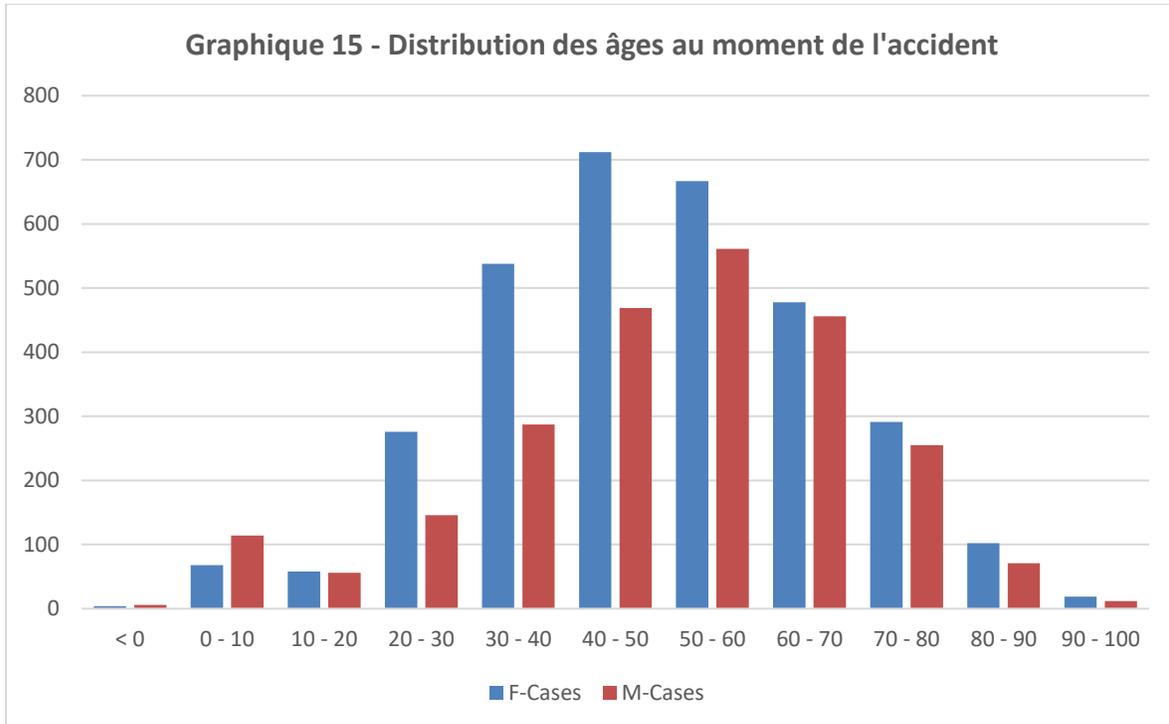
<sup>9</sup> Médecine curative extra-hospitalière.

<sup>10</sup> Médecine non curative et professions paramédicales.



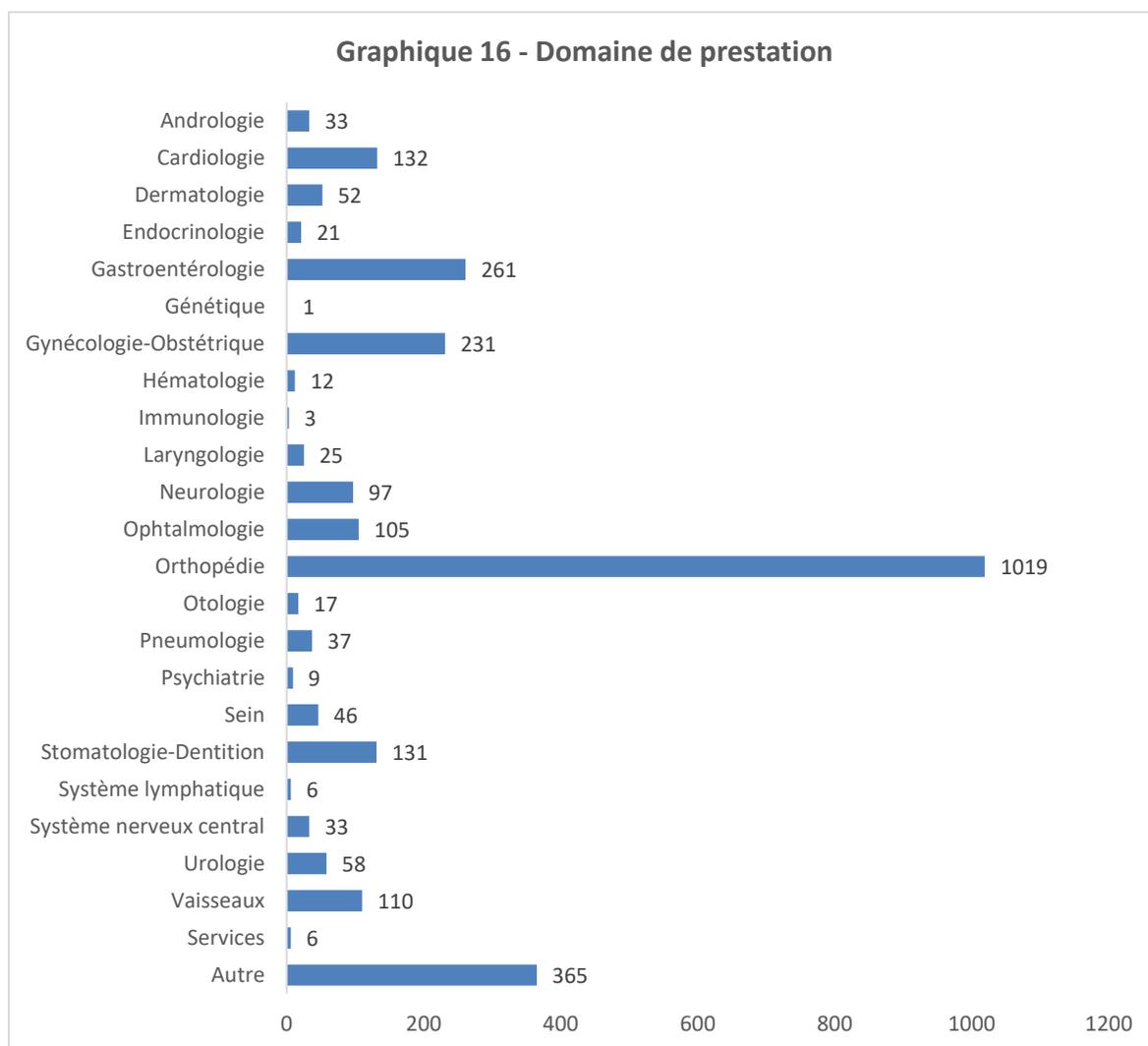
### b. Répartition par âges et genres

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 (classification internationale ICHI).

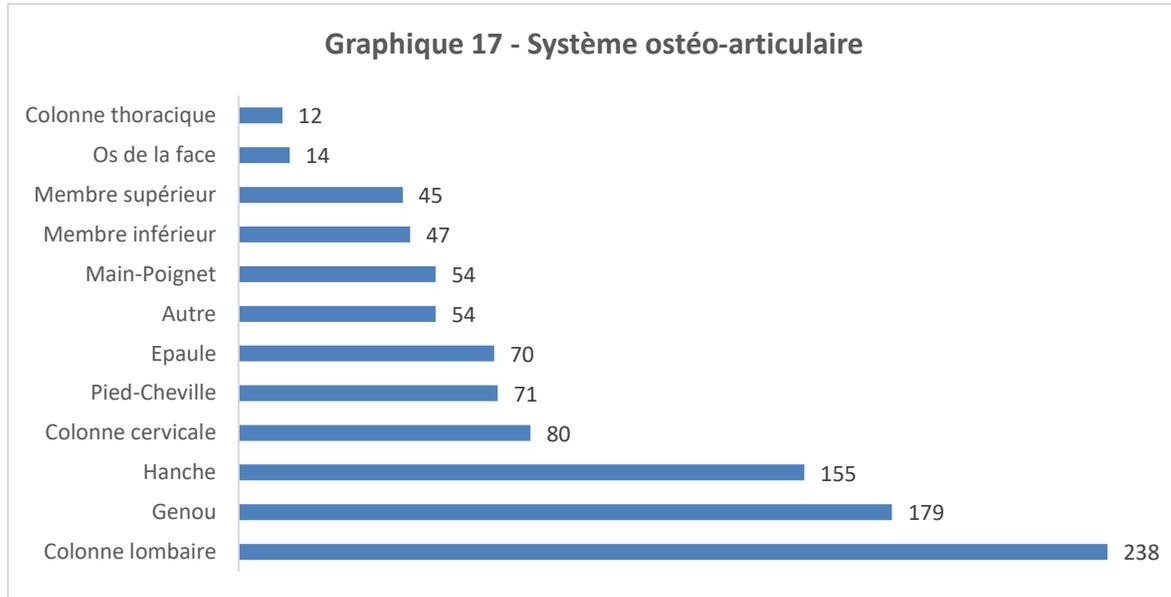


Le plus grand nombre de dossiers concernent des prestations médicales effectuées sur les systèmes ostéoarticulaire (Orthopédie : 42 %), digestif (11 %), gynéco-obstétrical (9 %) et cardiovasculaire (Vaisseaux + Cardiologie 10 %).

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

## INTERVENTIONS ORTHOPÉDIQUES

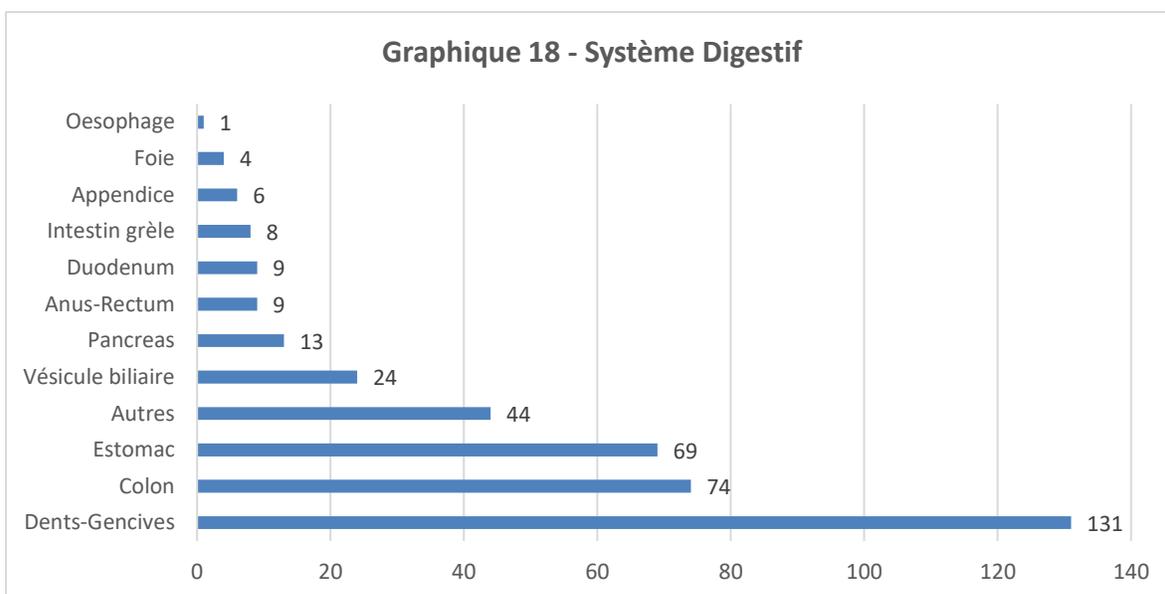
Le graphique 17 détaille les zones anatomiques du système ostéoarticulaire les plus souvent rapportées dans le cadre d'un accident médical. Trois zones arrivent en tête : la colonne lombaire, le genou et la hanche.



## 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 25 % des interventions digestives



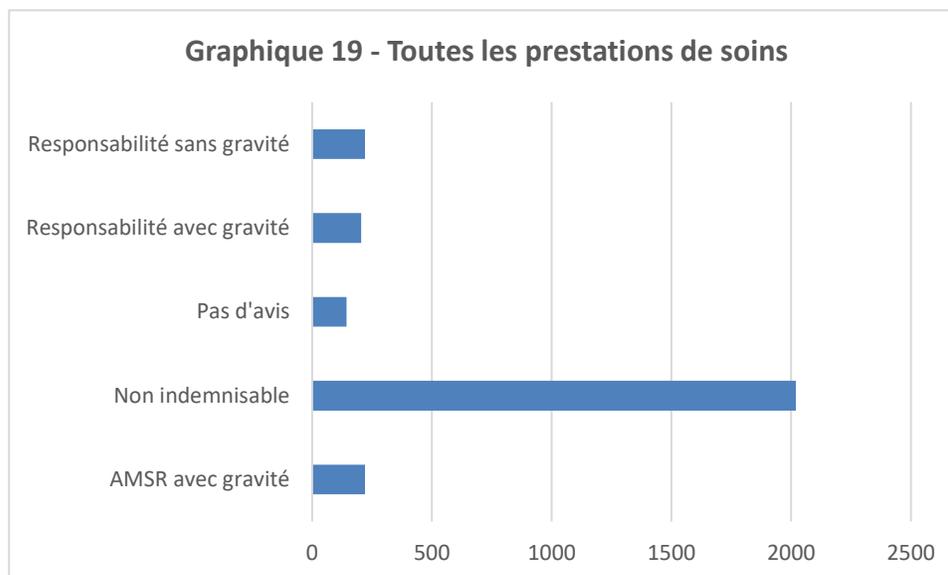
### d. Types d'avis en général et pour certains types de prestations

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.

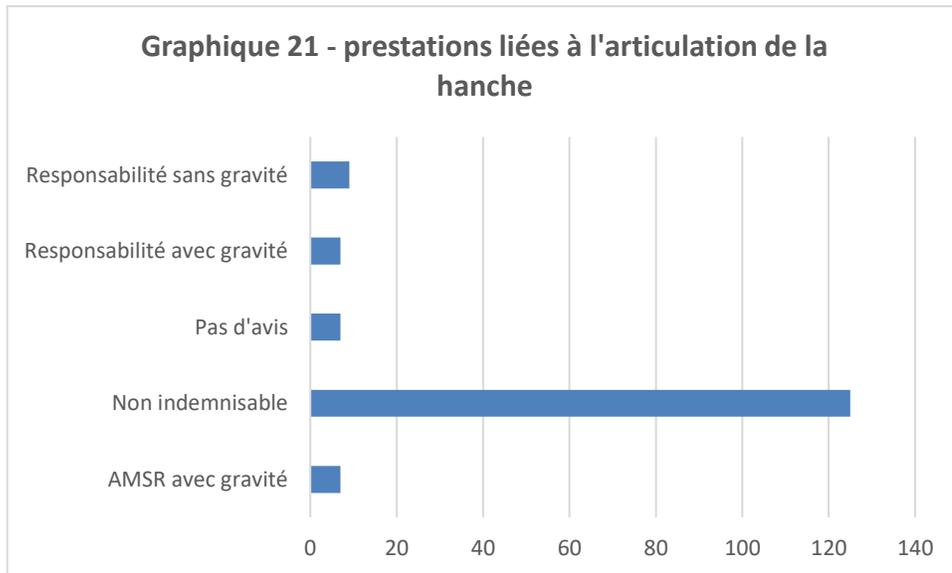
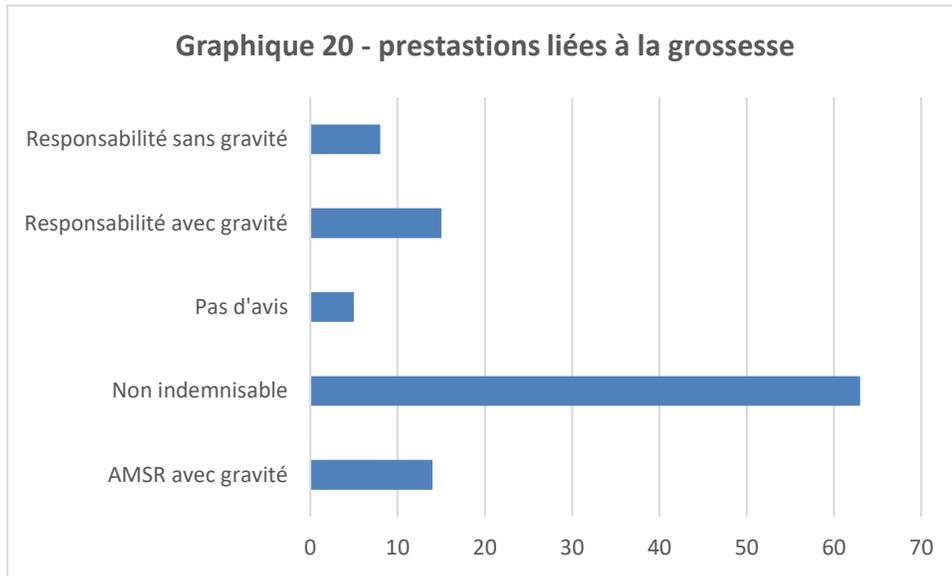
En général, 80 % des dossiers ne sont « pas indemnisables ». L'obstétrique constitue l'exception (graphique 20) :

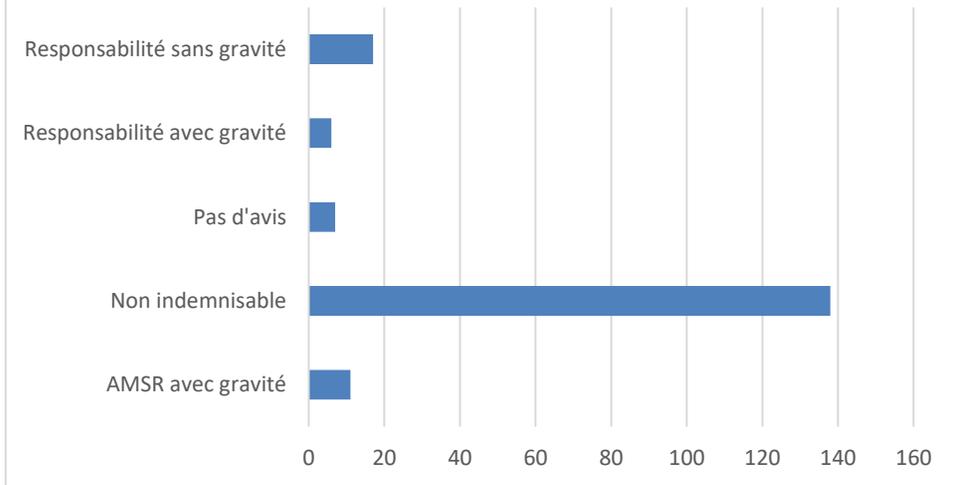
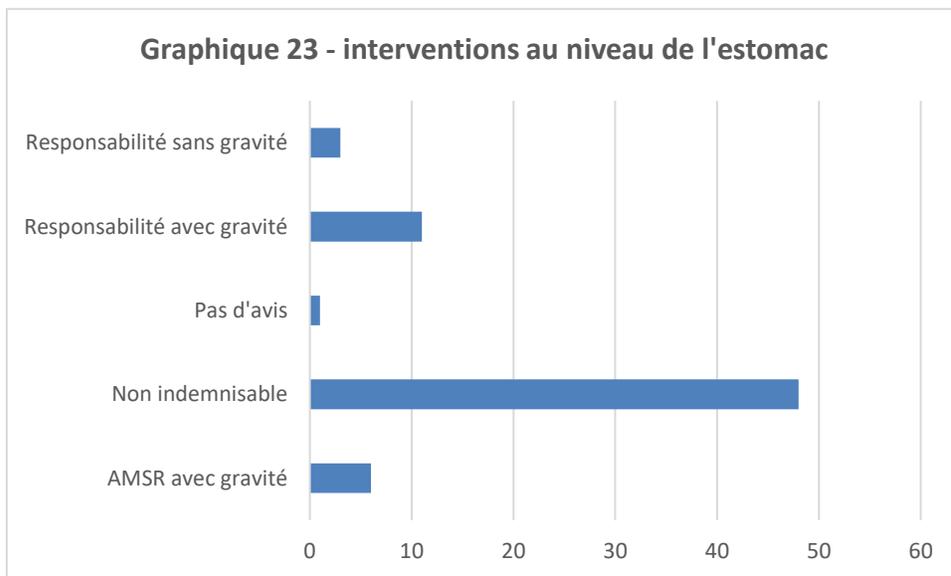
- Dans près d'un quart de ces dossiers, la responsabilité d'un prestataire de soins est engagée
- Près de 8 % des dossiers grossesse sont des accidents médicaux sans responsabilité du prestataire (AMSR) mais atteignant le seuil de gravité.

#### GÉNÉRALITÉS



## TYPES D'AVIS POUR CERTAINS TYPES DE PRESTATIONS

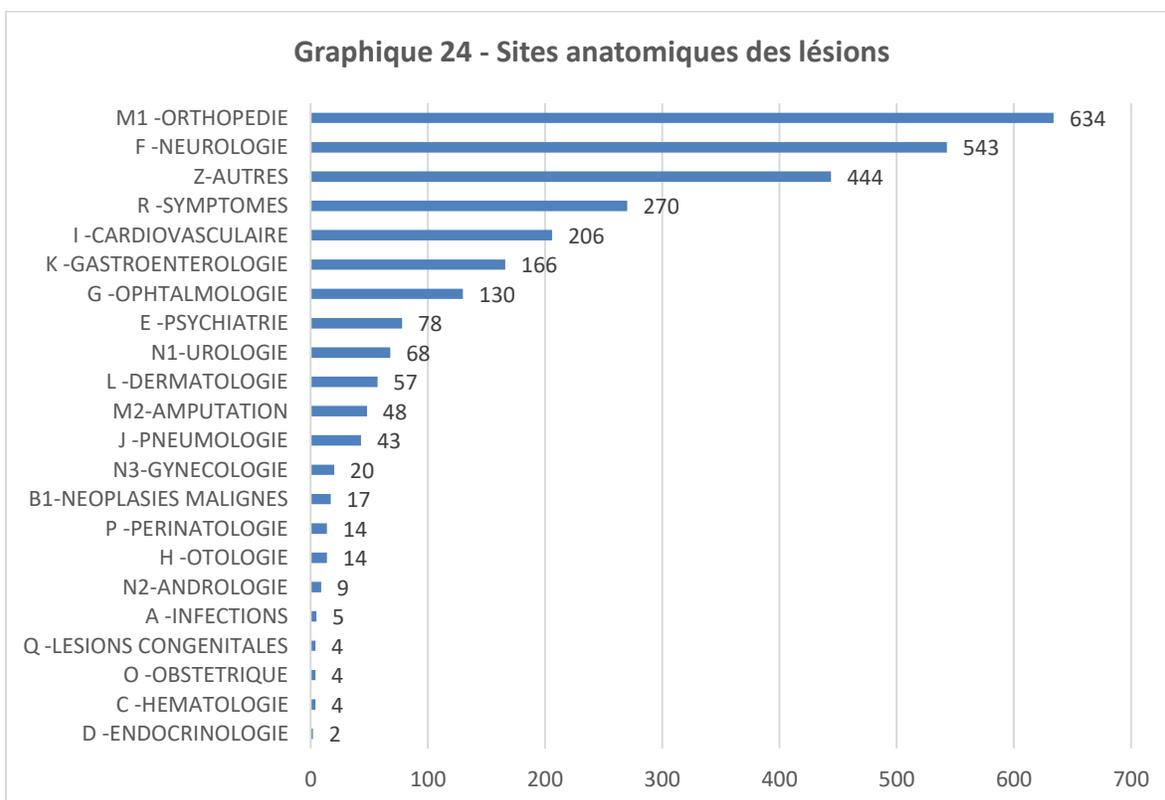


**Graphique 22 - prestations liées à l'articulation du genou****Graphique 23 - interventions au niveau de l'estomac**

### e. Site des lésions

Lors d'un accident médical, certains types de lésions apparaissent plus souvent que d'autres. Dans la plupart des cas, la localisation des lésions correspond alors au domaine de prestation.

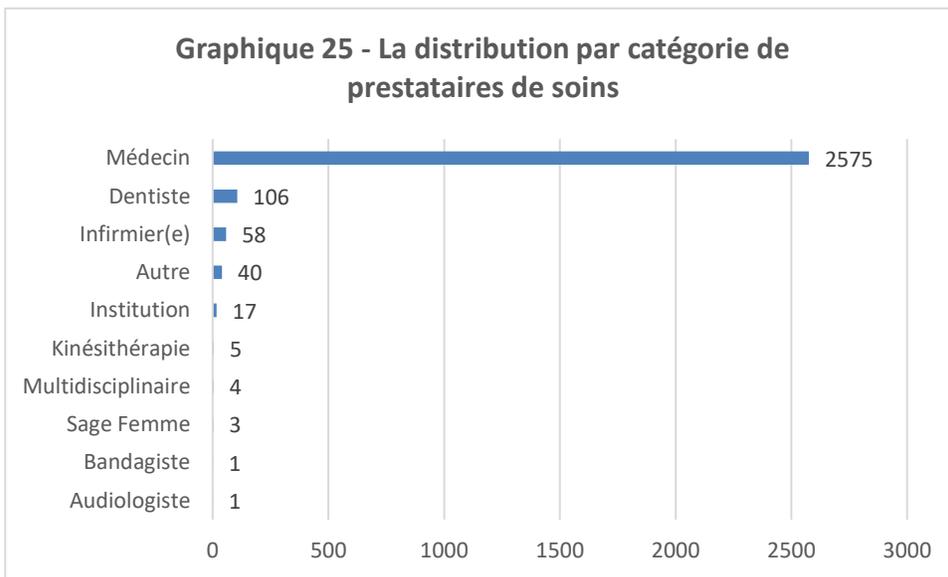
Le graphique 24 ventile les dossiers d'accidents médicaux en fonction de la zone anatomique lésée.



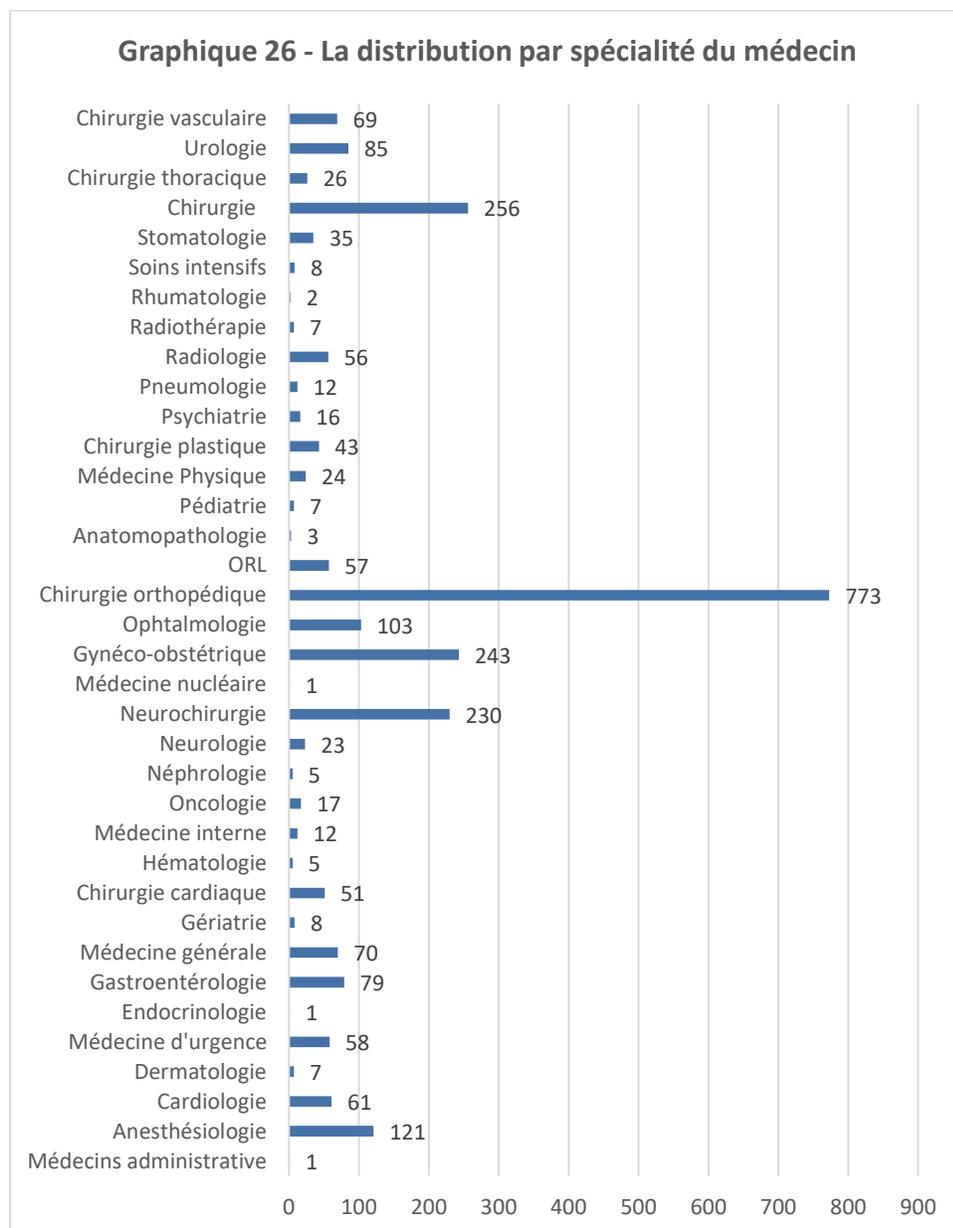
### *f. Types de prestataire de soins*

Les chiffres concernant les prestataires de soins sont basés sur la situation au 14 octobre 2022, soit avant la migration vers un nouveau système de gestion. Ce nouveau système nécessite encore une correction pour que cette donnée soit fiable.

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.



### 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>11</sup> pour récupérer l'indemnisation versée, celle-ci étant généralement remboursée en vertu de l'article 4, 3<sup>e</sup><sup>12</sup>, mais, le cas échéant, aussi sur la base de l'article 4, 2<sup>e</sup><sup>13</sup> ou de l'article 4, 4<sup>e</sup><sup>14</sup>, de la loi relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé.

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.

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 7 cas environ depuis le lancement du Fonds.

<sup>11</sup> Art. 28 de la loi relative à l'indemnisation résultant de soins de santé.

<sup>12</sup> Contestation de la responsabilité du prestataire de soins.

<sup>13</sup> Responsabilité du prestataire de soins dont la responsabilité civile n'est pas ou pas suffisamment couverte.

<sup>14</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 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
	NL	FR	NL	FR	NL	FR	NL	FR	D	NL	FR	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			43
2018	9	4	3	4			16	8		1	2			47
2019	3	4	3	6	2	1	15	13		5	2	1		55
2020	13	11	5	2			16	10		8	4			69
2021	12	14	5	1			23	13	1	8	4			81
2022	4	16	6				20	18	1	5			1	70
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>62</b>	<b>30</b>	<b>13</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>120</b>	<b>91</b>	<b>2</b>	<b>30</b>	<b>17</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>426</b>

Source : Fonds des accidents médicaux

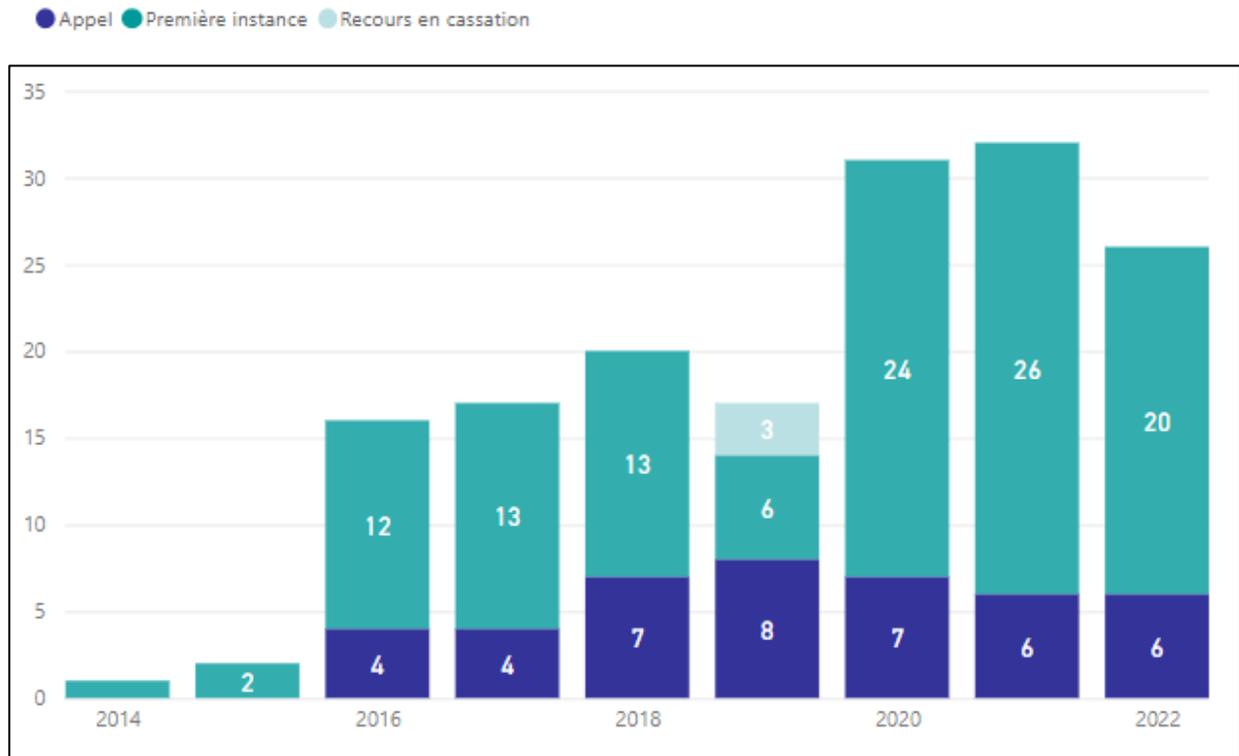
Dans le tableau 14, nous voyons qu'au total 164 procédures ont été introduites auprès des tribunaux néerlandophones et francophones par le Fonds. Sur les 164 procédures introduites par le Fonds comme demandeur, 118 ont été introduites en première instance, 43 en appel et 3 en cassation depuis 2014.

En outre, le même tableau indique le nombre de procédures introduites contre le Fonds, avec le Fonds comme défendeur. Dans 213 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 47 cas, une procédure a été introduite en degré d'appel contre le Fonds et, dans 2 cas, un pourvoi en cassation.

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 27

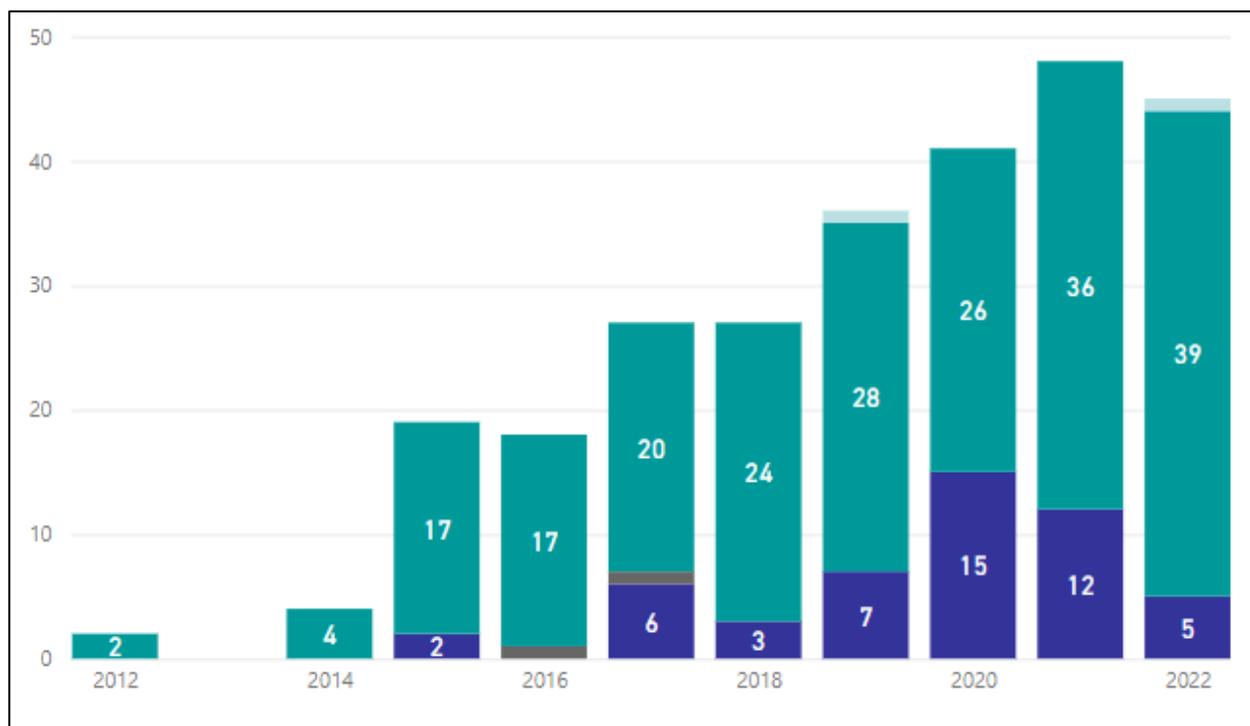


Évolution du nombre de litiges initiés année après année avec le Fonds comme défendeur

Le graphique 28 illustre l'évolution des litiges initiés contre le Fonds par type de tribunal

Graphique 28<sup>15</sup>

● Appel ● Autres ● Première instance ● Procédure Cour de cassation

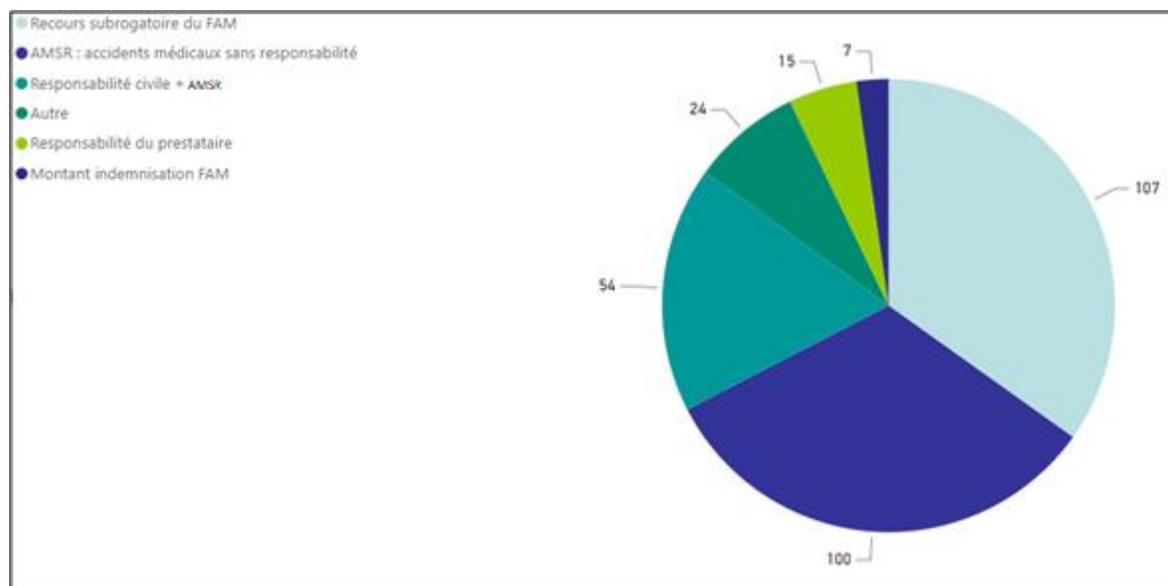


<sup>15</sup> La partie « Autre » dans le graphique concerné concerne le Conseil d'État ou la Cour constitutionnelle.

Représentation graphique du type ou du motif du litige

Le graphique 29 donne une image globale du motif ou de l'objet du litige.

Graphique 29<sup>16</sup>



<sup>16</sup> La partie « Autre » dans le graphique 29 concerne par exemple un contentieux sur la gravité.

## 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 par le <u>contre le</u> 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					8
2018	NL	3	4		2		3	9	2				23
	FR	1	1				1	1	1	1			6
2019	NL	2	4		3		9	2	2				23
	FR	1	2		2			1					6
2020	NL	3	1	1	3		9	5				1	24
	FR				1		2		1				5
2021	NL	3						3		1			7
	FR		1				1			1			3
2022	NL	2	6				3	3	1	1			16
	FR			2			2		1				5
<b>Total</b>		<b>18</b>	<b>20</b>	<b>3</b>	<b>11</b>		<b>3</b>	<b>35</b>	<b>37</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>140</b>

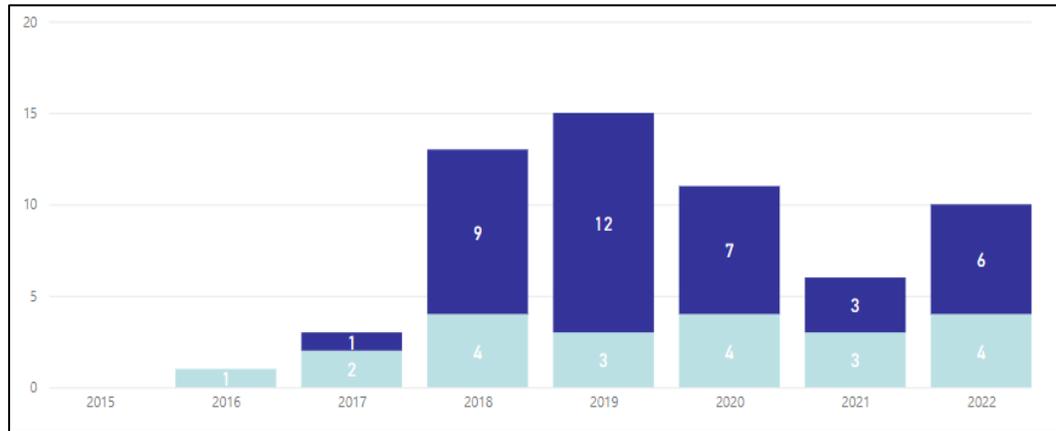
Source : Fonds des accidents médicaux

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 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 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).

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

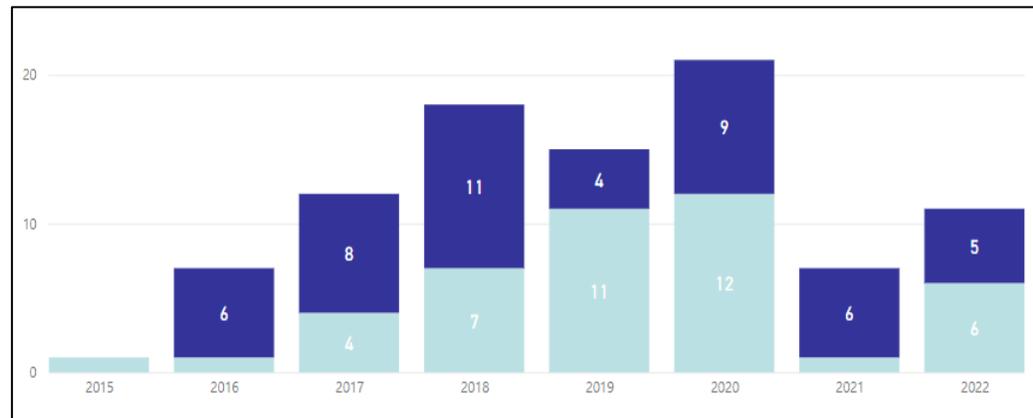
Graphique 30



● Avantage FAM ● Désavantage FAM

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

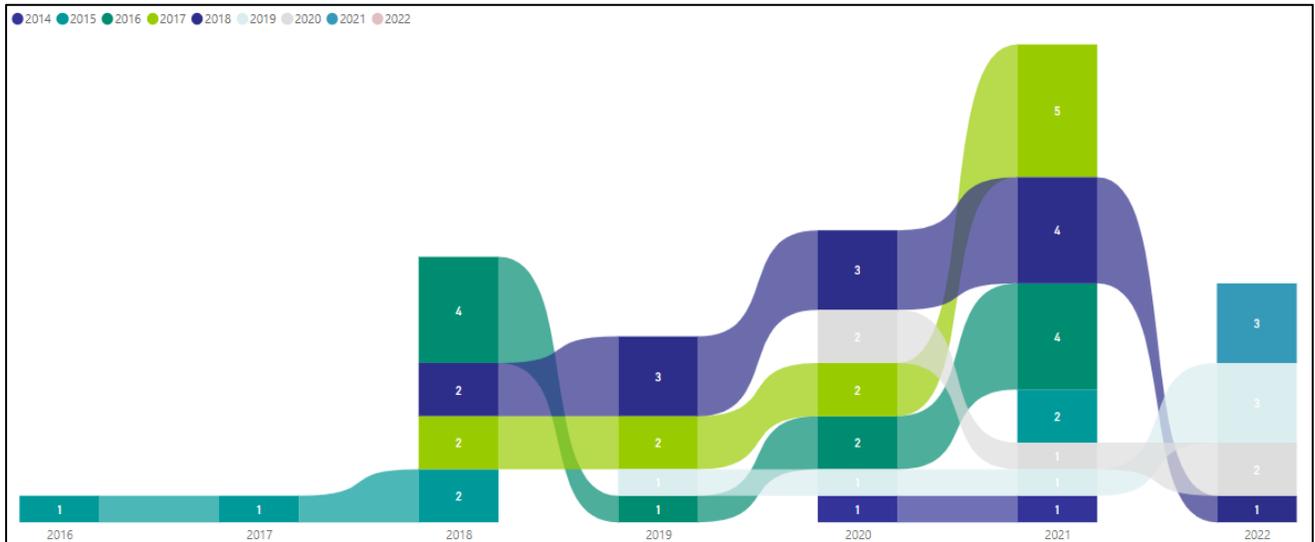
Graphique 31



● Avantage FAM ● Désavantage FAM

## Évolution des dossiers de litiges fermés année après année

Graphique 32



Le graphique 32 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 ».

## Partie 4

# Gestion financière et encadrement - 2022

Après avoir abordé les statistiques relatives aux activités « missions » du Fonds, analysons le budget et le coût des différentes missions du FAM ainsi que les réalisations des années précédentes. C'est pourquoi cette 4<sup>ème</sup> partie est consacrée aux informations financières, aux budgets 2022 et 2023 du Fonds ainsi qu'aux réalisations des années précédentes. Ces budgets et réalisations seront présentés 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 également les statistiques financières des expertises qui sont nécessaires pour l'exécution des missions du Fonds que ce soient des expertises unilatérales, contradictoires ou des demandes d'avis à des avocats et experts spécialisés.

Enfin, nous intégrerons dans nos chiffres les données relatives au contentieux c'est-à-dire au paiement d'avocats dans le cadre de procédures juridiques engagées par le Fonds ainsi que les données concernant les différentes recettes perçues par le Fonds.

## I. Budgets et réalisations – Missions

Le tableau ci-dessous présente les moyens 2022 mis à disposition du Fonds pour exécuter ses missions ainsi que les réalisations pour l'année 2021.

<b>Tableau 16</b>		
<b>Rubrique</b>	<b>Budget 2022</b>	<b>Réalisations 2021</b>
8157 – Contentieux relatif aux missions de l'institution	1.139.500	1.013.677
8158 – Honoraires autres que pour le contentieux	470.000	363.477
80500 – Prise en charge des frais incombant aux bénéficiaires :	19.250.000	16.965.398
• Indemnisations : 12.600.000 €		13.679.648
• Sinistres catastrophiques : 5.000.000 €		2.085.140
• Infections nosocomiales : 0 €		0
• Expertises contradictoires : 1.650.000 €		1.200.610
<b>TOTAL</b>	<b>20.859.500</b>	<b>18.342.552</b>

Le tableau ci-dessous présente les moyens mis à disposition du Fonds en 2023 pour exécuter ses missions ainsi que les réalisations pour l'année 2022.

<b>Tableau 17</b>		
<b>Rubrique</b>	<b>Budget 2023</b>	<b>Réalisations 2022</b>
8157 – Contentieux relatif aux missions de l'institution	1.400.000	1.277.885
8158 – Honoraires autres que pour le contentieux	450.000	494.254
80500 – Prise en charge des frais incombant aux bénéficiaires :	17.630.000	16.787.252
• Indemnisations : 10.830.000 €		13.849.066
• Sinistres catastrophiques : 5.000.000 €		1.235.756
• Expertises contradictoires : 1.800.000 €		1.702.430
<b>TOTAL</b>	<b>19.480.000</b>	<b>18.559.391</b>

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

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

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

Dans la suite de ce rapport, nous confrontons ces budgets avec les dépenses de missions réalisées en 2022 et plus particulièrement les dépenses liées aux expertises, qu'elles soient unilatérales ou contradictoires, et aux indemnités.

## 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 les budgets de gestion du Fonds respectivement pour les années 2022 et 2023. Les réalisations des années précédentes sont également reprises dans ces tableaux.

Rubrique	Budget 2022	Réalisations 2021
Personnel	5.303.171 (64,44%)	4.555.037
Fonctionnement ordinaire	788.780 (9,58%)	120.903
Investissements mobiliers	0	868
Fonctionnement informatique	1.834.503 (22,29%)	998.484
Investissements informatiques	270.902 (3,29%)	103.158
Impôts et contentieux	32.225 (0,39%)	0
<b><u>TOTAL budget de gestion</u></b>	<b><u>8.229.581</u></b>	<b><u>5.778.450</u></b>

Rubrique	Budget 2023	Réalisations 2022
Personnel	6.564.313 (71,28%)	5.292.625
Fonctionnement ordinaire	680.486 (7,39%)	717.307
Investissements mobiliers	2.833 (0,03%)	0
Fonctionnement informatique	1.561.137 (16,95%)	1.834.354
Investissements informatiques	367.880 (3,99%)	160.612
Impôts et contentieux	32.225 (0,35%)	0
<b><u>TOTAL budget de gestion</u></b>	<b><u>9.208.874</u></b>	<b><u>8.004.898</u></b>

Parmi les dépenses prévues par le budget de gestion, on retrouve les dépenses de personnel mais aussi les dépenses de fonctionnement ordinaire et informatique ainsi que les investissements mobiliers et informatiques nécessaires pour la création d'applications spécifiques au Fonds ou encore la réalisation d'un système de gestion de dossiers performant.

Pour ce qui est de la répartition du budget de gestion, on constate sans surprise que les dépenses de personnel sont les plus importantes avec près de 65% du budget en 2022 et plus de 70% en 2023. On retrouve ensuite les dépenses de fonctionnement nécessaires pour que le Fonds puisse exercer les missions qui lui sont confiées dans les meilleures conditions possibles et notamment grâce au développement informatique. Les investissements, quant à eux, ne représentent qu'une part minime du budget de gestion.

### III. Comparaison budget et réalisations 2022

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 2022.

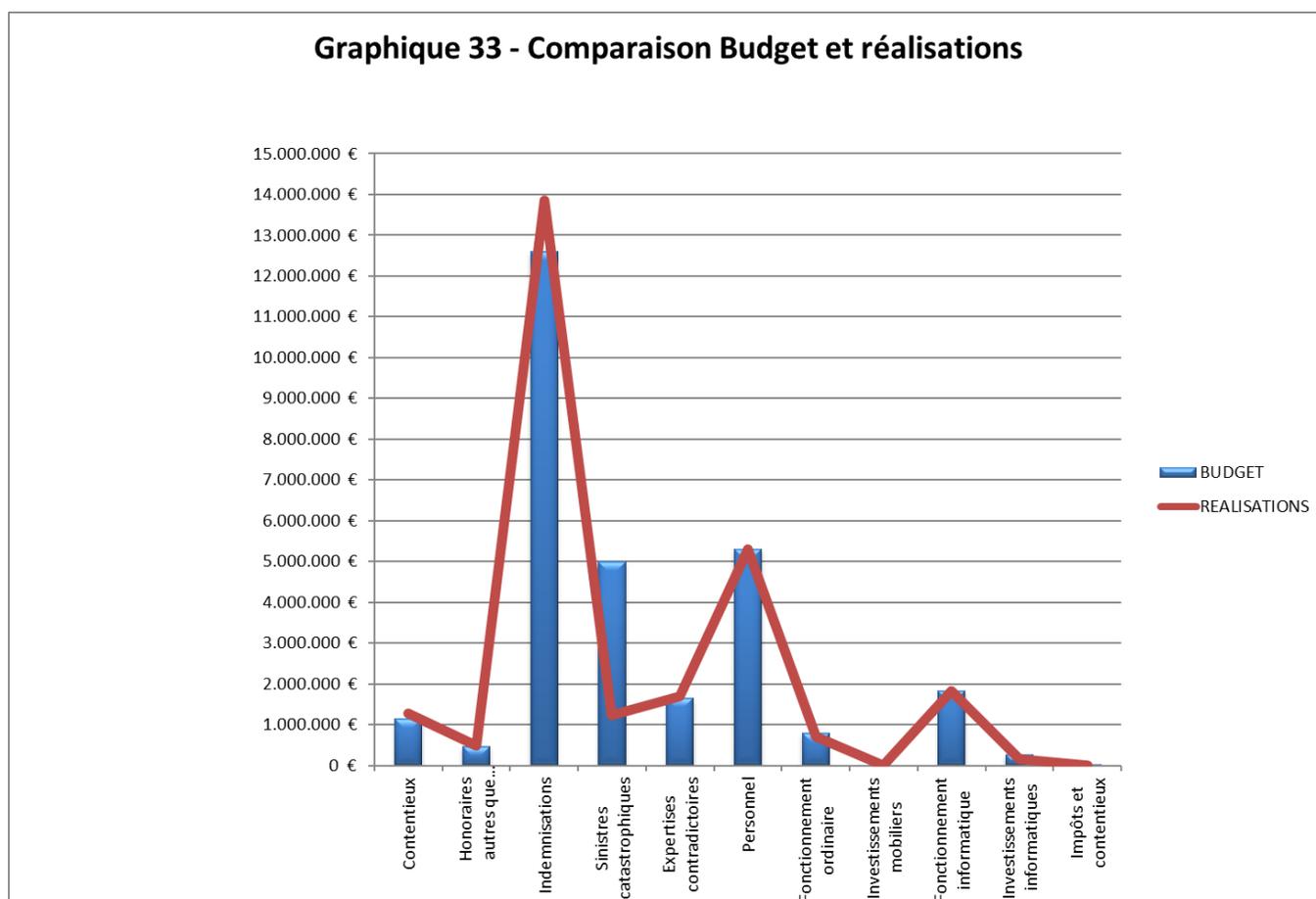
Tableau 20 – Budget et réalisations 2022 (EUR)				
Rubrique	Budget 2022	Réalisations 2022	Différence	Taux d'utilisation
<b>Missions</b>				
Contentieux	1.139.500 €	1.277.885 €	-138.385 €	112,14%
Honoraires autres que contentieux	470.000 €	494.254 €	-24.254 €	105,16%
Indemnisations	12.600.000 €	13.849.066 €	-1.249.066 €	109,91%
Sinistres catastrophiques	5.000.000 €	1.235.756 €	3.764.244 €	24,72%
Expertises contradictoires	1.650.000 €	1.702.430 €	-52.430 €	103,18%
<b>TOTAL Missions</b>	<b>20.859.500 €</b>	<b>18.559.391 €</b>	<b>2.300.109 €</b>	<b>88,97%</b>
<b>Gestion</b>				
Personnel	5.303.171 €	5.292.625 €	10.546 €	99,80%
Fonctionnement ordinaire	788.780 €	717.307 €	71.473 €	90,94%
Investissements mobiliers	0 €	0 €	0 €	-
Fonctionnement informatique	1.834.503 €	1.834.354 €	149 €	99,99%
Investissements informatiques	270.902 €	160.612 €	110.290 €	59,29%
Impôts et contentieux	32.225 €	0 €	32.225 €	0,00%
<b>TOTAL Gestion</b>	<b>8.229.581 €</b>	<b>8.004.898 €</b>	<b>224.683 €</b>	<b>97,27%</b>
<b>TOTAL Global</b>	<b>29.089.081 €</b>	<b>26.564.289 €</b>	<b>2.524.792 €</b>	<b>91,32%</b>

La première constatation que l'on peut faire de ce tableau est que le budget 2022 du FAM a été utilisé dans sa quasi-totalité. En effet, au niveau global, plus de 90% des moyens alloués au FAM ont été utilisés afin de réaliser ses missions et d'assurer son fonctionnement quotidien. On constate néanmoins une légère diminution par rapport à l'exercice 2021 où le taux d'utilisation était de plus de 95%. Cette diminution doit être fortement nuancée car elle résulte en réalité d'une augmentation du budget des missions de 4 millions d'euros réalisée en fin d'année afin de pouvoir couvrir l'entièreté des indemnités prévues et qui a comme impact de faire diminuer le taux d'utilisation du budget des missions en dessous de 90% alors que celui-ci était largement dépassé avant cette augmentation budgétaire.

Si on regarde plus en détail, on constate un dépassement budgétaire pour les postes liés aux expertises, au contentieux et aux indemnités classiques (< €1 million) mais qui est largement compensé par une sous-utilisation en ce qui concerne les sinistres catastrophiques.

Enfin, nous avons utilisé la quasi-totalité du budget de gestion (plus de 97%) ce qui représente une nette augmentation par rapport à l'année dernière où seul 90% du budget avait été utilisé. On remarquera que les budget de personnel et de fonctionnement informatiques, qui représentent les postes les plus importants du budget de gestion, ont été utilisés dans leur totalité.

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



## IV. Statistiques financières concernant les missions.

Dans cette partie, nous donnons des statistiques et informations concernant le coût de ces expertises.

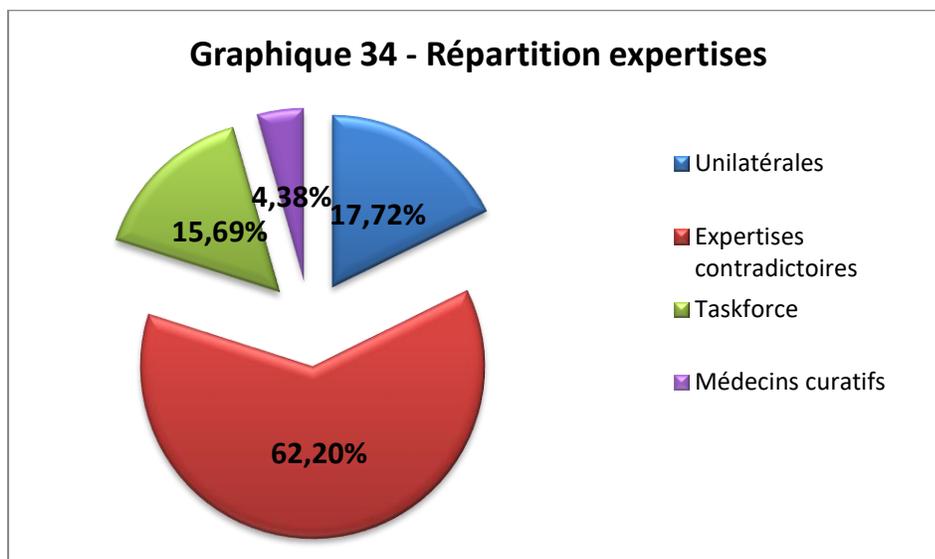
Les statistiques qui seront présentées ci-dessous concernent principalement le coût des expertises ainsi que la répartition des coûts entre les expertises unilatérales, les demandes d'avis auprès d'avocats (notamment pour la relecture des offres d'indemnisations et autres avis juridiques) et les expertises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

**Tableau 21 – Coûts des expertises et indemnisations**

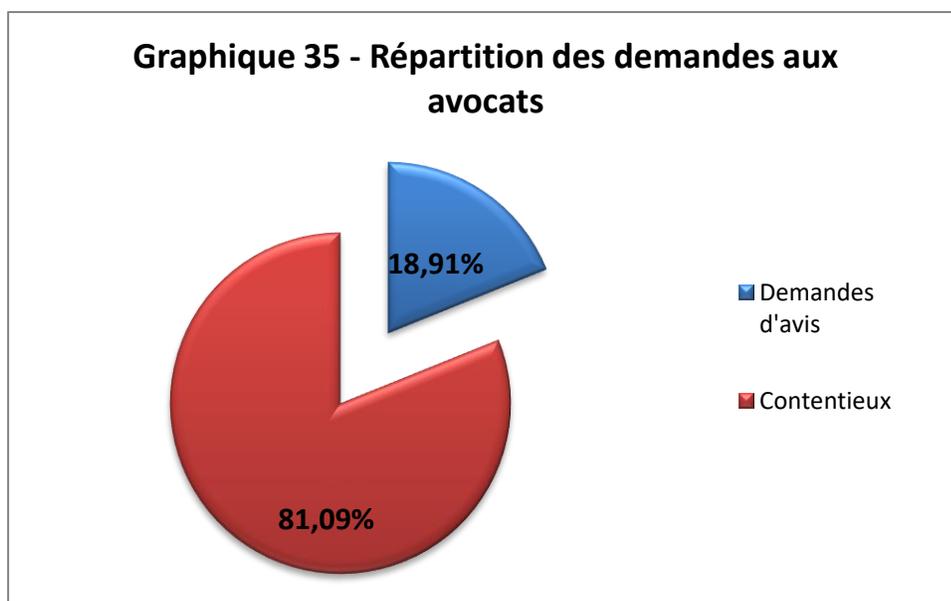
Type	Nombre d'expertises facturées / indemnisations versées	Montant total	Montant moyen
<b>EXPERTISES</b>	<b>6.958</b>	<b>11.284.382,38 €</b>	<b>1.621,79 €</b>
Unilatérales	1.233	1.463.756,68 €	1.187,15 €
Expertises contradictoires	4.328	9.463.337,38 €	2.186,54 €
Taskforce	1.092	326.891,60 €	299,35 €
Médecins curatifs	305	30.396,72 €	99,66 €
<b>FRAIS D'AVOCATS</b>	<b>2.956</b>	<b>5.797.930,24 €</b>	<b>1.961,41 €</b>
Demandes d'avis	559	1.002.971,14 €	1.794,22 €
Contentieux	2.397	4.794.959,10 €	2.000,40 €
<b>Indemnisations (Capital)</b>	<b>663</b>	<b>57.403.557,12 €</b>	<b>86.581,53 €</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>167</b>	<b>223.056,37 €</b>	<b>1.335,67 €</b>
<b>TOTAL</b>	<b>10.750</b>	<b>78.029.821,63 €</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 62,20% et 17,72% (graphique 34).

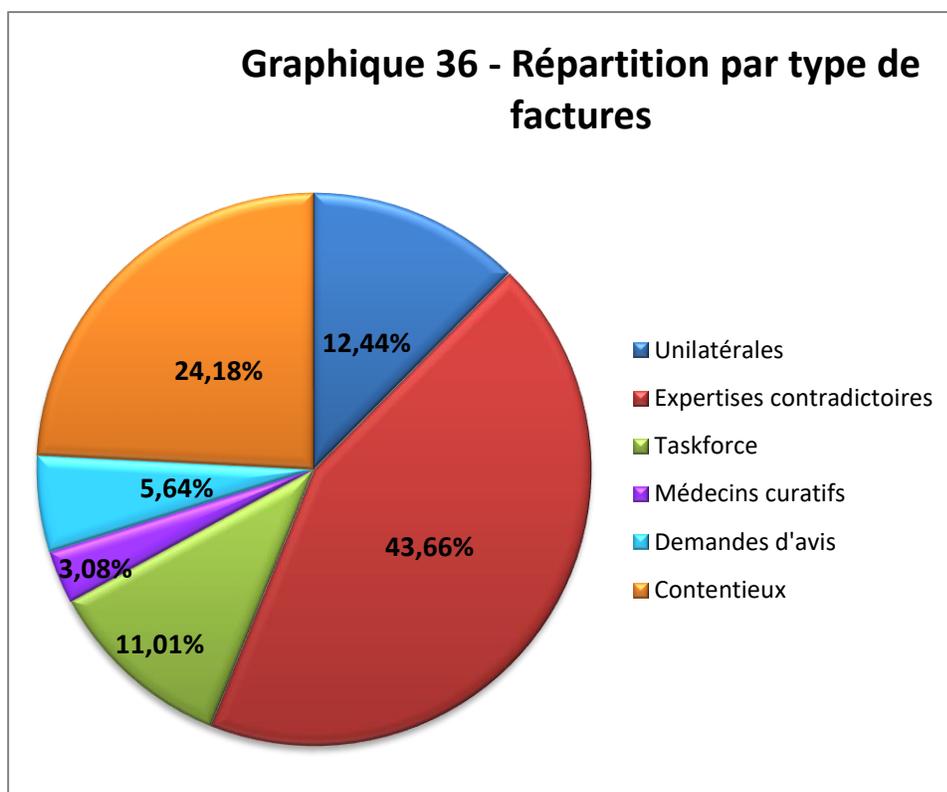
En ce qui concerne les autres types d'expertise, à savoir les expertises liées à la mise en place de la Taskforce et les analyses de dossiers réalisées par des médecins curatifs pour accélérer le traitement de certains dossiers, on constate que celles-ci représentent respectivement 15,69% et 4,38% de l'ensemble des expertises ce qui est relativement stable par rapport à l'année dernière.



Nous constatons également que 81% des demandes concernent la représentation du Fonds dans le cadre de procédures judiciaires. Il s'agit d'une augmentation de 5% par rapport à l'année précédente, ce qui confirme la tendance des dernières années (+7% en 2020 et 2021). En effet, le nombre de dossiers portés devant les tribunaux est en constante augmentation et cela se répercute sur les demandes auprès des avocats qui s'orientent désormais davantage sur les procédures judiciaires plutôt que de seulement donner des conseils et de relire des avis, tâches moins fréquentes au fil des années .



Enfin, les graphiques 34 et 35 nous permettent d'identifier qu'environ 70% des factures concernent des expertises demandées dans le cadre du traitement d'un dossier. Les factures relatives à des frais d'avocats représentant environ 30% des factures honorées. Ce constat est assez stable par rapport à l'année dernière.



En 2021, la mise en place de la Taskforce avait permis de diminuer la proportion des expertises contradictoires de 8% et celle des expertises unilatérales de 3%. Ce qui avait pour conséquence de diminuer le coût global des expertises étant donné le coût moyen très faible de ces expertises par rapport aux expertises unilatérales et contradictoires. En 2022, la tendance s'est poursuivie mais dans une moindre mesure. En effet, la proportion d'expertises contradictoires a diminué de 2% et celle des expertises unilatérales de 1%.

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 2.186,54 € par facture. Ensuite viennent les expertises judiciaires avec un coût moyen de 2.000,40 € par facture, les demandes d'avis avec un coût moyen de 1.794,22 € par facture et les expertises unilatérales avec un coût moyen de 1.187,15 € par facture.

Enfin, les coûts liés aux expertises menées dans le cadre de la Taskforce et par des médecins curatifs sont bien moins élevés puisque ceux-ci sont limités à 200 euros par dossier « Taskforce » et 100 euros par dossier pour les médecins curatifs.

En ce qui concerne les indemnisations, au 31/12/2022, le Fonds avait versé un total de 669 indemnisations dont 144 ont été payées en 2022.

Depuis sa mise en place, le Fonds a également procédé au versement de 167 rentes mensuelles et/ou annuelles dans le cadre de 8 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 669 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.

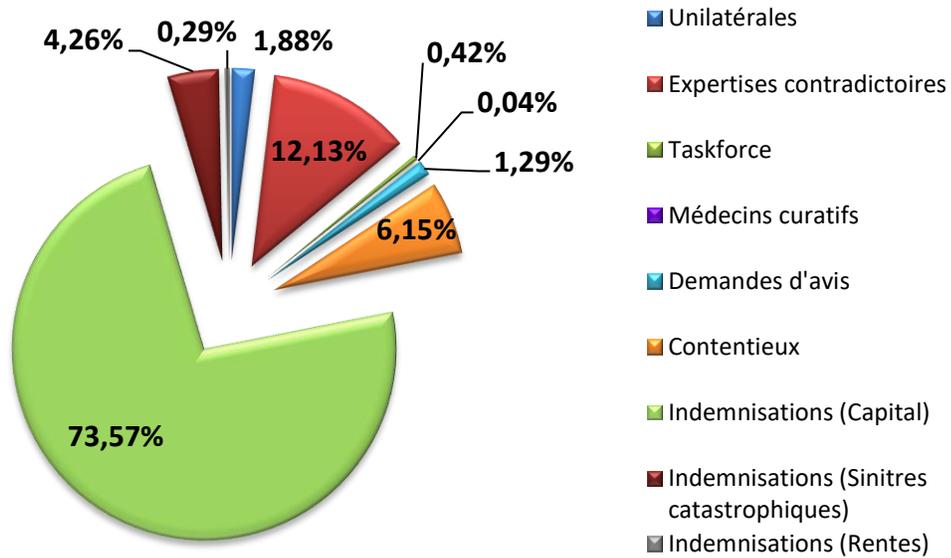
<b>Tableau 22 – Indemnisations payées par le Fonds (EUR)</b>					
<b>Mois</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>
Janvier	285.523,10 €	521.361,09 €	833.964,98 €	688.263,20 €	1.952.555,43 €
Février	404.444,09 €	1.253.431,20 €	1.123.910,45 €	828.869,27 €	475.865,22 €
Mars	371.501,02 €	457.445,19 €	1.027.410,15 €	937.088,86 €	838.599,12 €
Avril	456.491,33 €	601.514,04 €	969.580,92 €	835.481,65 €	561.017,63 €
Mai	363.930,07 €	446.993,97 €	110.176,45 €	996.796,69 €	750.827,90 €
Juin	1.167.514,26 €	336.663,25 €	634.729,02 €	645.924,89 €	1.621.677,34 €
Juillet	14.509,79 €	761.052,19 €	679.377,43 €	1.378.661,44 €	2.499.670,95 €
Août	317.362,01 €	39.037,54 €	328.055,40 €	2.691.057,93 €	678.783,64 €
Septembre	56.841,34 €	351.549,45 €	544.838,14 €	1.407.023,60 €	745.911,38 €
Octobre	142.535,02 €	34.614,66 €	1.170.907,62 €	1.878.564,49 €	2.489.929,35 €
Novembre	279.481,05 €	297.872,22 €	142.809,18 €	960.775,76 €	1.743.117,44 €
Décembre	369.199,92 €	618.718,61 €	889.301,43 €	866.396,20 €	2.027.129,65 €
<b>TOTAL</b>	<b>4.229.333,00 €</b>	<b>5.720.253,41 €</b>	<b>8.455.061,17 €</b>	<b>14.114.903,98 €</b>	<b>16.385.085,05 €</b>

La principale constatation que nous pouvons retirer de ce tableau est que la tendance d'une augmentation considérable des montants liés aux indemnisations, initiée en 2021, se poursuit en 2022 avec plus de 16 millions d'euros d'indemnisations versées aux victimes d'accidents médicaux ce qui représente une augmentation de plus de 2 millions par rapport à 2021 qui avait déjà été une année record pour le Fonds puisque les indemnisations avaient augmenté de 67%.

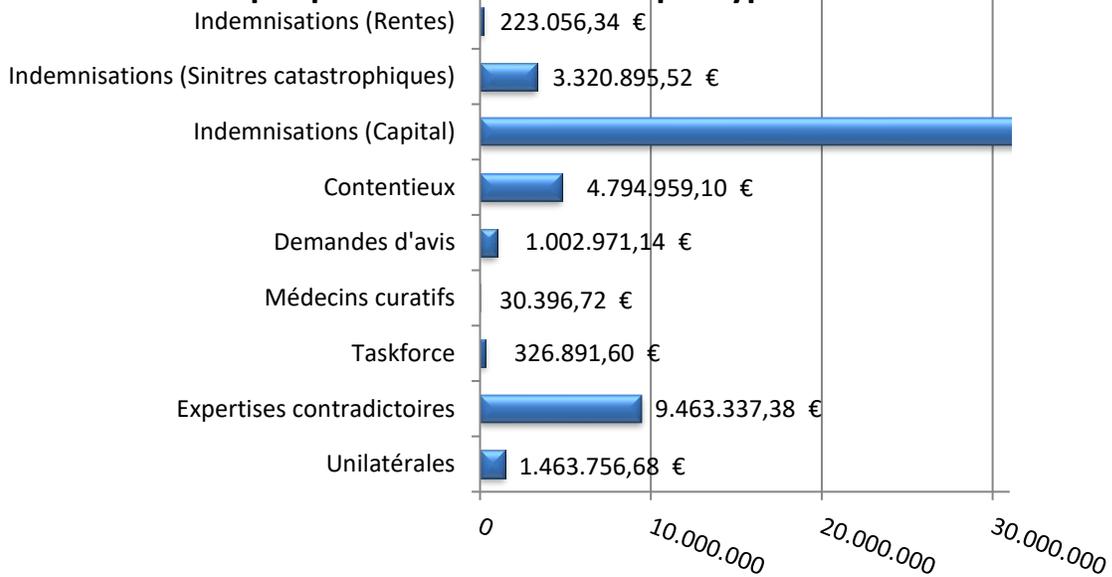
Cela démontre une nouvelle fois les efforts importants réalisés pour accélérer le traitement des dossiers et indemniser un maximum de victimes dans un délai le plus raisonnable possible.

Si on compare les montants des indemnisations avec ceux des expertises décrits ci-dessus, on constate que ceux-ci sont logiquement bien plus importants puisqu'ils représentent près de 74% du montant total des frais encourus par le Fonds depuis sa création.

**Graphique 37 - Ventilation par type de coût**



**Graphique 38 - Montant total par type de coût**



Terminons cette partie consacrée aux données financières en évoquant les récupérations perçues par le Fonds suite à une indemnisation. Alors qu'en 2021, le Fonds avait perçu, dans le cadre de 12 dossiers un montant total de 532.966,41 €, il n'a récupéré en 2022 qu'un montant de 183.649,18 € dans le cadre de 5 dossiers.

Le tableau ci-dessous permet de constater l'ensemble des montants récupérés et reçu 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 23 – 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>Total nombre</b>	<b>54</b>	<b>27</b>	<b>24</b>
<b>Total montant</b>	<b>186.882,44 €</b>	<b>74.709,90 €</b>	<b>1.187.744,07 €</b>

On constate bien évidemment que le montant d'indemnisations constitue (cf. tableau 23) la principale catégorie des montants récupérés puisqu'il représente plus de 86% de celles-ci.



