

# Vergoeding van schade ten gevolge van gezondheidszorg – Fase V: Budgettaire impact van de omzetting van het Franse systeem in België

*KCE reports 107A*

## Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg

Voorstelling : Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg is een parastatale, opgericht door de programma-wet van 24 december 2002 (artikelen 262 tot 266) die onder de bevoegdheid valt van de Minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken. Het Centrum is belast met het realiseren van beleidsondersteunende studies binnen de sector van de gezondheidszorg en de ziekteverzekering.

### Raad van Bestuur

Effectieve leden : Gillet Pierre (Voorzitter), Cuypers Dirk (Ondervoorzitter), Avontroodt Yolande, De Cock Jo (Ondervoorzitter), De Meyere Frank, De Ridder Henri, Gillet Jean-Bernard, Godin Jean-Noël, Goyens Floris, Kesteloot Katrien, Maes Jef, Mertens Pascal, Mertens Raf, Moens Marc, Perl François, Smiets Pierre, Van Massenhove Frank (Ondervoorzitter), Vandermeeren Philippe, Verertbruggen Patrick, Vermeyen Karel.

Plaatsvervangers : Annemans Lieven, Bertels Jan, Collin Benoît, Cuypers Rita, Decoster Christiaan, Dercq Jean-Paul, Désir Daniel, Laasman Jean-Marc, Lemye Roland, Morel Amanda, Palsterman Paul, Ponce Annick, Remacle Anne, Schrooten Renaat, Vanderstappen Anne.

Regeringscommissaris : Roger Yves

### Directie

Algemeen Directeur a.i. : Jean-Pierre Closon

Adjunct-Algemeen Directeur a.i. : Gert Peeters

### Contact

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE)  
Administratief Centrum Kruidtuin, Doorbuilding (10e verdieping)  
Kruidtuinlaan 55  
B-1000 Brussel  
Belgium

Tel: +32 [0]2 287 33 88

Fax: +32 [0]2 287 33 85

Email : [info@kce.fgov.be](mailto:info@kce.fgov.be)

Web : <http://www.kce.fgov.be>

---

Vergoeding van schade ten  
gevolge van gezondheidszorg.  
Fase V: Budgettaire impact  
van de omzetting van het  
Franse systeem in België

---

*KCE Reports 107A*

BENOIT-LAURENT YERNA, XAVIER MARECHAL, MICHEL DENUIT,  
JEAN-PIERRE CLOSON, IMGARD VINCK

*Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg  
Centre fédéral d'expertise des soins de santé  
2009*

## KCE Reports I07A

- Titel:** Vergoeding van schade ten gevolge van gezondheidszorg – Fase V: Budgettaire impact van de omzetting van het Franse systeem in België
- Auteurs:** Benoit-Laurent Yerna (REACFIN), Xavier Maréchal (REACFIN), Michel Denuit (REACFIN), Jean-Pierre Closon (KCE), Imgard Vinck (KCE),.
- Externe experts:** Eric Houtevels (ANMC), Rita Thys (Assuralia), Annie Jaumotte (Fortis)
- Validatoren:** Dominique Martin (ONIAM), Elisabeth Vandermeulen (Ethias), Thierry Vansweevelt (UA).
- Belangenconflict:** Rita Thys, Annie Jaumotte en Elisabeth Vandermeulen werken in de verzekeringssector. Thierry Vansweevelt is advocaat voor de zaken van medische aansprakelijkheid van een verzekeringsinstelling. Reactfin is een consultancybureau dat gespecialiseerd technisch advies verleent aan verschillende actoren op de financiële markt, onder wie ook de verzekeraars.
- Disclaimer:** De externe experts en validatoren werkten samen aan de opmaak van het wetenschappelijke rapport, maar zijn niet verantwoordelijk voor de aanbevelingen aan de overheid. De aanbevelingen aan de overheid werden opgesteld door het KCE.

**Lay-out:** Ine Verhulst

Brussel, 30 maart 2009

Studie nr. 2008-54

Domein: Health Services Research (HSR)

MeSH: Insurance, Liability; Actuarial Analysis; Malpractice, Adverse Effects

NLM-classificatie: HG 8054

Taal: Nederlands, Engels

Formaat: Adobe® PDF™ (A4)

Wettelijke neerlegging: D/2009/10.273/16

De gedeeltelijke reproductie van dit document is toegestaan op voorwaarde dat de bron wordt vermeld. Dit document kan worden gedownload op de website van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.

Hoe refereren naar dit rapport?

Yerna BL, Maréchal X, Denuit M, Closon JP, Vinck I. Vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg – Fase V: Budgettaire impact van de omzetting van het Franse systeem in België; Health Services Research (HSR). Brussel, Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE); 2009; KCE Reports I07A; D/2009/10.273/16



## VOORWOORD

De vergoeding van schade ten gevolge van gezondheidszorg is een onderwerp dat reeds veel inkt heeft doen vloeien op het KCE. Dit rapport is dan ook het vijfde rapport dat gewijd wordt aan dit thema. De opeenvolging van rapporten toont de complexiteit aan van deze materie, niet alleen omwille van de juridische revolutie die het kan teweegbrengen, maar ook omdat een dergelijke hervorming gepaard gaat met budgettaire onzekerheid.

We hebben hier te maken met een typisch voorbeeld van wetenschappelijke onderbouwing die nodig is vooraleer er een beslissing kan worden genomen. Tijdens dit proces lag de bal afwisselend in het kamp van de beleidsmakers en in dat van het KCE, waarbij elke keer het debat tot meer duidelijkheid leidde. De vraag bestond er deze keer in de kost te schatten van het instellen van het Franse systeem in België.

Deze voorbeeldoefening zou niet mogelijk zijn geweest zonder de samenwerking met Assuralia en het ONIAM die ons respectievelijk Belgische en Franse gegevens ter beschikking hebben gesteld die absoluut noodzakelijk waren om te gevraagde schattingen te maken. We hebben opnieuw een beroep gedaan op de actuariële competenties van REACFIN om met deze gegevens binnen een zeer korte termijn tot conclusies te komen.

Er rest ons nog enkel te hopen dat deze opeenstapeling van denkoefeningen, gegevens, competenties en rapporten uiteindelijk leidt tot een gunstigere situatie voor de slachtoffers van therapeutische ongevallen...

Gert Peeters  
Adjunct Algemeen Directeur a.i.

Jean-Pierre Closon  
Algemeen Directeur a.i.

## Samenvatting

### METHODOLOGIE

De doelstelling van deze studie is enerzijds het functioneren te beschrijven van het Franse systeem voor de vergoeding van slachtoffers van medische schade en anderzijds de budgettaire impact te berekenen van het toepassen van een dergelijk systeem in België.

Aangezien de bijzonderheden van het systeem dat in België zal worden ingevoerd op het moment van deze studie niet bekend zijn, is de kost berekend op basis van de modaliteiten van het huidige Franse systeem. De Franse statistieken betreffende de frequenties van de verschillende types schadegevallen (nosocomiale infecties, uitzonderlijke schadegevallen e.a.) zijn geëxtrapoleerd naar de Belgische situatie.

Voor wat betreft de kosten, werden de gegevens gebruikt die ter beschikking werden gesteld door Assuralia nadat werd geverifieerd of ze vergelijkbaar waren met de kosten in het Franse systeem. Aan de hand van deze gegevens werden de gemiddelde kosten van de door het Fonds te vergoedbare schadegevallen berekend.

Uiteindelijk dienden de gemiddelde kosten te worden vermenigvuldigd met het aantal vergoedbare schadegevallen in het nieuwe systeem. Om te komen tot de globale kost van een systeem vergelijkbaar aan het Franse, werden aan de totale kost de kosten van uitzonderlijke schadegevallen, de kosten van schade ten gevolge van nosocomiale infecties en de administratiekosten toegevoegd.

### GEBRUIKTE GEGEVENS

De gegevens die in voorgaande fases zijn gebruikt en herhaaldelijk zijn gevalideerd werden in deze studie opnieuw gebruikt<sup>a</sup>.

Daarnaast zijn bijkomende Franse en Belgische gegevens gebruikt in het rapport :

- Gegevens uit de jaarverslagen of de activiteitenverslagen van verschillende Franse instellingen zoals die van de Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM), het Observatoire des risques médicaux (ORM) en het Office National d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM); op te merken is dat de Franse gegevens niet altijd statistisch betrouwbaar zijn.
- Belgische gegevens over prevalentie van nosocomiale infecties uit de betreffende KCE rapporten<sup>b</sup>;
- Gegevens van een bijkomende steekproef ingezameld voor deze studie door Assuralia. Er werden gegevens bekomen voor 495 schadegevallen, waarvan 131 zware schadegevallen (totale kost > 15.000 €) en 364 standaard schadegevallen, telkens voorzien van de graad van Blijvende Gedeeltelijke Invaliditeit (hierna BGI) (zie tabel 1) en het aantal dagen Tijdelijke ArbeidsOngeschiktheid (hierna TAO) (zie tabel 2).

---

a [http://www.kce.fgov.be/index\\_nl.aspx?SGREF=5272&CREF=5359](http://www.kce.fgov.be/index_nl.aspx?SGREF=5272&CREF=5359);  
[http://www.kce.fgov.be/index\\_nl.aspx?SGREF=5272&CREF=7199](http://www.kce.fgov.be/index_nl.aspx?SGREF=5272&CREF=7199)  
[http://www.kce.fgov.be/index\\_nl.aspx?SGREF=5272&CREF=10446](http://www.kce.fgov.be/index_nl.aspx?SGREF=5272&CREF=10446)

b [http://www.kce.fgov.be/index\\_nl.aspx?SGREF=5272&CREF=11851](http://www.kce.fgov.be/index_nl.aspx?SGREF=5272&CREF=11851)

**Tabel 1 : Verdeling van de schadegevallen per graad van BGI (verhaal<sup>c</sup> inbegrepen)**

Graad van B.G.I.	Zware schadegevallen	% zware schadegevallen	Standaard schadegevallen	% Standaard schadegevallen	Totaal
<10%	45	34%	356	98%	401
10% ≤ x < 25%	27	21%	2	1%	29
25% ≤ x < 50%	19	15%	1	0%	20
50% ≤ x < 100%	15	11%	0	0%	45
Overlijden	25	19%	5	1%	
Totaal	131	100%	364	100%	495

**Tabel 2 : Verdeling van de schadegevallen per aantal dagen TAO (verhaal inbegrepen)**

Aantal dagen TAO	Zware schadegevallen	% zware schadegevallen	Standaard schadegevallen	% Standaard schadegevallen	Totaal
0 j	39	30%	199	55%	238
0j < y ≤ 100d	38	29%	158	43%	196
100j < y ≤ 182d	25	19%	7	2%	32
182j < x ≤ 360d	11	8%	0	0%	11
>360d	18	14%	0	0%	18
Totaal	131	100%	364	100%	495

Uit de tabellen 1 en 2 kan men afleiden dat er een oververtegenwoordiging is van de zware schadegevallen bij de zwaardere graden van BGI en bij de langere perioden van TAO. De meerderheid van de standaard schadegevallen bevindt zich in de eerste schijf van BGI graad en TAO.

Voor elk van deze schadegevallen hebben de verzekeringsmaatschappijen het detail kunnen weergeven van de kosten met opsplitsing naar de bedragen die effectief betaald zijn aan de slachtoffers en het verhaal van de mutualiteiten (zie tabel 3).

c In casu: het recht van de ziekenfondsen om de vergoedingen die zij hebben uitgekeerd aan slachtoffers in het kader van de verplichte ziekteverzekering terug te vorderen van (in praktijk meestal de verzekeraar van) degene die aansprakelijk is voor de schade.

## BESCHRIJVING VAN HET FRANSE SYSTEEM

In Frankrijk bestaan het systeem van burgerlijke aansprakelijkheid in het geval van een medische fout en de mogelijkheid tot vergoeding van schade naar aanleiding van een therapeutisch ongeval zonder dat er een fout kan worden weerhouden naast elkaar. In het eerste geval wordt de schade vergoed door de verzekeraars van diegene of de instelling door wiens fout de schade is veroorzaakt, in het tweede geval worden voor de schadegevallen van na 5 september 2001 die een zekere graad van ernst vertonen de schade vergoed in het kader van de nationale solidariteit door het ONIAM.

Patiënten of hun rechthebbenden hebben de keuze om een klacht in te dienen bij de burgerlijke rechtbanken of bij de “Commissions Régionales de Conciliation et d’Indemnisation” (hierna CRCI). Zowel de rechtbanken als de CRCI kunnen beslissen dat de schadevergoeding zal worden toegekend door de verzekeraar van de zorgverstrekker of van de verzorgingsinstelling indien een fout kon worden aangetoond.

Indien een rechtbank beslist dat het ONIAM de schade dient te vergoeden, zal zij ook bedrag ten laste van het Fonds bepalen. Indien deze beslissing wordt genomen door een CRCI bepaalt deze welke posten dienen te worden vergoed. Het ONIAM beslist dan zelf over het bedrag op basis van een indicatieve tabel (« Référentiel indicatif »).

Indien geen fout kan worden weerhouden, komt het schadegeval in aanmerking voor vergoeding door het ONIAM indien voldaan is aan de volgende voorwaarden:

- De schade dient het gevolg te zijn van het uitvoeren van een interventie van gezondheidszorg, preventie of diagnostiek na 5 september 2001
- De schade moet een zekere graad van ernst vertonen:
  - Hetzij een BGI van ten minste 24 %
  - Hetzij een TAO van 6 opeenvolgende maanden of 6 niet opeenvolgende maanden binnen een tijdspanne van 1 jaar
  - In uitzonderlijke gevallen indien:
    - Het slachtoffer definitief ongeschikt is verklaard om zijn professionele activiteit uit te oefenen
    - Het ongeval leidt tot bijzonder ernstige verstoringen in de levensomstandigheden
- De schade moet een abnormaal gevolg zijn van de interventie rekening houdend met de aanvankelijke gezondheidstoestand van de patiënt

Schade ten gevolge van nosocomiale infecties komt in aanmerking voor vergoeding indien er een BGI is van ten minste 24 % of bij overlijden. De schadevergoeding die in deze gevallen automatisch wordt betaald door het ONIAM kan achteraf worden verhaald op de zorginstelling indien geen vreemde oorzaak (bijvb. de patient was reeds drager van de ziektekiemen, overmacht zoals natuurramp, ...) kon worden aangetoond of op de zorgverstrekker indien men kon aantonen dat deze een fout heeft begaan.

Het ONIAM vergoedt enkel het deel na aftrek van de tussenkomst door de sociale zekerheid.



# EVALUATIE VAN DE KOST VAN DE OMZETTING VAN HET FRANSE SYSTEEM IN BELGIE: RESULTATEN

## FREQUENTIE

In fase III<sup>d</sup> en IV<sup>e</sup> van deze studie werd reeds een methodologie ontwikkeld om het totaal aantal potentieel vergoedbare schadegevallen ten gevolge van medische ongevallen te schatten, ongeacht of er fout was van de zorgverstrekker of de zorginstelling en ongeacht de ernst van de schade. Op basis van deze methodologie en nieuwe gegevens van het CBFA kan het aantal klachten medische burgerlijke aansprakelijkheid (hierna BA) per jaar worden geschat op 1851. Hiervan leidt volgens één van de verzekeringsmaatschappijen die gegevens hebben verschaft, slechts 30 % tot een vergoeding van het slachtoffer. Aan de schadegevallen met medische BA moeten de schadegevallen met BA voor de ziekenhuizen worden toegevoegd, die waarschijnlijk ook zullen worden vergoed in het nieuwe systeem. Op basis van de resultaten van fase II kan men vaststellen dat zij 63% uitmaken van de medische BA. Op die manier komt men aan een geschat aantal van  $0.30 \times 1.63 \times 1851 = 905$  schadegevallen per jaar.

Er dient bovendien rekening te worden gehouden met de stijging van het aantal schadegevallen die kunnen worden vergoed omdat de fout niet meer moet worden bewezen. Op basis van de resultaten van fase II kan deze factor worden geschat op 9,45. Het aantal mogelijks aangegeven schadegevallen in het nieuwe systeem bedraagt dan  $9.45 \times 905 = 8556$  per jaar.

Hiervan wordt aangenomen dat ongeveer 60 % (dit percentage werd gevalideerd in fase IV van deze studie) potentieel vergoedbaar is. Er zullen bijgevolg  $0.60 \times 8556 = 5133$  dossiers in aanmerking komen voor schadevergoeding.

## AANTAL SCHADEGEVALLEN DAT AAN DE FRANSE ONTVANKELIJKHEIDSCRITERIA VOLDOET

Vervolgens dient het aantal schadegevallen te worden bepaald dat aan de Franse ontvankelijkheidscriteria betreffende de BGI en/of TAO voldoet. De kans dat een zwaar schadegeval of een standaard schadegeval aan de Franse objectieve ontvankelijkheidscriteria betreffende de BGI en/of TAO voldoet, werd geschat aan de hand van de gegevens van de databases uit de vorige fases: de globale kost van alle dossiers "medische BA" die werden afgesloten tussen 2001 en 2005 en de steekproef voorgesteld in tabel 1 en 2.

Naast de objectieve ontvankelijkheidscriteria betreffende de BGI en TAO dient ook de kans te worden berekend dat een schadegeval wordt vergoed door toepassing van de subjectieve uitzonderingsgevallen. Volgens de laatste 4 jaarverslagen van de CNAM is ongeveer 17 % van de door het ONIAM toegekende schadevergoeding gebaseerd op de toepassing van de uitzonderingsgevallen.

Hieruit werd de kans dat een schadegeval zou voldoen aan de Franse ontvankelijkheidscriteria geschat op 0.09157.

Het aantal ontvankelijke (zware of standaard-) schadegevallen in België zou dus  $9.16\% \times 5133 = 470$  bedragen.

<sup>d</sup> [http://www.kce.fgov.be/index\\_nl.aspx?SGREF=5272&CREF=7199](http://www.kce.fgov.be/index_nl.aspx?SGREF=5272&CREF=7199)

<sup>e</sup> [http://www.kce.fgov.be/index\\_nl.aspx?SGREF=5272&CREF=10446](http://www.kce.fgov.be/index_nl.aspx?SGREF=5272&CREF=10446)

Als men zich baseert op het Franse systeem, zouden deze 470 schadegevallen ofwel via het solidariteitssysteem ofwel via de gerechtelijke weg kunnen worden afgehandeld. In het Franse systeem komt het ONIAM bijna uitsluitend tussen via de CRCI.

In 2006 kwamen 32 % van de zware schadegevallen bij het ONIAM terecht via de CRCI. De standaard schadegevallen komen echter zelden bij de CRCI terecht aangezien zij vaak de drempel van de ontvankelijkheidscriteria niet halen. Een voorzichtige schatting laat dus toe te stellen dat  $32\% \times 470 = 150$  schadegevallen zouden leiden tot een gunstig advies tot vergoeding van de CRCI.

## AANTAL TE VERGOEDEN SCHADEGEVALLLEN DOOR HET FONDS

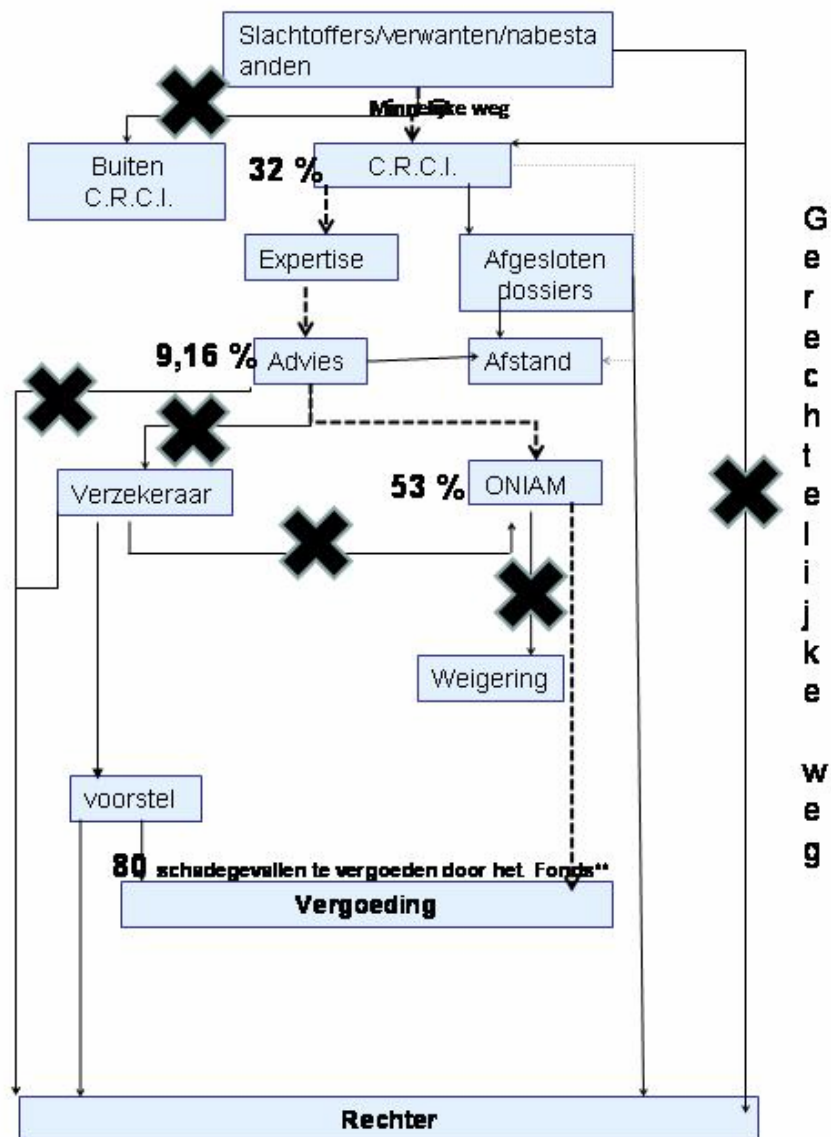
Het advies van de CRCI leidt systematisch tot een vergoeding van ofwel de verzekeraar indien een fout van de zorgverstrekker of van de verzorgingsinstelling kon worden weerhouden, ofwel door het Fonds indien er geen fout kon worden weerhouden, ofwel door beide partijen. Op basis van de statistieken van het CNAM blijkt dat 53 % van de aanvragen tot vergoeding door de CRCI aan het ONIAM zijn gericht.

Indien men dit percentage toepast op het aantal vergoedbare schadegevallen bekomt men het aantal schadegevallen dat effectief zou worden vergoed door het Fonds, zijnde  $0.53 \times 150 = 80$ .

Het volgende schema (Figuur 1) zet de gevolgde etappes nog eens op een rij. De pijlen in stippellijn stellen de weg voor die is gevolgd voor de schatting van het aantal schadegevallen dat vergoedbaar is door het ONIAM. De zwarte kruisen zijn elementen die niet in rekening dienden te worden gebracht bij de evaluatie van de kost van de omzetting van het Franse systeem naar België ofwel omdat ze niet representatief waren in de globale kost ten laste van het Fonds.

Figuur I : Beschrijvend schema

**$1.851 \times 0,3 \times 1,63 \times 9,45 \times 0,6 = 5.133$   
schadegevallen\***



\* De resultaten zijn weergegeven zonder decimalen in deze studie maar de berekeningen zijn op een exacte manier gebeurd

\*\* Buiten de uitzonderlijke/catastrofale schadegevallen en de schadegevallen ten gevolge van een nosocomiale infectie

## GEMIDDELDE KOST VAN DE DOOR HET FONDS VERGOEDBARE SCHADEGEVALLEN

De tabel 3 hieronder geeft per rij de gemiddelde kost weer van de zware, standaard en ontvankelijke schadegevallen, met en zonder verhaal van de mutualiteiten uit de steekproef van Assuralia. Dit laat een vergelijking met de Franse gegevens toe. Er kan worden vastgesteld dat de gemiddelde kosten met verhaal meestal hoger zijn dan deze zonder verhaal. Het verschil situeert zich vooral bij de ontvankelijke schadegevallen omwille van de verhaalde medische kosten en de economische schade.

Er dient evenwel te worden opgemerkt dat de gemiddelde kosten van de zware schadegevallen met verhaal lager ligt dan deze zonder verhaal. De reden hiervoor is dat het aantal schadegevallen dat als “zwaar” kan worden geclassificeerd zonder verhaalskosten van 114 stijgt naar 131 gevallen indien men er de kosten van verhaal wel bijtelt. Deze  $131-114=17$  schadegevallen hebben een relatief lage kost (verhaal inbegrepen) zodat de gemiddelde kost naar beneden wordt gehaald.

**Tabel 3 : Gemiddelde kost van schadegevallen (cijfers 2003)**

	Zonder verhaal	Verhaal inbegrepen
Gemiddelde kost van standaard schadegevallen	3.548€	3.777€
Gemiddelde kost van zware schadegevallen	80.522€	79.372€
<b>Gemiddelde kost van ontvankelijke schadegevallen</b>	<b>97.706€</b>	<b>107.163€</b>

Er werd door Assuralia nog een bijkomende steekproef ter beschikking gesteld met 12 ontvankelijke schadegevallen. De gemiddelde kost van deze schadegevallen zonder verhaal en met verhaal bedroeg respectievelijk 108 808€ en 132 935€ (cijfers van 2007).

Deze cijfers zijn coherent met de resultaten uit bovenstaande tabel. Indien men de inflatiegraad op 3% per jaar schat, bedraagt de gemiddelde kost van de ontvankelijke schadegevallen met verhaal 120 613 € in 2007.

Er werd aangetoond met statistische testen dat de kosten van de vergoedingen in het Franse systeem overeen komen met deze voor de Belgische markt. De kost van uitzonderlijke schadegevallen werd hierbij niet in rekening gebracht.

De gemiddelde kost van een schadegeval ten laste van het Fonds zou rekening houdend met een inflatiepercentage van 3% per jaar  $107\ 163 \times (1.03)^6 = 127\ 958€$  bedragen in 2009.

## TOTALE KOST VAN HET SYSTEEM

De globale kost van de vergoede schadegevallen (de nosocomiale infecties en de uitzonderlijke schadegevallen uitgezonderd) zou dan  $80 \times 127\,958 = 10\,236\,640$  € bedragen. Deze schatting houdt evenwel geen rekening met de mogelijkheid voor het slachtoffer om het vergoedingsvoorstel van het Fonds te weigeren.

### Uitzonderlijke schadegevallen

De kosten voor uitzonderlijke schadegevallen in België ten laste van het Fonds worden in 2009 op 4 186 288€ geschat. Dit bedrag is een zeer voorzichtige schatting vergeleken met de Franse statistieken. In totaal komen we dus aan een globale kost van 14.4 miljoen €.

### Subsidiariteit

In de veronderstelling dat het Belgische Fonds enkel subsidiair zou tussenkomen (dwz na aftrek van de terugbetalingen die door de sociale zekerheid en tussenkomsten door aanvullende verzekeringen) zou de gemiddelde kost van een schadegeval in 2009,  $97\,706 \times (1.03)^6 = 116\,666$  € bedragen. De globale kost zonder verhaal ten laste van het nieuwe systeem zou dan 13 miljoen € bedragen, uitzonderlijke schadegevallen inbegrepen.

### Nosocomiale infecties

Het KCE heeft in een recente studie aangetoond dat de prevalentie van nosocomiale infecties in België sterk gelijklopend is met de situatie in Frankrijk<sup>f</sup>. Er werd geschat dat per jaar ongeveer 125 500 patiënten slachtoffer worden van een nosocomiale infectie en dat 2 625 patiënten er aan overlijden. Aangezien het aandeel van de nosocomiale infecties in de factor 9.45 niet gekend is, zijn we er voorzichtigheidshalve van uit gegaan dat er geen nosocomiale infecties begrepen zijn in de factor 9.45.

In het Franse systeem zijn 25% van de vergoede schadegevallen (via de CRCI) vergoed ingevolge een nosocomiale infectie. Van deze 25%, wordt slechts 30% vergoed door het ONIAM. Indien men de Franse gegevens omzet naar de gevallen uit de bijkomende steekproef aangeleverd door Assuralia komt dit voor België neer op 17 te vergoeden schadegevallen ten gevolge van nosocomiale infecties, waarvan 10 overleden en 7 gevallen met invaliditeit (van ten minste 24%).

We gaan ervan uit dat de gemiddelde kost van een schadegeval ten gevolge van een nosocomiale infectie dezelfde is dan de gemiddelde kost van een ontvankelijk schadegeval ten gevolge van een therapeutisch ongeval, zij het 127 958 € in 2009 (met verhaalskosten) en anderzijds dat de kost van een overlijden ten gevolge van een nosocomiale infectie ongeveer de helft bedraagt van een schadegeval met invaliditeit als gevolg, hetzij 63 979 €. De globale kost ten laste van het fonds zou dus worden vermeerderd met  $(10 \times 63\,979) + (7 \times 127\,958) = 1.5$  miljoen € met verhaalskosten. De nosocomiale infecties zouden in het slechtste geval dus de factuur met 10.65% verhogen. Zonder verhaalskosten, zou de meerkost  $(10 \times 50\,833) + (7 \times 101\,666) = 1.2$  miljoen € bedragen, ofwel 9.36% meer.

Deze schatting is gebaseerd op de hypothese dat de Belgische wetgeving het Franse systeem exact overneemt. In Frankrijk bestaat er een vermoeden van aansprakelijkheid in hoofde van de ziekenhuizen in het geval van nosocomiale infecties. Dit heeft tot gevolg dat de meerderheid van deze dossier ten laste van de verzekeraars vallen. Indien deze hypothese niet wordt weerhouden in de Belgische wet, dient men 37 schadegevallen ten gevolge van nosocomiale infecties bij te tellen ten laste van het Fonds. Aangezien de gemiddelde kost van een dergelijk schadegeval (zonder verhaal) 72 000 € bedraagt, zou de kost ten laste van het Fonds kunnen vermeerderd worden met  $37 \times 72\,000$  € = 2.6 miljoen €.

<sup>f</sup> [http://www.kce.fgov.be/index\\_nl.aspx?SGREF=5272&CREF=11851](http://www.kce.fgov.be/index_nl.aspx?SGREF=5272&CREF=11851)

## Administratiekosten

De administratiekosten stonden in Frankrijk tussen 2005 en 2007 voor ongeveer 10 % van de totale uitgaven van het Fonds of ongeveer 11.1 % van de schadevergoedingen van uitgekeerd aan de slachtoffers.

In Zweden en in Denemarken bedragen de administratiekosten tussen 18 en 20 % van de schadevergoedingen. Een realistische schatting voor België is een administratiekost (inbegrepen de kost van expertise en advocaten) van ongeveer 15% van de schadevergoedingen uitgekeerd aan de slachtoffers, rekening houdend met het feit dat een systeem van regionale commissies (CRCI) die de grootste administratiekosten genereren in Frankrijk voor België niet aangewezen is, gezien de grootte van het land.

De administratiekosten zonder verhaalskosten zouden dan tussen 2 en 2.5 miljoen € liggen (afhankelijk van of de nosocomiale infecties al dan niet in rekening worden gebracht), met ongetwijfeld een hogere kost voor de installatie van het systeem gedurende de eerste twee jaren.

## KOST PER KALENDERJAAR

De jaarlijkse kost die hierboven werd berekend zal worden uitgekeerd volgens een regelmaat vergelijkbaar aan de Franse en zal worden geëxtrapoleerd om rekening te houden met de kosten van inflatie.

De eerste jaren zullen de kosten er dus als volgt uitzien:

	Hypothese 1*	Hypothese 2	Hypothese 3
Eerste jaar	4 497 183	4 777 781	5 385 744
Tweede jaar	9 761 295	10 628 343	12 506 948
Derde jaar	12 718 845	13 909 592	16 489 542
Vierde jaar	14 737 962	16 117 739	19 107 257
Vijfde jaar	16 023 440	17 523 564	20 773 834
Zesde jaar	17 372 782	18 999 233	22 523 210

**\*Hypothese 1** : Het aantal mogelijks aangegeven schadegevallen, geschat in de vorige rapporten, bevat de nosocomiale infecties.

**Hypothese 2** : Het aantal mogelijks aangegeven schadegevallen, geschat in de vorige rapporten, bevat de nosocomiale infecties niet, maar gaat uit van het vermoeden van aansprakelijkheid voor de ziekenhuizen voor wat betreft de nosocomiale infecties, zoals in Frankrijk.

**Hypothese 3** : Het aantal mogelijks aangegeven schadegevallen, geschat in de vorige rapporten, bevat de nosocomiale infecties niet en veronderstelt geen vermoeden van aansprakelijkheid voor de ziekenhuizen in geval van nosocomiale infecties

## CONCLUSIES

- Vanuit budgettair standpunt biedt een wijziging van de rechtsregels en het invoeren van een systeem gelijkaardig aan het Franse systeem interessante perspectieven. Ze maakt het mogelijk een groter aantal schadegevallen (vanaf een zekere graad van ernst) te vergoeden dan in het huidige systeem en dit met een beperkte meerkost.
- De totale kost zonder verhaalkosten van het Fonds, zou tussen 15 en 19.4 miljoen € liggen indien alle aangegeven schadegevallen hetzelfde jaar zouden worden uitbetaald. Met verhaalskosten komt dit neer op een bedrag tussen 16.6 en 22.2 miljoen €.
- Rekening houdend met het feit dat de zwaarste kosten zich de eerste twee jaar voordoen (1 500 000 € voor 2009 en 500 000 € voor 2010), zou de totale kost ten laste van het fonds tijdens het eerste jaar van werking tussen 4.5 en 5.4 miljoen € liggen.

## AANBEVELINGEN

- Er wordt geen regionaal systeem voorzien gelijkaardig aan de Franse CRCI. Gezien het belang van de beslissing om het slachtoffer al dan niet te vergoeden, is een tweede controle, onafhankelijk van de beslissingen genomen door het Fonds wenselijk.
- Het definiëren van een minimum graad van ernst, zoals in Frankrijk, laat een opening voor mogelijke misbruiken. Zo is het denkbaar dat experts schadegevallen met invaliditeit die net onder de drempelwaarde vallen zouden gelijkstellen met de drempelwaarde. Een mogelijke tegemoetkoming hieraan is het instellen van een graduele vergoeding. Zo zouden vergoedbare schadegevallen met een B.G.I. tussen 20 en 25 % deels kunnen worden vergoed en vanaf 25 % volledig. Een dergelijke oplossing heeft uiteraard een meerkost voor het systeem.
- De indicatieve tabel die vandaag vaak gebruikt wordt door rechters voor de schadebegroting zou ook door het Fonds moeten worden gebruikt als leidraad. Op die manier komt men tot een harmonisatie van de vergoeding van slachtoffers van om het even welk type ongeval.
- Het toepassen van subjectieve ontvankelijkheidscriteria (in uitzonderlijke gevallen) naar analogie van het Franse systeem zou best worden vermeden. Indien ze toch worden toegepast, is het belangrijk de nodige aandacht te besteden aan de consequenties voor het budget.
- Het Fonds heeft de belangrijke rol om statistieken op te stellen betreffende de toegekende vergoedingen. Bovendien moet er op worden toegezien dat alle variabelen die de mogelijke kost van het systeem beïnvloeden nauwkeurig worden geregistreerd zodat het de evolutie van het systeem zorgvuldig kan worden opgevolgd.





## Scientific Summary

### Table des matières

<b>1</b>	<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>2</b>
1.1	EVOLUTION RÉCENTE DE LA LOI DU 15 MAI 2007 .....	2
1.2	OBJECTIF ET PLAN DU RAPPORT .....	3
1.3	MÉTHODOLOGIE ET DONNÉES UTILISÉES.....	3
<b>2</b>	<b>SYSTÈME FRANÇAIS</b> .....	<b>4</b>
2.1	INTRODUCTION .....	4
2.2	AVANCÉES PROPOSÉES PAR LA LOI DU 4 MARS 2002.....	4
	2.2.1 Indemnisation de l'aléa thérapeutique .....	4
	2.2.2 Règlement amiable .....	5
2.3	DESRIPTIF DE L'INDEMNISATION DES VICTIMES D'ACCIDENT MÉDICAL.....	6
2.4	CONCLUSIONS PRÉLIMINAIRES .....	11
<b>3</b>	<b>EVALUATION DU COÛT DE LA TRANSPOSITION DU SYSTÈME FRANÇAIS EN BELGIQUE</b> .....	<b>12</b>
3.1	INTRODUCTION .....	12
3.2	NOMBRE MOYEN DE SINISTRES A INDEMNISER PAR LE FONDS.....	13
	3.2.1 Etape 1 .....	14
	3.2.2 Etape 2.....	15
	3.2.3 Etape 3.....	16
	3.2.4 Etape 4.....	19
	3.2.5 Etape 5.....	20
	3.2.6 Récapitulatif des hypothèses .....	20
3.3	COÛT MOYEN DES SINISTRES A INDEMNISER PAR LE FONDS .....	22
	3.3.1 Etude descriptive de la base de données des sinistres Assuralia .....	22
	3.3.2 Validation statistique des données extraites du marché belge .....	24
3.4	COÛT DES SINISTRES CATASTROPHIQUES ET EXCEPTIONNELS A INDEMNISER PAR LE FONDS.....	26
3.5	COÛT TOTAL ANNUEL DES SINISTRES A INDEMNISER PAR LE FONDS COMPTE TENU DU PRINCIPE DE SUBSIDIARITÉ .....	29
3.6	COÛT TOTAL PAR ANNÉE CALENDRAIRE DES SINISTRES A INDEMNISER PAR LE FONDS .....	31
3.7	DISCUSSION A PROPOS DES HYPOTHÈSES ET DES ESTIMATIONS.....	35
3.8	ANALYSE DE SENSIBILITÉ DU COÛT TOTAL DU NOUVEAU SYSTÈME D'INDEMNISATION DES VICTIMES PAR ANNÉE CALENDRAIRE .....	36
	3.8.1 Modification du barème d'invalidité.....	36
	3.8.2 Modification de la cadence de règlement.....	37
	3.8.3 Infections nosocomiales .....	39
3.9	FRAIS ADMINISTRATIFS.....	42
3.10	COMPARAISON AVEC LE SYSTÈME FRANÇAIS .....	43
<b>4</b>	<b>CONCLUSIONS</b> .....	<b>45</b>
<b>5</b>	<b>REVUE DE LA LITTÉRATURE</b> .....	<b>46</b>
5.1	DOCUMENTS .....	46
5.2	SITES INTERNETS .....	47
<b>6</b>	<b>ANNEXES</b> .....	<b>48</b>
6.1	ANNEXES I : ANALYSE DES STATISTIQUES C.B.F.A. PAR LA MÉTHODE CHAIN- .....	48
6.2	EXTRAPOLATION ET DÉROULÉ DU COÛT MOYEN TOTAL.....	50
	6.2.1 Pourcentage d'augmentation annuel et cadence de règlement inspirée du système français.....	50
	6.2.2 Extrapolation et déroulé du coût moyen total .....	50
6.3	ETUDE DESCRIPTIVE DE LA BASE DE DONNÉES DES SINISTRES ASSURALIA : INDEMNISATION HORS RECOURS .....	51

# I INTRODUCTION

## I.1 EVOLUTION RÉCENTE DE LA LOI DU 15 MAI 2007

La loi du 15 mai 2007 consacre le principe selon lequel les victimes d'une faute médicale ne doivent plus démontrer responsabilité civile (ou pénale) du prestataire de soins pour être réparées de leur dommage.

L'ambition de cette loi était d'une part de créer un système original d'indemnisation des victimes qui ne se base plus sur la faute du prestataire mais uniquement l'existence d'un dommage indemnisable lié à un acte médical et d'autre part d'organiser la manière dont les indemnités aux victimes seraient financées et liquidées.

A cet égard et à côté des compagnies d'assurance, un Fonds d'indemnisation des soins de santé (un organisme d'intérêt public ayant la personnalité juridique) devait également être créé en vue de dédommager les conséquences d'actes médicaux indésirables. La loi prévoyait en effet que l'indemnisation des victimes serait cofinancée par les entreprises d'assurance d'une part et par un Fonds des accidents de soins de santé d'autre part, selon une clé fixée par arrêté royal. Ce texte supprimait par conséquent la possibilité de recours de la victime sur base de l'article 1382 du Code civil. L'option retenue par cette loi du 15 mai 2007 était celle d'un système dit à une "voie".

L'entrée en vigueur de cette loi était initialement prévue pour le 1<sup>er</sup> janvier 2008. Eu égard aux nombreuses critiques formulées à l'adresse du texte lui-même et à la prolongation du délai d'affaires courantes qui a suivi les élections fédérales de 2007, la date d'entrée en vigueur a été postposée au 1<sup>er</sup> janvier 2009. La mise en place de ce nouveau système nécessitait de prendre toute une série d'arrêtés d'exécution afin de fixer par exemple le champ d'application exact de la loi ou encore la clé de répartition. Dans ce but, un groupe de travail composé des représentants de la communauté (médecins, spécialistes, chirurgiens, hôpitaux, assurances, mutuelles et patients) a été mis en place au SPF Santé publique. Les conclusions auxquelles ce groupe est parvenu sont que certains points de la loi du 15 mai 2007 devaient nécessairement être amendés pour assurer au texte de loi une entrée en vigueur souple et sans encombre<sup>1</sup>.

Sur base des conclusions remises par ce groupe, la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique a proposé au Conseil des Ministres de faire évoluer la loi vers un système similaire à celui en vigueur en France depuis 2002. Le système français se distingue de celui imaginé par Monsieur Demotte dans la mesure où il ne s'agit plus d'un système à voie unique mais un système dit à "deux voies", c'est-à-dire dans lequel la victime peut demander réparation du dommage subi soit devant le Fonds, soit devant le juge, soit devant les deux.

Dans le cadre de ce système à deux voies, le Fonds d'indemnisation est conservé. Il interviendrait dans le cadre de préjudices en lien avec un "aléa thérapeutique", c'est-à-dire l'accident médical survenu sans responsabilité d'un professionnel ou d'un établissement de santé. L'intervention du Fonds ne serait pas exclusive d'un éventuel recours judiciaire en cas d'indemnisation jugée insatisfaisante par la victime, d'où l'appellation de système à deux voies. Par contre, en cas de faute avérée, le régime de la R.C. pourrait continuer à s'appliquer.

La philosophie même du texte originel a donc été modifiée et nécessite dès lors un véritable travail de fond pour évaluer quel pourrait être le coût d'une transition radicale vers un système à la française.

---

<sup>1</sup> Note au conseil des ministres intitulée "Indemnisation des dommages liés à des soins de santé" (2008A71750.015) remise par la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique.

## I.2 OBJECTIF ET PLAN DU RAPPORT

L'objectif poursuivi par ce rapport est double : d'une part, décrire clairement le fonctionnement du régime français d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux et, d'autre part, évaluer l'impact budgétaire qu'aurait la transposition en Belgique d'un tel régime.

Le premier chapitre s'attachera à expliquer le contenu de la loi du 4 mars 2002, dite Loi Kouchner en distinguant les avancées proposées en son sein ainsi qu'un descriptif général du fonctionnement du régime d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux. Le chapitre évaluera le coût potentiel pour la collectivité belge d'un tel système.

Les auteurs tiennent également à souligner qu'ils ne traiteront pas la manière dont le Fonds des indemnisations des accidents médicaux doit être financé mais se limiteront uniquement à estimer le montant nécessaire à son bon fonctionnement.

## I.3 MÉTHODOLOGIE ET DONNÉES UTILISÉES

En l'absence d'indications plus précises sur les particularités du futur système belge, il a été décidé d'évaluer le coût d'un système rigoureusement identique à celui déployé en France en 2002.

En ce qui concerne les fréquences des différents types de sinistres, les statistiques françaises seront utilisées et rapportées au cas belge. En matière de coûts, la base de données fournie par Assuralia sera utilisée après vérification de sa vraisemblance par rapport aux coûts français.

Une discussion de ces hypothèses sera néanmoins réalisée au terme de cette étude (section 3.7).

Les données disponibles étaient les suivantes :

1. données fournies par six compagnies actives dans le domaine de la R.C. médicale et rassemblées par Assuralia pour la phase précédente de l'étude. Ces données concernent aussi bien des fréquences que des coûts et ont précédemment été validées (base de données globale) ;
2. données similaires issues d'un échantillon complémentaire récolté par Assuralia (sinistres avec un taux d'invalidité<sup>2</sup> Permanente Partielle (I.P.P.)  $\geq 25\%$ ) pour la présente étude ;
3. données relatives aux maladies nosocomiales en Belgique et rassemblées par le KCE dans ses rapports 92 et 102 ;
4. données françaises fournies par les rapports annuels ou les rapports d'activité des différentes institutions parmi lesquelles la C.N.A.M., l'O.R.M. ou encore l'O.N.I.A.M. A cet égard, les auteurs souhaiteraient insister sur la qualité des données françaises récoltées qui ne présentent pas toujours la fiabilité statistique nécessaire.

---

<sup>2</sup> Bien que le terme français consacré soit taux d'incapacité, les informations fournies par Assuralia font mention de taux d'invalidité. L'évaluation du coût de la transposition du système français en Belgique sera donc réalisée sur base des taux d'invalidité et non sur base des taux d'incapacité. Ces deux notions couvrent toutefois des univers juridiques différents dans la mesure où l'invalidité est une incapacité d'ordre physique. Dans la suite de cette étude, les auteurs prendront soin de distinguer les deux termes : d'une part incapacité dans le système français et invalidité dans le système belge.

## 2 SYSTÈME FRANÇAIS

### 2.1 INTRODUCTION

La loi du 4 mars 2002, dite loi Kouchner, a ouvert de nouvelles perspectives dans l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux, d'affections iatrogènes et d'infections nosocomiales. Cet aboutissement a permis d'une part de réformer les règles en matière de responsabilité médicale et d'autre part de mettre un place un dispositif spécifique d'indemnisation des accidents médicaux.

La première partie de ce chapitre vise à expliciter les nouveautés apportées par la loi française. La seconde partie s'attache, quant à elle, à décrire en détail le processus d'indemnisation des victimes d'accident médical.

### 2.2 AVANCÉES PROPOSÉES PAR LA LOI DU 4 MARS 2002

#### 2.2.1 Indemnisation de l'aléa thérapeutique

En vertu de l'article 1142-1, II du code de la santé publique, rappelé ci-dessous, la loi instaure un nouveau droit : celui pour une victime d'un accident médical pour lequel il n'est possible d'engager la faute d'un professionnel de la santé d'être indemnisée, sous certaines conditions fixées par décret. L'indemnisation obtenue en cas d'accident de ce type sera qualifiée par la suite d'indemnisation au titre d'aléa thérapeutique.

*"Lorsque la responsabilité d'un professionnel de la santé [...] n'est pas engagée, un accident médical, une affection iatrogène ou une infection nosocomiale ouvre droit à la réparation des préjudices du patient au titre de la solidarité nationale {1}, lorsqu'ils sont directement imputables à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins et qu'ils ont eu pour le patient des conséquences anormales {2} au regard de son état de santé comme de l'évolution prévisible de celui-ci et présentent un caractère de gravité, fixé par décret, apprécié au regard de la perte de capacités fonctionnelles et des conséquences sur la vie privée et professionnelle mesurées en tenant notamment compte du taux d'incapacité permanente ou de la durée de l'incapacité temporaire de travail {3}"*

Cet article stipule donc bien qu'il s'agit d'un mécanisme complémentaire à la R.C. des professionnels de la santé, qui trouve à s'appliquer lorsqu'aucune faute n'est avérée. Au sein de cet article, il est clairement mentionné que le bénéfice de cette réparation se borne aux victimes les plus affectées par leurs lésions {3}. Remarquons toutefois que la loi par l'article ci-dessous ne fixe pas le taux d'incapacité minimum mais se contente de le limiter à 25%.

*"Ouvre droit à réparation des préjudices au titre de la solidarité nationale un taux d'incapacité permanente supérieur à un pourcentage d'un barème spécifique fixé par décret ; ce pourcentage, au plus égal à 25 %, est déterminé par ledit décret".*

En somme, lorsque le seuil de gravité est atteint (paralysie, amputation, atteintes de plusieurs fonctions) et dans la mesure où l'évolution de l'état de santé du patient soit anormale au regard de son état initial {2}, la victime se verra dès lors indemnisée. Ceci signifie également que les dommages qui se situent en-dessous de ce seuil ne sont pas indemnisés en vertu de ce nouveau droit d'indemnisation de l'aléa thérapeutique. Le financement de ce nouveau droit est assuré par un Fonds, l'O.N.I.A.M., entièrement alimenté par la solidarité nationale. La collectivité nationale française {1} permet dans ce cas d'offrir aux victimes une couverture plus complète et adéquate, inexistante dans le précédent régime.

Par contre, en cas de faute avérée, le régime traditionnel de la R.C. médicale reste d'application. Autrement dit, les assureurs interviendront lorsque la responsabilité de leurs clients se verra engagée.

Afin qu'aucune ambiguïté ne subsiste dans l'esprit du lecteur, l'objectif de la présente étude se restreint à estimer l'enveloppe budgétaire nécessaire à la mise en place d'un Fonds en Belgique de même composition que celui en vigueur en France.

## 2.2.2 Règlement amiable

Avant l'avènement de la loi Kouchner, les parties étaient libres soit de trouver un accord à l'amiable, c'est-à-dire sans intervention d'un juge, soit d'opter pour la voie contentieuse qui s'avérait être une procédure lourde, contraignante, coûteuse et lente.

La France a dès lors mis en place en sus une nouvelle procédure de règlement amiable pour pallier aux inconvénients précédemment mentionnés. En effet, cette procédure est simplifiée à l'extrême puisqu'il n'existe plus d'une part qu'un seul interlocuteur pour les victimes, la Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux (C.R.C.I.), et d'autre part d'obligation de se faire représenter par un avocat. Elle est également économique dans la mesure où aucun frais de procédure n'est réclamé et l'expertise (et contre expertise) médicale est à charge de l'O.N.I.A.M. Enfin, elle se veut résolument plus rapide car des délais maximum de paiement des indemnités aux victimes ont également été prévus par la loi. L'ensemble de ce dispositif concourt à un objectif clair celui de simplifier la procédure pour les demandeurs.

Cette voie de règlement à l'amiable est toutefois facultative et la voie contentieuse peut toujours être envisagée. Le système français laisse donc la liberté aux victimes de choisir leur voie.

Au point de vue organisationnel, trois institutions différentes ont été créées à la fois centralisées et déconcentrées :

### 1. la Commission Nationale des Accidents Médicaux (C.N.A.M.)

La C.N.A.M. est l'organisme chargé de la coordination entre les différentes entités administratives. Elle joue également un rôle informatif notamment auprès des ministres de la Santé et de la Justice.

L'O.N.I.A.M. est sous la responsabilité directe de ces ministres qui en nomment le président et les membres effectifs. La C.N.A.M. comprend 25 membres titulaires répartis comme suit :

- 5 professionnels de la santé experts judiciaires ;
- 4 représentants des usagers ;
- 16 personnalités qualifiées (8 en raison de leurs compétences dans le domaine de la réparation des accidents médicaux et 8 en raison de leurs compétences scientifiques)

Ces nominations sont prononcées pour des périodes de 5 ans renouvelables à l'exception des représentants des usagers nommés pour un an.

La mission principale de la C.N.A.M. est de veiller au bon fonctionnement de l'ensemble du dispositif tant au niveau administratif (rédaction de rapports annuels évaluant l'efficacité du dispositif mis en place) qu'au niveau technique (nomination et formation d'experts en accidents médicaux).

### 2. les Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux (C.R.C.I.)

Les C.R.C.I., dont les quatre sièges permanents sont Bagnolet (Ouest, Nord), Lyon, Nancy et Bordeaux, constituent les guichets uniques auxquels les demandeurs peuvent s'adresser d'une part en cas de litiges relatifs à des accidents médicaux, à des affections iatrogènes ou à des infections nosocomiales et d'autre part en cas d'autres litiges entre usagers et professionnels de la santé dans lesquels les C.R.C.I. jouent un rôle de conciliation (art L.1142-5 CSP). Chacune des C.R.C.I. est composée d'un collège de professionnels de la santé, des représentants des compagnies d'assurance et de l'O.N.I.A.M. et est supervisée par un magistrat. Ces commissions se réunissent autant qu'elles le souhaitent afin de se prononcer sur les demandes de dédommagement.

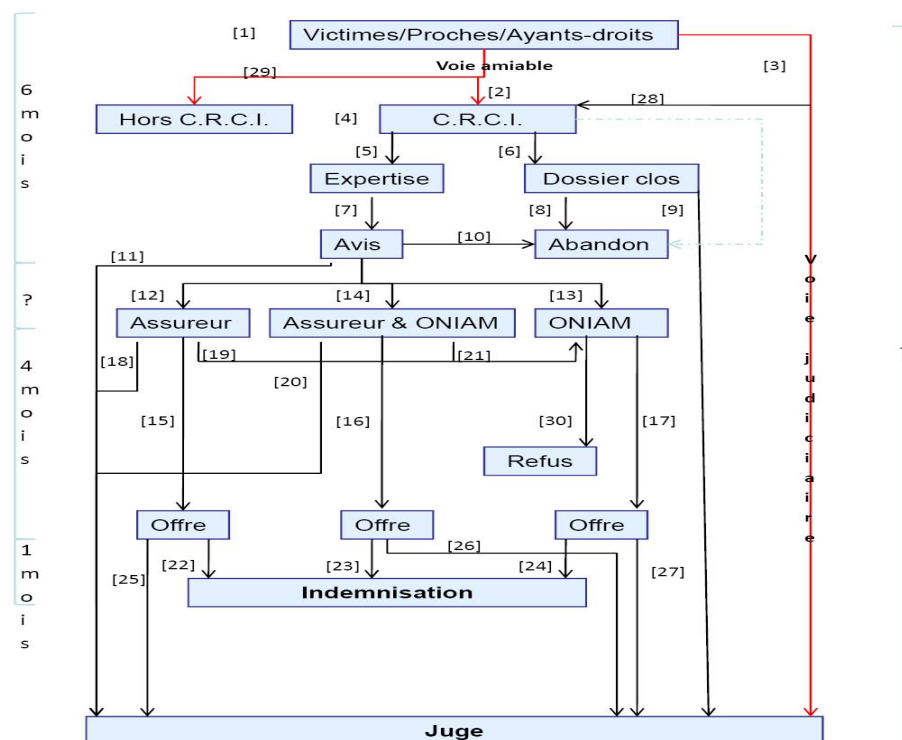
### 3. l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (O.N.I.A.M.)

L'O.N.I.A.M. est l'établissement public en charge de fournir les fonds nécessaires au bon fonctionnement des C.R.C.I. (rémunération des représentants régionaux, etc.), d'indemniser les victimes d'aléa thérapeutique et de se substituer dans certains cas aux assureurs récalcitrants. Cette institution comporte également une commission en charge de l'analyse des statistiques relatives aux accidents médicaux dénommée l'Observatoire des Risques Médicaux (O.R.M.).

Dans le cadre de cette étude, il sera essentiellement fait usage des informations de fréquence fournies au travers des rapports annuels de la C.N.A.M.

## 2.3 DESCRIPTIF DE L'INDEMNISATION DES VICTIMES D'ACCIDENT MÉDICAL

Les principaux éléments de la procédure d'indemnisation des victimes d'accident médical sont rassemblés dans le schéma suivant :



Chacune des relations notées entre crochets est détaillée ci-dessous. En outre, certaines statistiques ont ponctuellement été ajoutées en vue d'illustrer l'importance des flux de passage à travers certaines étapes de la procédure.

[1] Les personnes susceptibles de réclamer réparation d'un dommage causé par un accident médical sont de trois types :

1. la victime (ou son représentant légal) ;
2. les proches de la victime ;
3. les ayants-droits d'une victime décédée.

Ces trois catégories de personnes sont donc en quelque sorte des victimes directes ou indirectes d'un accident médical. Dans la suite de la description, nous ne distinguerons pas ces trois catégories ; seul le terme "victime" sera dès lors usité. Globalement, on distingue deux grandes voies :

1. voie amiable, en référence à la dénomination choisie par l'O.R.M.<sup>3</sup>, se subdivisant elle-même selon l'intervention [2] ou non [29] des C.R.C.I. ;
2. voie judiciaire.

Le chemin emprunté va essentiellement dépendre de la possibilité pour la victime de prouver l'existence d'une faute dans le chef du prestataire de soins ou de l'institution. Ensuite, la sévérité du dommage intervient également dans le processus décisionnel. Une dernière remarque concerne les obligations d'information par le prestataire de soins lorsque ce dernier constate ou soupçonne la survenance d'un accident médical. Cette obligation d'information doit non seulement se faire à l'égard de l'autorité administrative en vertu de l'article 1413-14 du Code de la Santé Publique mais également à l'égard de la victime ou de ses ayants-droit en vertu de l'article L 1142-4 du Code de la Santé Publique. Cette information doit être délivrée à la victime au plus tard dans les quinze jours suivant la découverte d'un dommage.

[2] La victime française ou non peut de son plein gré adresser sa demande complète auprès du C.R.C.I. compétent, c'est-à-dire le plus proche du lieu de réalisation de l'acte médical en cause. La France a donc opté pour un régime de territorialité de l'acte de soins. En d'autres mots, un étranger ayant subi un accident médical sur le sol français peut adresser une demande auprès du C.R.C.I. compétent. Par contre, un français victime d'un accident hors du sol français ne peut espérer aucune indemnisation (en tout cas en France) au titre de l'aléa thérapeutique.

Un formulaire de quatre pages (à compléter) est disponible dans chacun des sièges départementaux des C.R.C.I. ou téléchargeable sur internet.

Rem : L'intervention des C.R.C.I. est beaucoup plus fréquente pour les gros sinistres que pour les petits.

Dans le cas [29], les parties s'accordent immédiatement sur le montant du préjudice et le règlement de la réparation ne fait dès lors pas intervenir de tierce partie par opposition à la voie C.R.C.I. ou à la voie judiciaire. Ce protocole transactionnel éteint par conséquent les droits à la réparation du préjudice causé par l'accident médical.

Rem : Cette option est généralement retenue pour les sinistres de faible importance.

[3] Le droit de la Responsabilité Civile (R.C.) laisse également la possibilité à la victime d'emprunter la voie judiciaire. Selon le rapport 2006 de l'O.R.M. (dernier rapport disponible), cette voie est choisie dans 45% des cas de sinistres de plus de 15.000€ (voir à cet égard le tableau 5) Notons cependant qu'il s'agit d'une information ponctuelle. Par conséquent, rien ne peut garantir la stabilité de ce ratio au cours du temps. L'O.N.I.A.M. a d'ailleurs indiqué qu'un transfert du juridictionnel vers la procédure amiable n'était pas à exclure.

Pour obtenir gain de cause et donc réparation du préjudice subi dans une procédure contentieuse, la victime doit parvenir à démontrer la responsabilité du prestataire de soins en vertu de l'article 1382 du Code Civil.

*"Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé, à le réparer".*

La voie judiciaire conduit la plupart du temps à une indemnisation des assureurs de la personne désignée responsable. Remarquons toutefois que cette démarche est souvent longue et coûteuse.

Rem : L'O.R.M. a toutefois recensé un cas pour lequel la victime a directement saisi le juge afin d'obtenir réparation au titre d'aléa thérapeutique et un cas pour lequel la victime a saisi le juge après avoir saisi les C.R.C.I. Ces deux cas sont jugés non significatifs (≈1%) et seront par conséquent omis lors de l'évaluation du coût de la transposition du système français en Belgique.

---

<sup>3</sup> (11), p 13

[2]+[3] Il se peut également que la victime mène simultanément les procédures de front. Cependant, cette double action s'accompagne de l'obligation d'en informer chacune des parties. Le C.N.A.M. soulève à cet égard la question de l'incidence d'une méthode par rapport à l'autre. En théorie, les deux institutions sont indépendantes l'une de l'autre et n'ont donc en principe pas de conséquences l'une sur l'autre.

Cependant, depuis 2002, aucun cas de procédure simultanée n'a été enregistré en raison de délais de procédure très différents.

Rem : Il importe de signaler que la victime ne peut être indemnisée qu'une fois pour un même préjudice. Toutefois, en cas de détérioration future de l'état de santé, la victime pourra exiger un complément d'indemnité.

[4] La C.R.C.I. doit tout d'abord se prononcer sur la recevabilité apparente de la demande initiale ou sur l'incomplétude des dossiers. Le terme "recevabilité apparente" suggère qu'il s'agit d'un premier tri opéré par la C.R.C.I. dans la mesure où le dossier constitué serait incomplet et qui peut également en cas de doute solliciter un premier avis médical (**1 cas sur 50**)<sup>4</sup>. Cet avis est rendu par un expert nommé par la C.N.A.M.

Les critères de recevabilité retenus sont les suivants :

1. Le dommage doit résulter d'un acte de soins, de prévention ou de diagnostic réalisé à compter du 5 septembre 2001
2. Le dommage doit résulter d'une conséquence anormale au regard de l'état de santé initial du patient.
3. Le dommage doit être suffisamment grave
  - a. Une incapacité permanente partielle supérieure à 24%, fixée par décret
  - b. Une incapacité temporaire d'au moins 6 mois consécutifs ou non consécutifs sur 12 mois
  - c. A titre exceptionnel
    - i. Inaptitude définitive à l'exercice de son activité professionnelle antérieure
    - ii. Troubles particulièrement graves dans les conditions d'existence de la victime

Il arrive dans **8%** des cas que certaines victimes abandonnent ou se désistent à ce stade du processus. Nous les avons représentées sur ce schéma en pointillés.

[5] Dans la mesure où la C.R.C.I. estime a priori la demande recevable, elle diligente une expertise médicale de fond à laquelle les parties concernées sont conviées (victime(s), collègue d'experts nommés par la C.N.A.M, assureurs du prestataire de soins, prestataires de soins, etc.). Le fait d'avoir évincé une partie des dossiers permet de diminuer le coût total des expertises à charge de la C.R.C.I.

Cette expertise porte sur trois questions :

1. la victime a-t-elle fait l'objet d'un dommage imputable à un acte de soins, de prévention ou de diagnostic ?
2. Y a-t-il eu faute d'un des prestataires de soins ?
3. Est-ce que le seuil de gravité est atteint ou non ?

La réponse à ces questions conditionne la suite du processus.

[6] Si les critères de recevabilité ne semblent pas remplis, la C.R.C.I. clos le dossier et motive son refus dans une lettre envoyée à la victime. Pas moins de **22%** des dossiers reçus sont jugés irrecevables ou sont rejetés par la C.R.C.I.<sup>5</sup>.

<sup>4</sup> (2), p 20

<sup>5</sup> (2), p 19



Ces statistiques fluctuent beaucoup d'une région à l'autre<sup>6</sup>. La principale explication avancée par la C.N.A.M. est le manque d'homogénéité dans l'information communiquée par les C.R.C.I. aux victimes<sup>7</sup>. La plupart des dossiers (**53%**) jugés irrecevables le sont pour cause d'une insuffisance de gravité. Ceci signifie que les dommages sont inférieurs au seuil de gravité ou en tout cas supposés l'être. A moins de pouvoir prouver le caractère fautif, ils ne seront pas indemnisés. La date des faits (**17%**) et le défaut de pièces justificatives (**11%**) sont autant d'autres arguments avancés par les C.R.C.I.<sup>8</sup>. D'un point de vue terminologique, on parle respectivement d'incompétence et d'irrecevabilité.

[7] Sur base de l'expertise, la C.R.C.I. se réunit en séance plénière. Au terme de cette réunion, la C.R.C.I. se prononce par voie d'avis sur la nature, les causes, les circonstances et l'étendue du dommage. La victime prend connaissance de la décision par retour de courrier. Les conclusions de cet avis sont positives dans 54% des cas (voir à cet égard les points [12], [13] et [14]). Les **46%** restant sont expliqués au point [10].

En théorie, il faut respecter un délai de 6 mois entre la réception du dossier complet et l'avis de la C.R.C.I. En pratique, ce délai n'est globalement pas respecté puisque selon les régions il fluctue entre **9** et **16 mois** avec une moyenne à **11 mois**. Aucune sanction n'est prévue en cas de dépassement.

[8] Une fois l'irrecevabilité prononcée, certaines victimes sont forcées d'abandonner. Il s'agit typiquement des victimes de lésions légères pour lesquelles il n'est pas possible de démontrer une quelconque faute ou des victimes qui préfèrent ne pas se lancer tête baissée dans une procédure contentieuse coûteuse en temps et en argent.

[9] Si par contre, les victimes peuvent prouver l'existence d'une faute dans le chef du prestataire de soins ou souhaitent tenter leur chance, elles sont toujours libres d'aller devant le juge.

Il n'a pas été possible de fournir des statistiques concernant les victimes empruntant cette ramification après avoir sollicité les C.R.C.I.

[10] Les raisons pour lesquelles les demandes d'indemnisation aboutissent à une conclusion négative après expertise sont pour les mêmes que celles évoquées au point [6] :

1. le constat d'abandon ou de désistement (**6%**) ;
2. l'irrecevabilité pour absence d'acte de soins, de prévention ou de diagnostic ou de pièces justificatives (**32%**) ;
3. l'incompétence : faute antérieure au 5/09/2001 ou seuil de gravité non atteint (**36%**) ;
4. le rejet : absence de lien de causalité avec l'acte en cause (**26%**).

Quel que soit le motif invoqué, les dossiers sont dans ce cas abandonnés par les C.R.C.I. Selon le dernier rapport d'activité de l'O.R.M., dans un dossier (de sinistres graves) sur 331, la victime a néanmoins poursuivi l'instruction devant le juge<sup>9</sup> ; ce qui est négligeable.

Le C.N.A.M. estime que **46%** des dossiers non clos ne donnent pas lieu à une indemnisation. Ceci signifie concrètement que  $46\% \times (100\% - 22\%) [6] = 36\%$  des dossiers initialement reçus sont abandonnés par les C.R.C.I. à ce stade.

[11] idem qu'au point [9]

---

<sup>6</sup> (2), p 20

<sup>7</sup> (2), p 35

<sup>8</sup> (2), p 22

<sup>9</sup> (11), p 13

[12], [13], [14] Lorsque les conclusions sont positives après expertise, soit dans 54% des cas ce qui correspond à  $(1-22\%) \times 54\% \approx 42\%$  des demandes initiales<sup>10</sup>, il y a eu lieu d'indemniser totalement (78%) ou partiellement (22%) la victime en fonction de son état initial. Les critères de recevabilité retenus pour admettre la recevabilité de la demande sont pour l'essentiel le décès (21%), une I.P.P. > 24% (26%), une I.T.T.> 6 mois (35%), des troubles particulièrement graves dans les conditions d'existence (16%) et l'inaptitude à exercer son ancienne activité professionnelle (2%).

L'avis d'indemnisation est adressé, outre à la victime, soit à l'assureur du prestataire de soins (43%) [12], soit à l'O.N.I.A.M. (51%) [13], soit aux deux (6%)<sup>11</sup> [14] selon que la responsabilité du prestataire de soins est totalement engagée, non engagée ou partiellement engagée.

Il est également intéressant de distinguer les propositions d'indemnisations au titre d'infection nosocomiale (25%) et hors nosocomiales (75%) car les nosocomiales sont plus largement indemnisées par les assureurs ( $\approx 70\%$ <sup>12</sup>) que par l'O.N.I.A.M. (30%). Ceci peut s'expliquer, en vertu de la loi du 4 mars 2002, par le fait que les établissements de soins sont présumés fautifs (la victime n'a pas l'obligation de rapporter la preuve de la faute) et l'établissement de santé ne peut s'exonérer qu'en cas de cause étrangère<sup>13</sup>. Néanmoins, compte tenu du caractère onéreux des préjudices pouvant résulter d'une infection nosocomiale pour ces établissements ou leurs assureurs, la loi du 30 décembre 2002 a voulu rétablir le déséquilibre provoqué par la loi du 4 mars 2002. Cette nouvelle loi a pour but de restreindre le champ d'intervention des établissements ou de leurs assureurs par l'introduction d'une contrainte supplémentaire. En effet, ces derniers n'interviennent plus que dans les cas où ces infections ont conduit à un taux d'invalidité permanente inférieur à 25% ou aux cas d'incapacité temporaire totale inférieure à 6 mois consécutifs ou non (sur une période de 12 mois). Le coût du dommage des autres cas est supporté par l'O.N.I.A.M. sauf s'il est établi l'existence d'une faute caractérisée. L'O.N.I.A.M. dispose dans ce cas d'un recours contre l'assureur.

Remarquons également que cette surreprésentation des assureurs dans l'indemnisation des infections nosocomiales s'inverse pour les indemnisations non nosocomiales.

[15], [16], [17] Les payeurs disposent de quatre mois, après réception de l'avis, pour faire offre à la victime ou aux victimes. Cette offre prend la forme d'un protocole transactionnel que la (les) victime(s) est (sont) libre(s) d'accepter.

[18], [20] L'assureur peut soit refuser l'indemnisation totale [18] ou partielle [20] soit ne pas remettre d'offre dans le délai imparti soit être en défaut de paiement. La victime peut alors saisir le tribunal afin d'obtenir réparation du préjudice. En outre, selon le dernier rapport d'activité de l'O.N.I.A.M., il arrive dans de très rares cas que cette dernière refuse la dépense au motif du non respect des conditions légales d'engagement de la dépense publique<sup>14</sup>. En moyenne, 3% des avis favorables à une indemnisation de l'O.N.I.A.M. (rendus par les C.R.C.I.) se voient refuser par le directeur de l'O.N.I.A.M.[30]. En effet, ce dernier est le seul responsable de la dépense publique et est passible de sanctions en cas d'abus.

C'est pourquoi le directeur détient encore la possibilité de refuser un avis favorable des C.R.C.I. Les trois principales raisons de ce refus sont les suivantes :

1. les troubles particulièrement graves sur une période très courte ;
2. la définition de l'aléa thérapeutique n'est pas respectée ;
3. le refus de se substituer à l'assureur.

<sup>10</sup> 22% des demandes initiales sont jugés irrecevables avant même l'expertise de fond [6].

<sup>11</sup> Ces 3 statistiques sont également cohérentes avec celles fournies dans (13), p 9.

<sup>12</sup> Ce  $(164+13+13) / (164+13+66+4+13+4) \approx 70\%$  est déduit des statistiques fournies par le C.N.A.M. en (13), p 112.

<sup>13</sup> Les médecins libéraux sont exclus de ce régime de présomption de faute.

<sup>14</sup> (12), p 15

[19], [21] Une alternative à cette voie contentieuse existe. La victime peut demander à l'O.N.I.A.M. de se substituer à l'assureur. En cas de refus, les victimes n'ont pas d'autres choix que la voie contentieuse. En pratique, ce cas ne s'est jamais rencontré. Si l'O.N.I.A.M. accepte, la situation pour la victime est identique au point [13].

[22], [23], [24] Si l'offre est acceptée par la victime, l'institution en charge du paiement effectue théoriquement le versement dans le mois qui suit l'accord. Dans le cas où la victime a sollicité l'O.N.I.A.M. en remplacement de l'assureur [19] et [21], l'O.N.I.A.M. indemnise et sera subrogé dans les droits de la victime. Libre à lui ensuite d'intenter une action en justice pour récupérer l'indemnité versée anticipativement à la victime.

Rem : Le système français fonctionne sur le principe de la répartition intégrale dans la mesure où aucune franchise ou plafond n'est prévu, ni par patient, ni par événement. L'O.N.I.A.M. verse cependant des indemnités, déduction faites des créances des organismes sociaux, que ces créances soient passées ou à venir. En pratique avant de fixer le montant de l'indemnisation portant sur les postes de préjudices susceptibles de recours de la part des organismes sociaux tels que les frais médicaux ou l'aide par une tierce personne, l'O.N.I.A.M. s'assure du montant des créances auprès des dits organismes. L'indemnisation à la victime est dès lors nette de tous recours de la part des organismes.

[25], [26], [27] Si l'offre est refusée par la victime car elle la juge insuffisante, elle dispose encore de la possibilité de saisir le juge. Ces dernières années ont vu l'émergence d'une certaine forme d'instrumentalisation du système que les experts ont qualifié de "forum shopping". En effet, les avocats des victimes se servent non seulement de la voie des C.R.C.I. pour bénéficier par exemple de la gratuité de la procédure mais également de la voie contentieuse pour profiter d'une générosité plus grande du juge prétextant l'insuffisance du montant proposé. Ce phénomène de plus en plus courant est appelé le "forum shopping".

[28] Le tribunal peut juger que, bien que la demande initiale fût recevable en la forme, la prétention que le plaignant a fait valoir ne se trouvait guère fondée. La victime peut alors se retourner vers la C.R.C.I. et suivre le cheminement explicité ci-dessus.

Une fois de plus, nous devons déplorer l'inexistence de statistiques relatant le pourcentage de dossiers déboutés qui recourent en dernier ressort à la voie amiable.

## 2.4 CONCLUSIONS PRÉLIMINAIRES

La loi Kouchner, instaurée en 2002, a permis deux avancées notables : d'une part, l'émergence d'un nouveau droit (indemnisation en cas d'aléa thérapeutique) et d'autre part une simplification des procédures d'indemnisation. Le coût annoncé de ces réformes avoisine 117 millions € en 2008<sup>15</sup>.

### Message clé

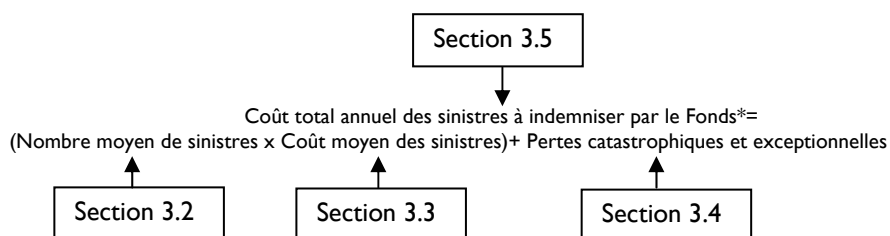
- **Les conditions strictes d'accès à l'indemnisation limitent grandement les dépenses effectuées par l'O.N.I.A.M.**

### 3 EVALUATION DU COÛT DE LA TRANSPOSITION DU SYSTÈME FRANÇAIS EN BELGIQUE

#### 3.1 INTRODUCTION

L'objectif poursuivi par ce chapitre est d'estimer le coût que représenterait la transposition du système français en Belgique. En effet, l'avènement de la loi Kouchner a occasionné de nouvelles dépenses dans la mesure où les victimes d'accidents médicaux pour lesquels la faute n'est pas retenue mais pour lesquels le dommage subi présente un certain niveau de gravité, fixé à 25% d'invalidité permanente partielle (I.P.P.) ou 6 mois d'invalidité permanente temporaire (I.T.T.) de travail, n'étaient pas indemnisés jusque-là.

L'évaluation de ce coût complémentaire en Belgique, par rapport au système de responsabilité déjà en place, est précisément l'objet de ce chapitre. Il peut être estimé en multipliant le nombre de sinistres indemnisés par le Fonds par le coût moyen des sinistres à sa charge<sup>16</sup> :



(3.1)

\* Si tous les sinistres étaient réglés lors de leur année de survenance

Remarquons qu'une autre dimension que celle prévue dans les rapports des phases III et IV est ici donnée au Fonds d'indemnisation des victimes d'accident médicaux. De fait, dans les phases précédentes, le Fonds et les assureurs alimentaient, selon une clé de répartition prévue par décret et garantissant la neutralité actuarielle<sup>17</sup>, une sorte de "pot commun" permettant l'indemnisation des victimes d'aléas thérapeutiques ou de fautes avérées. Dans cette phase-ci, il s'agit plutôt de déterminer le montant nécessaire au Fonds pour assurer seul l'indemnisation des victimes d'aléas thérapeutiques.

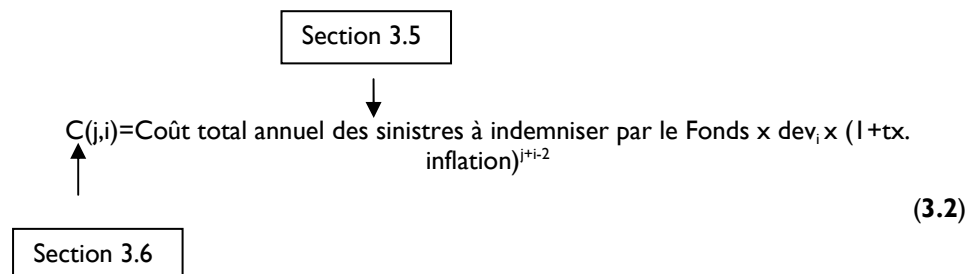
Les sections suivantes (3.2, 3.3, 3.4) dépeignent les hypothèses employées au cours de l'étude pour déterminer la meilleure estimation du nombre moyen de sinistres indemnisés par le Fonds, du coût moyen des sinistres indemnisés par le Fonds et du montant moyen retenu à prévoir pour les cas de sinistres catastrophiques et/ou exceptionnels. Les données nécessaires à la mise en place de ces différentes hypothèses ont été fournies par Assuralia au cours des phases III et IV : une base de données globale (tous les sinistres clôturés entre 2001 et 2005) comportant assez peu de caractéristiques sur chaque sinistre et une base de données plus détaillée mais moins fournie, dénommée ci-après l'échantillon. Certains éléments ont expressément été calculés sur base des données globales (comme le pourcentage de sinistres graves par exemple) et d'autres via l'échantillon récolté (distribution des sinistres recevables au sein de la population des sinistres graves par exemple).

Sur base des hypothèses formulées dans les sections précédentes, une évaluation du coût moyen total du système est réalisée à la section 3.5.

<sup>16</sup> (7), p 21 & (8), p 19.

<sup>17</sup> (7), p 43.

Cependant, le montant obtenu dans la section 3.5 est le coût moyen total pour l'année de survenance 2009 si tous les sinistres étaient liquidés en 2009. Or, le chapitre 2 a mis en exergue les délais largement supérieurs à un an entre le dépôt d'une plainte et l'indemnisation finale. Il s'agira donc d'extrapoler et dérouler ce montant pour obtenir les montants réellement supportés par le Fonds au cours des années calendaires futures. Ce déroulé est traité au sein de la section 3.6.



Les notations suivantes –  $i, j, C(j,i), \text{dev}_i, \text{tx. inflation}$  – sont définies à la section 3.6.

Alors que la section 3.7 revient sur les hypothèses prudentes qui jalonnent cette étude, la section 3.8 analyse la sensibilité du coût du nouveau système à trois phénomènes particuliers :

- la manière dont est évalué le taux d'invalidité soit selon le Barème Officiel Belge des Invalidités (B.O.B.I.) soit selon le barème européen ;
- la cadence de règlement ;
- l'incidence des infections nosocomiales.

Les dépenses du Fonds ne se limitent pas uniquement au montant des indemnités. En effet, les frais de fonctionnement, les expertises, les frais d'honoraires sont autant d'éléments qui viennent encore alourdir le bilan. Une évaluation sommaire de ces derniers est effectuée dans la section 3.9.

Enfin, ramener à l'échelle de la population belge les dépenses de l'O.N.I.A.M. telles que exposées dans la note au Conseil des Ministres est sans conteste un raisonnement périlleux. En effet, une série de corrections doivent d'abord être apportées afin de pouvoir comparer les résultats trouvés dans cette étude et ceux observés sur le marché français. La section 3.10 poursuit cet objectif ambitieux.

## 3.2 NOMBRE MOYEN DE SINISTRES A INDEMNISER PAR LE FONDS

En l'absence de données cohérentes et précises du nombre moyen de sinistres déclarés par an (voie amiable et contentieuse confondue) sur le sol français, l'analyse de la fréquence de sinistres aura pour point de départ les fréquences obtenues au cours des phases précédentes. Par contre, nombreuses sont les statistiques disponibles une fois le niveau des C.R.C.I. atteint et ce, jusqu'à l'indemnisation par l'O.N.I.A.M.

Une première étape consiste à estimer le nombre de sinistres qui pourraient être déclarés par an en Belgique. Notons que cette étape I a déjà été validée à trois reprises et est donc succinctement exposée. Ensuite, des statistiques étrangères et plus particulièrement des statistiques françaises seront employées pour dériver finalement le nombre de sinistres à indemniser par le Fonds.

Au vu des éléments présentés dans le chapitre 2, le passage du nombre de sinistres qui pourraient être déclarés en Belgique au nombre de sinistres qui seront réellement indemnisés par le Fonds nécessitent 4 étapes supplémentaires :

- I. pourcentage de sinistres potentiellement indemnisables parmi les sinistres déclarés (étape 2) ;

2. pourcentage de sinistres recevables parmi les sinistres potentiellement indemnisables (étape 3) ;
3. pourcentage de sinistres recevables s'adressant au Fonds (étape 4) ;
4. pourcentage des sinistres recevables ayant empruntés la voie du fonds et indemnisés par ce dernier (étape 5).

Au terme de cette section, un schéma récapitulatif, reprenant les principales hypothèses, est présenté.

### 3.2.1 Etape I

Le point de départ du raisonnement s'inspire donc des rapports des phases III et IV qui avaient pour ambition de mettre en place une méthodologie d'évaluation du nombre moyen de sinistres déclarés causés par un accident médical, que la responsabilité du prestataire de soins soit engagée ou non et quelque soit l'ampleur du dommage. Rappelons brièvement cette méthodologie...

Sur base de cette méthodologie et des nouvelles données C.B.F.A. (chiffres de 1998 à 2007), le nombre moyen de sinistres R.C. médicale déclarés par an peut être estimé. Pour ce faire, il a fallu compléter le triangle du nombre de sinistres déclarés par la méthode Chain-Ladder pour obtenir le nombre ultime de sinistres déclarés par année de survenance (dernière colonne)<sup>18</sup>. Cette méthode est succinctement décrite à l'annexe I. Il est dès lors possible de calculer le nombre de sinistres moyen déclarés ou enregistrés par an, soit 1.851<sup>19</sup>. Par "sinistres enregistrés", il faut entendre ce qui suit : pour qu'un sinistre déclaré puisse être repris dans la statistique, il faut qu'un dossier soit ouvert, même si celui-ci est classé sans suite peu de temps après l'ouverture.

**Tableau I : Nombre de sinistres déclarés (triangle C.B.F.A.)**

Nombre de sinistres	Années de développement										ultime
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1998	1.572	1.828	2.040	2.093	2.117	2.142	2.152	2.163	2.168	2.170	2.170
1999	1.400	1.785	1.880	1.932	1.950	1.967	1.982	1.994	2.000		2.003
2000	1.361	1.644	1.706	1.758	1.778	1.801	1.820	1.826			1.833
2001	1.341	1.608	1.677	1.724	1.757	1.788	1.803				1.819
2002	1.218	1.447	1.542	1.603	1.622	1.646					1.673
2003	1.082	1.319	1.420	1.464	1.474						1.517
2004	1.412	1.706	1.774	1.789							1.863
2005	1.317	1.611	1.665								1.780
2006	1.400	1.666									1.886
2007	1.442										1.971
<b>Coefficients Chain-Ladder</b>		1,208	1,058	1,027	1,012	1,013	1,008	1,005	1,003	1,001	

Le triangle exposé ci-dessus diffère de celui de la phase IV en ce sens qu'il incorpore directement dans chaque cellule les trois entreprises d'assurance précédemment absentes. Pour rappel, ces trois entreprises d'assurance représentant près de 8% de l'encaissement de primes n'avaient pas été initialement incluses dans le triangle C.B.F.A. pour les années 1998-2006. Une correction ex-post avait alors été réalisée.

Assuralia nous a également informés qu'une quatrième compagnie d'assurance était également absente des données du triangle pour l'année 2007 ; compagnie qui représentait à elle seule 22% du marché. Cette correction a également été apportée. Le point 6.1 de l'annexe fournit les données d'origine telles que communiquées par la C.B.F.A.

<sup>18</sup> (9), p 33.

<sup>19</sup> (7), p 11

D'après les statistiques fournies par la compagnie 3 via Assuralia<sup>20</sup>, seuls 30% de ces sinistres déclarés conduisent à une indemnisation strictement positive de la victime (donc environ  $0,3 \times 1.851 = 555$  par an)<sup>21</sup>. En somme, 70% de dossiers estimés sur base de ce triangle n'ont par conséquent jamais donné lieu à une indemnisation aux victimes.

Néanmoins, il convient de rajouter les sinistres médicaux de la R.C. exploitation qui seront plus que probablement indemnisés dans le nouveau système. En effet, les données relatives à la couverture R.C. médicale comprise dans les polices R.C. exploitation (souscrites par exemple par les hôpitaux) ne sont pas directement disponibles auprès de la C.B.F.A. Ces chiffres sont noyés dans les statistiques relatives à la R.C. exploitation générale. Cependant, outre un volet R.C. médicale, la R.C. exploitation intervient pour d'autres sinistres tels qu'une chute dans un escalier de l'hôpital, le vol d'effets personnels, etc. Ne disposant pas de statistiques précises à cet égard, il apparaît prudent de négliger le poids financier des autres sinistres couverts par la R.C. exploitation. Sur base des résultats de la phase II, il a été estimé que la R.C. exploitation représentait au total 63% de la R.C. médicale. On obtient environ  $555 \times 1,63 = 905$  par an<sup>22</sup>. Ce facteur a été calculé sur base de la comparaison prudente du volume des primes acquises par ces deux branches au cours des exercices 2000-2003<sup>23</sup>. En outre, l'utilisation implicite de ce facteur suppose également que les coûts de ces sinistres soient comparables au coût des sinistres de la branche R.C. médicale.

Sur base des statistiques fournies par l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes (A.N.M.C.) couvrant une période de 7 ans (1994-2000), le nombre de sinistres potentiellement indemnisables s'élève à  $905 \times 9,45 = 8.556$  sinistres par an<sup>24</sup>. Vu l'importance du facteur 9,45 (qui représente l'importance relative du nombre d'accidents thérapeutiques par rapport au nombre de dossiers où il y a eu indemnisation par les assureurs) dans l'établissement du nombre de sinistres, une validation externe s'impose. A ce sujet, le Département juridique de l'A.N.M.C. est parvenu au moyen d'un raisonnement empirique à un coefficient de 9,55<sup>25</sup>.

### 3.2.2 Etape 2

Les sinistres déclarés ne sont pas tous susceptibles d'indemnisation même si les conditions d'indemnisations étaient très larges comme en Suède. On observe en effet dans ce pays que seulement 45% des sinistres déclarés conduisent à une indemnisation.

Compte tenu de la nécessité d'une évaluation prudente, l'hypothèse retenue pour la Belgique était que 60% des plaintes<sup>26</sup> pourraient conduire à une indemnisation si les critères d'indemnisation de la Suède étaient retenus. Les dossiers potentiellement indemnisables ne sont plus alors que de  $60\% \times 8.556 = 5.133$  dossiers<sup>27</sup>.

---

20 (7), p 11-12.

21 (8), p 18 et (7), p 12.

22 (9), p 35.

23 (9), p 35.

24 (9), p 73.

25 (9), p 71-72.

26 (7), p 21.

27 Les résultats sont présentés sans décimale dans cette étude mais les calculs ont été effectués de manière exacte.

### 3.2.3 Etape 3

La troisième étape consiste alors à estimer combien de sinistres sont recevables au sens de la loi française sur les 5.133 sinistres potentiellement indemnissables. Cette estimation est rendue possible grâce à l'exploitation des deux bases de données, i.e. la base de données globale et l'échantillon complémentaire d'Assuralia.

En appliquant le théorème des probabilités totales et en définissant l'événement P comme le fait qu'un sinistre potentiellement indemnissable soit recevable, au sens de la loi française, sur base uniquement des conditions d'I.P.P et/ou d'I.T.T.<sup>28</sup> et l'événement F comme le fait qu'un sinistre soit considéré comme grave au sens économique du terme, c'est-à-dire une indemnité recours compris (mais sans intérêts légaux) dont le montant dépasse 15.000€. La probabilité  $Pr[P]$  associée à l'événement P peut s'envisager comme suit

$$Pr[P] = Pr[P|F] \times Pr[F] + Pr[P|\bar{F}] \times Pr[\bar{F}] \quad (3.3)$$

où :

$Pr[P]$  = Probabilité qu'un sinistre potentiellement indemnissable soit recevable sur base des deux premières conditions du seuil de gravité, à savoir l'I.P.P. et/ou l'I.T.T.

$Pr[P|F]$  = Probabilité d'avoir un sinistre recevable au sens de la loi française (mesurée en terme d'I.P.P. ou d'I.T.T) sachant que ce sinistre est un sinistre grave.

$Pr[F]$  = Probabilité qu'un sinistre potentiellement indemnissable soit considéré comme grave

$Pr[P|\bar{F}]$  = Probabilité d'avoir un sinistre recevable au sens de la loi française (mesurée en terme d'I.P.P. ou d'I.T.T) sachant que ce sinistre est un sinistre standard.

$Pr[\bar{F}]$  = Probabilité qu'un sinistre potentiellement indemnissable soit considéré comme standard

Au sein de la population générale (initialement composée des données de 6 entreprises d'assurance totalisant à elles seules plus de 13.000 sinistres), il avait été calculé lors de la phase IV les paramètres suivants :

**Tableau 2 : Pourcentage de sinistres graves**

Entreprise (1)	Nbre sin > 0 (2)	Nbre sin > 15.000 rec. ss int. (3)	Nbre sin > 15.000 ss rec. ss int. (4)	Pourcentage rec. ss int. (5)	Pourcentage ss rec. ss int. (6)
1	236	36	35	15,25%	14,83%
2	132	26	24	19,70%	18,18%
3	119	2	2	1,68%	1,68%
4	52	15	15	28,85%	28,85%
5	1209	95	87	7,86%	7,20%
6					
Total	1748	174	163	9,95%	9,32%
Total sans 3	1629	172	161	<b>10,56%</b>	9,88%

- Le nombre de sinistres ayant conduit à une indemnisation strictement positive en faveur de la victime (2<sup>ème</sup> colonne)
- Le nombre de sinistres ayant conduit à une indemnisation recours compris, supérieure à 15.000 € (3<sup>ème</sup> colonne)

<sup>28</sup> Le caractère exceptionnel au sens de la loi française n'est pas traité dans la probabilité P dans la mesure où les données fournies par Assuralia ne le permettent pas. Ce caractère exceptionnel est néanmoins examiné ultérieurement au travers de la probabilité E.



- Le nombre de sinistres ayant conduit à une indemnisation pour laquelle la victime a touché un montant supérieure à 15.000€ (4<sup>ème</sup> colonne)
- Les colonnes 5 et 6 sont le pendant des colonnes 3 et 4 hormis qu'elles sont exprimées en pourcentage du nombre de sinistres strictement positifs.

Il n'avait pas été possible d'exploiter les données provenant de l'entreprise 6 en raison du fait que cette dernière ne faisait pas la distinction entre les sinistres R.C. exploitation et les sinistres R.C. médicale. En outre, l'entreprise 3 présente des sinistres en moyenne très faibles étant donné que seuls les sinistres survenus après 2000 et complètement réglés avant 2005 ont été comptabilisés dans leur base de données, omettant dès lors les sinistres plus anciens qui s'avèrent être en général les plus coûteux. Il est donc préférable de ne pas tenir compte des particularités de la compagnie 3 et ce, par souci de prudence.

Selon que l'on travaille avec les indemnités recours compris ou les indemnités à la victime (hors recours), on obtient respectivement 10,56% et 9,88%. Etant donné que dans un premier temps, on se limitera à l'évaluation du coût total des indemnisations recours compris ; la probabilité qu'un sinistre potentiellement indemnisable soit considéré comme grave est dans ce cas égale à 10,56%. On peut également déduire de cette dernière que la probabilité qu'un sinistre potentiellement indemnisable soit considéré comme standard équivaut à  $1 - 0,1056 = 0,8944$ .

Reste à présent à évaluer d'une part le pourcentage de sinistres recevables au sein de la population de sinistres graves,  $\Pr[P|F]$ , et d'autre part le pourcentage de sinistres recevables au sein de la population de sinistres standards  $\Pr[P|\bar{F}]$ .

La seconde base de données (l'échantillon), plus précise, fournit à cet égard deux informations pertinentes : le degré d'invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) et le nombre de jours d'invalidité Totale Temporaire (I.T.T.). Le tableau suivant en reprend les statistiques de fréquence hors sinistres catastrophiques ou exceptionnels.

**Tableau 3 : Statistiques de fréquence calculées sur base de l'échantillon d'Assuralia, recours compris (phase IV)**

Nbre sin échantillon	Nbre sin graves	Nbre sin standards	Nbre sin I.P.P. ≥ 25%	Nbre sin I.T.T. > 182j
495	131	364	65	29

Nbre sin recevables	Nbre sin graves recevables	Nbre sin standards recevables
82	76	6

Remarquons que le nombre de sinistres recevables ne correspond pas à la somme des sinistres pour lesquels un taux d'invalidité permanente partielle supérieur à 25% et des sinistres pour lesquels le nombre de jours d'invalidité totale excède 182 jours. Cet écart s'explique par le fait que 12 sinistres cumulent ces deux caractéristiques.

Sur base de deux conditions de recevabilité, 76 sinistres graves sont recevables (sur 131) et 6 sinistres standards le sont (sur 364). Il est à présent possible d'évaluer la probabilité P grâce à la relation 3.3 :

$$\Pr[P] = \frac{76}{131} \cdot 0,1056 + \frac{6}{364} \cdot (1 - 0,1056) = 0,07599$$

Toutefois, cette probabilité P est insuffisante pour rendre totalement compte de la probabilité qu'un sinistre soit recevable au sens de la loi française. De fait, la probabilité P doit être corrigée étant donné qu'elle omet le cas où le caractère de gravité peut être reconnu à titre exceptionnel. En effet, pour être indemnisée, la victime doit avoir subi un dommage dont les conséquences peuvent être soit objectivement mesurées (I.P.P. supérieure à 25% ou I.T.T. supérieure à 182 jours) soit subjectivement évaluées (inaptitude à exercer sa précédente activité professionnelle ou existence de troubles

suffisamment graves dans les conditions d'existence). Sur base de l'échantillon fourni par Assuralia, seules les conséquences objectives ont pu être identifiées. Pour prendre en compte cette extension du champ d'application aux circonstances exceptionnelles, il convient de corriger la probabilité P en lui appliquant un certain coefficient. Selon les quatre derniers rapports annuels du C.N.A.M., 17% des indemnisations le seraient en vertu de ce dernier critère. Cet élément ne peut donc en aucun cas être négligé. En somme, la probabilité P (7,6%) ne couvre que 83% des sinistres recevables.

**Tableau 4 : Pourcentage des indemnisations répondant au caractère exceptionnel**

	Troubles graves dans les conditions d'existence	Inaptitude à exercer une activité professionnelle	TOTAL
2003-2004	11%	4%	15%
2004-2005	11%	3%	14%
2005-2006	18%	2%	20%
2006-2007	16%	2%	18%
<b>Moyenne</b>	14%	2,75%	<b>16,75%</b>

Fixons l'événement E comme étant le fait qu'un sinistre soit totalement recevable au sens de la loi française. La probabilité Pr[E] associée à l'événement E est obtenue en réincorporant le caractère exceptionnel au sens de la loi française :

$$\text{Pr}[E] = \frac{\text{Pr}[P]}{(1 - 0,17)} = \frac{0,07599}{0,83} = 0,09157$$

où :

Pr[E] = Probabilité qu'un sinistre potentiellement indemnisable soit totalement recevable au sens de la loi française

Pr[P]= Probabilité qu'un sinistre potentiellement indemnisable soit recevable sur base des deux premières conditions du seuil de gravité, à savoir l'I.P.P. et/ou l'I.T.T.

On peut dès lors déduire la proportion de sinistres recevables au sens de la loi française parmi la population de sinistres potentiellement indemnissables ; il s'agit des 5.133 dossiers en supposant que 60% de dossiers déclarés soient potentiellement indemnissables.

Ce pourcentage est cependant à nuancer. En effet, dans la note d'orientation proposée par la Ministre des affaires sociales et de la Santé publique, il est fait mention d'une divergence d'évaluation entre le taux d'incapacité du barème français et le taux d'invalidité du barème belge. Si l'on souhaitait retenir un seuil comparable à celui de 25% en France, il faudrait probablement fixer un taux de 30% dans le référentiel belge. L'estimation de 10% réalisée précédemment s'avère donc prudente. La section 3.8 propose à ce sujet une analyse de sensibilité dans laquelle le taux d'I.P.P. est un des paramètres variables.

Finalement, le nombre de sinistres potentiellement indemnissables et recevables par an en Belgique s'élèverait à  $9,16\% \times 5.133 = 470$ .

### 3.2.4 Etape 4

En se basant sur le système français, ces 470 sinistres recevables (standards et graves confondus) se verront réglés soit par voie amiable (en distinguant ceux qui transiteraient par le pendant belge des C.R.C.I. françaises de ceux qui seraient traités directement entre parties concernées) soit par voie contentieuse et, au final, se verront financés soit par les assureurs du prestataire de soins mis en faute soit par le Fonds d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux. Chacun de ces cas est étudié ci-dessous.

Dans le système français, le Fonds intervient à la demande expresse des C.R.C.I.<sup>29</sup> Dans son dernier rapport d'activité, l'O.R.M. mentionne que, pour les dossiers définitivement clos en 2006, 32% des sinistres graves transitent par les C.R.C.I.

**Tableau 5 : Voies de règlement pour les sinistres graves**

	AP-HP*	ASSUREURS	O.N.I.A.M.	Total	
<i>AMIABLE</i>	55%				
C.R.C.I.	1	59	176	236	<b>32,11%</b>
Hors C.R.C.I.	15	153	0	168	22,86%
<i>JURIDIC</i>	45%				
Post C.R.C.I.	0	0	1	1	0,14%
Direct	11	318	1	330	44,90%
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>529</b>	<b>178</b>	<b>735</b>	

\*Assistance publique – Hôpitaux de Paris

A cet égard, l'O.N.I.A.M. insiste sur le fait que ces dernières années semblent avoir été le théâtre de modifications dans cette répartition, en enregistrant notamment un transfert du juridictionnel vers la procédure amiable. Ceci signifie pratiquement que la répartition amiable/juridictionnel (45%/55%) est probablement en train d'évoluer. Cependant, en l'absence de chiffres plus précis susceptibles de pouvoir étayer cette affirmation, il a été décidé de concert de conserver la répartition proposée dans le tableau 5.

Par contre, très peu de sinistres standards arrivent aux C.R.C.I. car ils sont en général irrecevables, comme en témoigne l'indemnisation moyenne versée par l'O.N.I.A.M. largement supérieure à 15.000€.

Ces derniers sont le plus souvent traités directement entre les parties concernées à savoir la victime et l'assureur du prestataire de soins ou le prestataire lui-même. Il est donc prudent de considérer que  $32\% \times 470 = 150$  sinistres recevables recevraient un avis favorable à une indemnisation de la part du Fonds.

<sup>29</sup> Il existe un seul et unique cas où l'O.N.I.A.M. a été forcée par le juge à indemniser la victime d'un aléa thérapeutique (cas en pointillés). Cette possibilité a donc été abandonnée dans cette étude étant donné d'une part le manque d'information et d'autre part la pertinence du montant indemnisé.

### 3.2.5 Etape 5

L'avis positif rendu par les C.R.C.I. françaises peut conduire à une indemnisation soit de l'assureur soit de l'O.N.I.A.M. voire des deux simultanément<sup>30</sup>. Sur base des statistiques provenant du dernier rapport de la C.N.A.M<sup>31</sup>. et confirmé par le rapport d'activité de l'O.N.I.A.M. du second semestre 2007<sup>32</sup>, 53% des demandes d'indemnisation sont à destination de l'O.N.I.A.M<sup>33</sup>. En appliquant ce pourcentage aux sinistres restant, on peut évaluer le nombre moyen de sinistres qui seraient indemnisés en Belgique par le Fonds, à savoir  $53\% \times 150 = 80$ .

Cette estimation ne prend pas directement en compte deux phénomènes antagonistes. Le premier phénomène est que l'O.N.I.A.M. peut intervenir dans certains dossiers dans lesquels l'assureur n'a pas fait d'offre d'indemnisation ou dans lesquels le délai de 4 mois est dépassé. Dans ce cas, l'O.N.I.A.M. se substitue à l'assureur pour faire offre à la victime. Le nombre moyen de sinistres indemnisés par le Fonds pourrait dès lors être supérieur à 80. Remarquons qu'une fois l'offre acceptée par la victime, l'O.N.I.A.M. est subrogé dans les droits de la victime et est libre de se retourner contre le responsable et sa compagnie d'assurance devant le juge. Le montant avancé par l'O.N.I.A.M. pourrait alors être récupéré. Cette récupération tardive (et peut-être pas totale) de l'O.N.I.A.M. fait néanmoins planer le spectre, à terme, de problèmes de trésorerie. Le second phénomène est la possibilité pour l'O.N.I.A.M. de refuser une indemnisation alors même que les C.R.C.I. ont rendu un avis favorable et ce, en raison du non-respect des conditions légales d'engagement de la dépense publique. Dans ce cas, l'O.N.I.A.M. interviendrait pour moins de 80 demandes. La documentation officielle ne renseignant aucune information chiffrée significative sur l'importance respective de chacun de ces deux phénomènes, les auteurs ont dès lors préféré négliger ces deux phénomènes antagonistes. .

A ces 80 sinistres viennent encore s'ajouter non seulement les sinistres catastrophiques et/ou exceptionnels mais également les sinistres causés par les infections nosocomiales. Ces deux derniers éléments sont traités dans des sections ultérieures.

### 3.2.6 Récapitulatif des hypothèses

Eu égard au nombre de clés de répartition utilisées dans la modélisation des fréquences de sinistres, un schéma récapitulatif est proposé ci-dessous.

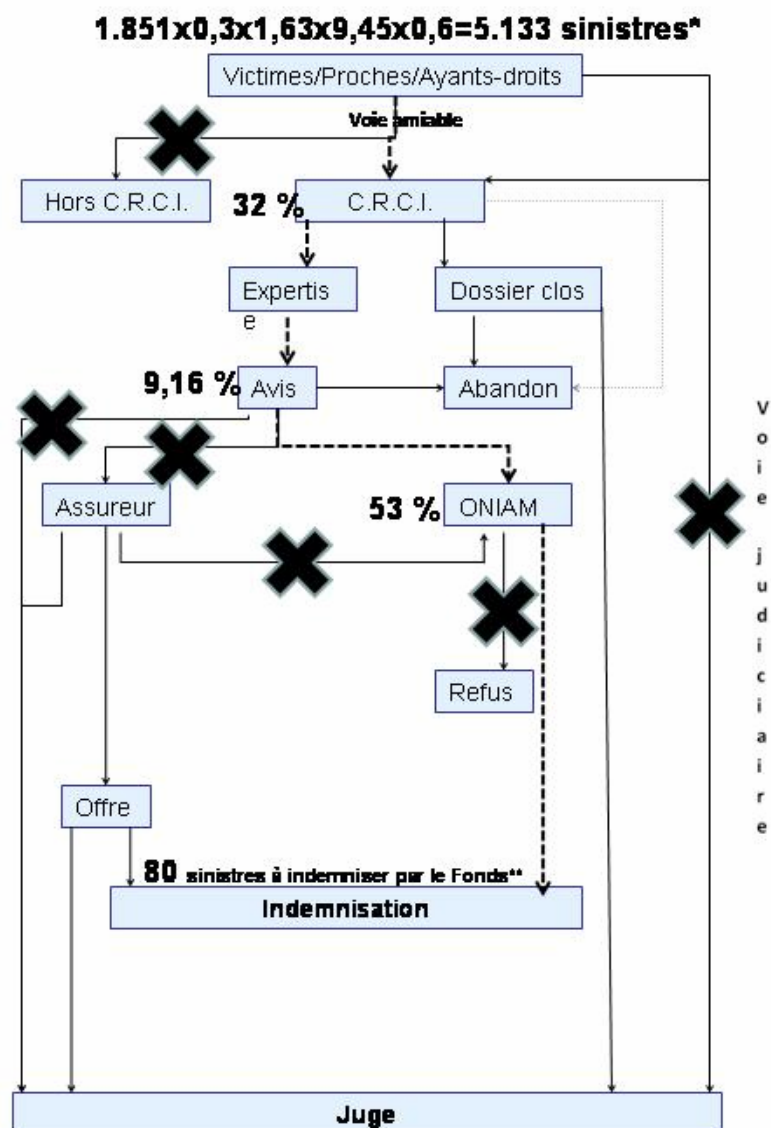
'La voie en pointillés est celle qui a été suivie pour l'estimation du nombre de sinistres à indemniser par le Fonds. Les croix noirs représentent, quant à elle, des éléments n'intervenant pas dans l'évaluation du coût de la transposition du système français en Belgique ou des éléments volontairement omis en raison de leur non-représentativité ou de leur non-intervention dans le coût global à charge du Fonds.

<sup>30</sup> L'O.N.I.A.M. se réserve toutefois le droit de refuser d'indemniser une victime si elle juge que les conditions légales d'engagement de la dépense publique ne sont pas valablement motivées.

<sup>31</sup> (2), p 27.

<sup>32</sup> (13), p 9.

<sup>33</sup> Cette moyenne a été obtenue en prenant en compte non seulement les indemnisations uniquement à charge de l'O.N.I.A.M. mais également les indemnisations où l'O.N.I.A.M. n'intervient que de manière partielle.



\* Les résultats sont présentés sans décimale dans cette étude mais les calculs ont été effectués de manière exacte.

\*\*Hors sinistres catastrophiques/exceptionnels et sinistres liés à une infection nosocomiale.

### Messages clés

- Le nombre de sinistres à indemniser chaque année par le Fonds en Belgique (hors sinistres catastrophiques/exceptionnels et hors sinistres causés par les infections nosocomiales), si on y appliquait le système français, est estimé à 80.
- Cette estimation repose partiellement sur des statistiques françaises relativement anciennes (2006).

### 3.3 COÛT MOYEN DES SINISTRES A INDEMNISER PAR LE FONDS

Avant de procéder à des tests statistiques ayant pour but de comparer les coûts de l'échantillon français et de l'échantillon belge, une étude descriptive fouillée de la base de données des sinistres fournie par Assuralia est proposée dans cette section.

#### 3.3.1 Etude descriptive de la base de données des sinistres Assuralia

Dans un premier temps, nous nous pencherons sur la gravité des sinistres appréciée ici soit par le taux d'I.P.P. soit par le nombre de jours d'I.T.T. Dans un second temps, un examen plus approfondi des coûts moyens des sinistres avec et sans recours sera effectué. L'ensemble des estimations dont il est fait mention dans cette section correspond en moyenne à l'année calendaire 2003.

On observe dans le tableau ci-dessous une surreprésentation des sinistres graves dans les tranches où la gravité du sinistre est importante par rapport aux sinistres standards. Par opposition, la majorité des sinistres standards se rencontrent dans la première tranche d'I.P.P. Il semble dès lors que les victimes les plus sévèrement touchées bénéficient d'une indemnisation plus large des assureurs. Remarquons également que 5 décès n'ont donné lieu qu'à une réparation inférieure à 15.000€.

**Tableau 6 : Répartition des effectifs par taux d'I.P.P. (recours compris)**

Répartition des effectifs par taux d'I.P.P.	Sinistres graves	Pourcentage sin. graves	Sinistres standards	Pourcentage sin. standards	Total
<10%	45	34%	356	98%	401
10%≤x<25%	27	21%	2	1%	29
25%≤x<50%	19	15%	1	0%	20
50%≤x≤100%	15	11%	0	0%	45
Décès	25	19%	5	1%	
Total	131	100%	364	100%	495

Le tableau suivant donne la répartition des sinistres graves et des sinistres standards selon leur gravité évaluée par le nombre de jours d'I.T.T. Des interprétations semblables à celles fournies lors de l'étude du précédent tableau peuvent être effectuées. Par exemple, les longs délais d'inactivité sont généralement associés aux sinistres graves. Notons en outre que certains sinistres ont donné lieu non seulement à un taux d'I.P.P. supérieure à 25% mais également à une période d'inactivité de travail supérieure à 6 mois.

**Tableau 7 : Répartition des effectifs par nombre de jours d'I.T.T. (recours compris)**

Répartition des effectifs par Nbre de jours (j) d'I.T.T.	Sinistres graves	Pourcentage sin. graves	Sinistres standards	Pourcentage sin. standards	Total
0 j	39	30%	199	55%	238
0j<y≤100j	38	29%	158	43%	196
100j<y≤182j	25	19%	7	2%	32
182j<x≤360j	11	8%	0	0%	11
>360j	18	14%	0	0%	18
Total	131	100%	364	100%	495

Pour chacun des sinistres de l'échantillon, les compagnies d'assurance ont retrouvé dans leurs dossiers-papiers le détail des indemnisations avec ventilation en montants payés aux victimes et recours des mutuelles. Cette ventilation permet la comparaison entre les données françaises et les données belges.

On observe que les coûts moyens avec recours sont généralement plus élevés que ceux sans recours. La différence se marque principalement pour le coût moyen des sinistres recevables, notamment en raison des recours dans les frais médicaux et ceux dans le préjudice économique.

Observons néanmoins que le coût moyen des sinistres graves est plus faible avec recours que sans recours. Ceci se justifie par le fait que le nombre de sinistres graves passe de 114 (hors recours) à 131 (recours compris). Ces 131-114=17 sinistres sont caractérisés par des montants (recours compris) relativement faibles, venant grever le coût moyen.

**Tableau 8 : Coût moyen des sinistres avec ventilation (chiffres 2003)**

	Hors recours	Recours compris
Coût moyen des sinistres standards	3.548€	3.777€
Coût moyen des sinistres graves	80.522€	79.372€
<b>Coût moyen des sinistres recevables</b>	<b>97.706€</b>	<b>107.163€</b>

Remarquons qu'Assuralia a fourni un complément à l'échantillon initial composé de 12 sinistres recevables. Le coût moyen des 11 derniers sinistres hors recours et recours compris s'élève respectivement à 108.808€ et à 132.935€ (chiffres 2007)<sup>34</sup>. Ces résultats sont cohérents<sup>35</sup> avec ceux obtenus dans le tableau précédent. En effet, en supposant un taux d'inflation de 3% par an, le coût moyen des sinistres recevables recours compris s'établirait à 120.613€ en 2007. Nous avons dès lors négligé ces nouvelles valeurs. Vérifions à présent si les coûts engendrés par le système français sont en adéquation avec ceux extraits du marché belge.

<sup>34</sup> Le premier sinistre est un sinistre exceptionnel dans la mesure où le montant de son indemnisation excède 1.000.000€ et il n'est par conséquent pas possible de l'associer aux 11 derniers.

<sup>35</sup> Ces résultats sont cohérents d'un point de vue statistique à 95% avec une p-valeur = 0,8184.

### 3.3.2 Validation statistique des données extraites du marché belge

L'approche pratiquée dans cette étude repose sur l'hypothèse que les coûts des indemnités à charge du Fonds sont semblables à ceux supportés par les assureurs privés pratiquant la R.C. médicale.

Afin d'être sûr de pouvoir utiliser les données sur les coûts belges émanant de l'échantillon, trois tests statistiques ont été mis en œuvre : deux tests de Student et un test chi-carré. Ces tests se limitent à vérifier que les montants enregistrés pour les sinistres graves (hors intérêts légaux) sont similaires aux coûts des sinistres observés en France étant entendu que les sinistres recevables sont généralement des sinistres graves<sup>36</sup>. A cette fin, il est fait usage des statistiques fournies par le rapport d'installation de l'O.R.M. (chiffres de 2006).

Par souci de cohérence avec les données françaises, deux ajustements sont indispensables :

- Chacune des données recueillies dans l'échantillon a été inflatée séparément pour pouvoir prendre en compte l'évolution du coût des soins de santé entre 2003 (année de référence moyenne pour l'échantillon fourni par Assuralia) et 2006 (année de référence pour l'échantillon fourni par l'O.R.M.). Par cohérence avec les phases précédentes, le taux d'évolution des coûts a été fixé à 3%.
- Outre cette première correction et en vertu de l'hypothèse centrale qui guide cette étude (transposition du système français en Belgique), les montants de sinistres à prendre en considération sont ceux incorporant les recours. Ceci s'explique par le fait que les données françaises disponibles incorporent les montants de l'intervention des organismes sociaux comme en atteste le tableau suivant<sup>37</sup> :

**Tableau 9 : Données financières**

	Assureurs	O.N.I.A.M.
Global	48.375.362 €	20.365.326 €
dont ORGSS	8.256.513 €	6.973.465 €
<b>Coût moyen</b>	<b>90.000 €</b>	<b>114.000 €</b>

Vérifions à présent la pertinence des coûts enregistrés dans l'échantillon fourni par Assuralia. Le test t de Student est un test paramétrique permettant de comparer la moyenne observée d'un échantillon statistique (données de l'échantillon soumis par Assuralia) à une valeur fixée (issue des données françaises).

Le premier test de Student permet de savoir si les sinistres graves indemnisés par les assureurs français correspondent à ceux indemnisés par les assureurs belges (au niveau de leur moyenne). Après vérification des conditions d'application, ce test a été réalisé au moyen du logiciel statistique R. Les résultats sont présentés ci-dessous :

t = -0.6783	df = 135	p-value = 0.4987
alternative hypothesis: true mean is not equal to 90.000		

Les résultats de ce test sont concluants puisqu'on ne peut pas rejeter l'hypothèse nulle (p-value>0.05) qui était que la moyenne du coût des sinistres graves français (90.000€) correspondait au coût moyen des sinistres graves belges.

<sup>36</sup> Etant donné la très faible représentativité des sinistres standards recevables, il semble très peu pertinent de s'attacher à valider ce type de sinistres

<sup>37</sup> (11), p 18.



Le second test de Student permet de savoir si les sinistres graves indemnisés par l'ONIAM correspondent à ceux indemnisés par les assureurs belges (au niveau de leur moyenne). Les conditions d'application du test ont été contrôlées.

t = 0.6868	df = 75	p-value = 0.4944
alternative hypothesis: true mean is not equal to 114.000		

Au vu de ces résultats, il est possible de conclure avec 95% de certitude que les coûts des sinistres graves belges recevables au sens de la loi française obtenus sur base de l'échantillon ne divergent pas de la moyenne française.

Reste à vérifier la répartition des effectifs par tranche de montants. Pour ce faire, le test chi-carré est approprié. Il s'agit d'un test statistique non-paramétrique permettant de comparer la distribution observée dans un échantillon statistique à une distribution théorique. Pour que ce test soit valide, les deux répartitions empiriques doivent être supérieures à 5. Dans le cas contraire, il s'avère nécessaire de procéder à un regroupement pour atteindre un effectif au moins égal à 5. C'est pourquoi les trois dernières tranches ont été rassemblées comme en atteste le tableau suivant :

**Tableau 10 : Répartition des effectifs par tranche de montants**

Tranche de montant (S)	O.N.I.A.M.	Echantillon Assuralia
15.000 ≤ S < 50.000	82	32
50.000 ≤ S < 100.000	44	13
100.000 ≤ S < 200.000	24	15
200.000 ≤ S < 300.000	9	9
300.000 ≤ S < 400.000	10	4
400.000 ≤ S < 500.000	4	0
500.000 ≤ S < 1.000.000	4	3
	} 18	} 7

Les résultats du test chi-carré sont formulés ci-dessous :

X-squared = 20	df = 16	p-value 0.2202
----------------	---------	----------------

La p-valeur étant supérieure à 0,05, on ne peut donc pas rejeter l'hypothèse selon laquelle la répartition des effectifs par tranche de montants observés en Belgique diverge de la répartition française avec un niveau d'erreur à 5%.

Cette batterie de tests statistiques (portant uniquement sur les sinistres graves) ont finalement permis de démontrer que l'échantillon belge n'est pas résolument incompatible avec les données du marché français.

Cette validation autorise donc l'exploitation du coût des sinistres recevables hors catastrophiques et exceptionnels (standards et graves confondus) appartenant à l'échantillon recueilli par Assuralia.

Ces sinistres sans rapport avec les autres sont traités dans la section suivante. Le tableau suivant reprend quelques statistiques descriptives relatives à ces observations, chiffres en moyenne de 2006 :

**Tableau 11 : Statistiques descriptives relatives aux coûts moyens des sinistres recevables au sens de la loi française, recours compris (chiffres de 2006)**

Nbre observations	Moyenne	Minimum	Maximum	Q <sub>0,25</sub>	Q <sub>0,50</sub>	Q <sub>0,75</sub>
81*	117.100**	0	593.900	27.090	67.170	150.700

\* le nombre de sinistres recevables est bel et bien 82 mais pour évaluer le coût moyen nous avons volontairement omis le sinistre exceptionnel.

\*\* 107.163€ x(1,03)<sup>3</sup>

Le coût moyen des sinistres qui seraient à charge du Fonds d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux se chiffre à  $107.163 \times 1,03^3 = 117.100\text{€}$  en 2006.

Etant entendu que la transposition du système français en Belgique s'effectuerait en 2009, il faut inflater une seconde fois ce coût moyen. Le même taux de 3% a été conservé. Le coût moyen des sinistres à charge du fonds serait de  $117.100 \times (1,03)^3 = 127.958\text{€}$ . A l'heure actuelle, c'est-à-dire sans prendre en compte les sinistres catastrophiques/exceptionnels, les sinistres causés par les infections nosocomiales et les frais d'administration, le coût de la transposition du système français en Belgique s'établirait donc à  $80 \times 127.958 = 10.236.667\text{€}$ .

### Messages clés

- **En supposant que l'indemnisation d'un sinistre soit identique quelque soit le mode de règlement amiable ou juridictionnel, le coût moyen d'un sinistre indemnisable par le Fonds s'élèverait en 2009 à 127.958€.**
- **Les montants des indemnisations perçues par les victimes françaises d'accidents médicaux sont du même ordre de grandeur que ceux qui seraient obtenus par les victimes belges.**
- **Le coût total des indemnisations recours compris serait donc de 127.958€ x 80 = 10.236.667€**

## 3.4

### COÛT DES SINISTRES CATASTROPHIQUES ET EXCEPTIONNELS A INDEMNISER PAR LE FONDS

La méthodologie d'estimation des sinistres catastrophiques et exceptionnels s'inspire directement des phases III et IV. Le lecteur intéressé peut se référer à ces précédents rapports pour tous les détails ; seules les principales étapes de sa mise en place seront rappelées.

Deux dossiers de l'échantillon fournis par Assuralia ont posé problème. Un sinistre de plus de 3.000.000€ survenu et déclaré en 1992 pour une personne née en 1992 (donc manifestation un problème à la naissance) et un sinistre de plus de 1.000.000€ survenu en 1993 et déclaré en 1995 pour une personne née en 1993 (également un problème à la naissance). Vu leur caractère exceptionnel, nous avons décidé d'examiner séparément ces valeurs pour éviter qu'elles ne faussent complètement l'estimation du coût moyen des sinistres indemnisés par le Fonds.

Dans le premier cas, une hypothèse de survenance tous les dix ans peut paraître faible mais le modèle la multipliera par 9.45 dans le nouveau système. Dans le second cas, une hypothèse de survenance tous les 2 ans et demi. Le tableau 12 présente l'influence des sinistres catastrophiques et exceptionnels. Les différents éléments sont détaillés ci-dessous :

**Tableau I2 : Influence des sinistres catastrophiques et exceptionnels**

Valeur d'une perte catastrophique (chiffres 2003)	3.000.000€
<i>Fréquence de survenance</i>	<i>10%</i>
Valeur d'une perte exceptionnelle (chiffres 2003)	1.000.000€
<i>Fréquence de survenance</i>	<i>40%</i>
Multiplicateur (1)	9,45
Multiplicateur (2)	1
Multiplicateur (3)	0,53
Facteur correctif (inflation du coût des soins de santé)	1,1941
<b>Total</b>	<b>4.186.288</b>

- Valeur : estimation du montant d'une perte catastrophique ou exceptionnelle sur base des données prélevées au sein de l'échantillon (chiffres de 2003)<sup>38</sup>.
- Fréquence de survenance : estimation de la fréquence d'apparition de pareils sinistres pour lesquels le prestataire de soins est juridiquement responsable d'une faute<sup>39</sup>.
- Multiplicateur (1) pour un système sans seuil de gravité : Coefficient multiplicatif permettant de passer du nombre de pertes catastrophiques ou exceptionnelles avec faute au nombre de pertes catastrophiques ou exceptionnelles sans que la faute du prestataire de soins ne soit retenue.
- Multiplicateur (2) pour un système avec seuil de gravité semblable à celui en vigueur en France : Coefficient multiplicatif permettant de passer du nombre de pertes catastrophiques ou exceptionnelles indemnisables au nombre de pertes catastrophiques ou exceptionnelles recevables au sens de la loi française
- Multiplicateur (3) : Coefficient multiplicateur permettant d'évaluer la proportion de pertes catastrophiques ou exceptionnelles à charge du Fonds d'indemnisation.
- Taux d'inflation : Facteur correctif permettant de prendre en compte l'impact du temps sur les coûts des soins de santé. Avec un taux de capitalisation à 3% sur 6 ans (2003 à 2009), le facteur correctif avoisine donc  $1,03^6 = 1,1946$ .

Tout d'abord, le choix du coefficient correctif de 9,45 (tiré de la phase II) a été appliqué pour obtenir leur fréquence d'occurrence dans un système où l'aléa thérapeutique est indemnisé. Le second facteur correctif a lui été fixé à 100% car les sinistres présents dans l'échantillon qui ont entraînés ces pertes catastrophiques ou exceptionnelles étaient tous recevables au sens de la loi française. Néanmoins, rien n'indique que ces indemnités seront forcément versées par le Fonds. L'hypothèse des 53% des sinistres à charge du Fonds usitée pour les sinistres dits normaux est également maintenue ici. En somme, le coût des sinistres catastrophiques et exceptionnels à charge du Fonds s'élèverait à 4.186.288€ par an.

<sup>38</sup> (7), p 22.

<sup>39</sup> (7), p 22.

La répartition des effectifs par tranche de montants, telle que stipulée dans le rapport d'activité de l'O.R.M., renseigne que la France a connu au cours de l'année 2006 :

- 4 sinistres de montant compris entre 1.000.000 € et 2.000.000 € (sinistres exceptionnels) ;
- 3 sinistres de montant supérieur à 2.000.000 € (sinistres catastrophiques).

En supposant que la population française est 6 fois supérieure à celle de la Belgique et que ces deux pays possèdent les mêmes profils de risque en matière d'accidents médicaux rares, le nombre de sinistres exceptionnels auxquels la Belgique devrait faire face dans ce cas serait de  $4/6=0,66$  sinistres, soit 2 sinistres tous les 3 ans. Or, les hypothèses utilisées pour estimer le nombre de sinistres indemnisables en Belgique sur base de l'échantillon fourni par Assuralia est de  $2/5 \times 9,45 = 3,78$  sinistres par an. Cette dernière hypothèse apparaît donc résolument plus conservatrice. En ce qui concerne les sinistres catastrophiques, alors que les données françaises conduisent à supposer 1 sinistre tous les deux ans, le modèle à la belge estime comme raisonnable un sinistre par an<sup>40</sup>. Le nombre de sinistres (hors infections nosocomiales) indemnisables par le Fonds s'élève donc maintenant à  $80+4+1=85$ . Nonobstant le caractère prudent dans l'estimation des fréquences d'occurrence, les coûts des indemnités françaises divergent quelque peu de celles du modèle proposé ci-dessus. En effet, un sinistre exceptionnel moyen en France est estimé en 2006 à 1.125.000€ (par rapport à  $1.000.000 \times 1,03^3 = 1.092.727€$ ) et un sinistre catastrophique moyen en France pèse près de 3.950.000€ en 2006 (par rapport à  $3.000.000 \times 1,03^3 = 3.278.181€$ ).

La réconciliation des données de fréquences et de coûts permettent malgré tout de conserver une estimation prudente du coût total des sinistres catastrophiques et exceptionnels puisque bien que les assureurs français et l'O.N.I.A.M. ont versé en 2006 plus de 16.340.000€, le modèle belge considère comme raisonnable un montant de  $\{(3.000.000 \times 10\%) + (1.000.000 \times 40\%)\} \times 9,45 \times 1,03^3 = 7.228.389€$ .

### Messages clés

- **Le Fonds pourrait être amené à indemniser 4 sinistres exceptionnels et 1 sinistre catastrophique par an pour un montant total de 4.186.288€.**
- **Ce montant est très prudent par rapport aux statistiques françaises.**

### 3.5 COÛT TOTAL ANNUEL DES SINISTRES A INDEMNISER PAR LE FONDS COMPTE TENU DU PRINCIPE DE SUBSIDIARITÉ

Il y a fort à parier que la nouvelle mouture de la loi préconise que l'indemnisation de la victime sera limitée à la partie du dommage qui ne sera pas réparée en vertu d'autres réglementations. Dans ce cas, toute personne qui introduirait une demande au Fonds d'indemnisation serait tenue par la même occasion de lui communiquer la liste des assurances, quelle soient obligatoires et/ou complémentaires, souscrites à son bénéfice. Autrement dit, ceci signifie que le Fonds n'interviendrait qu'au-delà des montants déjà pris en charge par l'I.N.A.M.I., les autres institutions sociales et les assurances complémentaires.

**Tableau I3 : Réparation du dommage<sup>41</sup>**

Frais	Couverts par l'I.N.A.M.I.	Non couverts par l'I.N.A.M.I.
Pré- cloture	(1)	(2)
Post-clôture	(3)	(4)

Les estimations de fréquence et de coût de l'échantillon réalisées précédemment correspondent aux postes (1) + (2) + (3) + (4). Or, si le Fonds n'intervient qu'à titre subsidiaire, la mise en place du nouveau système n'engendrera comme coût total pour le Fonds que les postes (2) + (4). Bien entendu, le coût total que devrait supporter le Fonds sur base du modèle français serait (1) +(2) + (3) + (4)<sup>42</sup>.

Pour obtenir le coût moyen total finalement à charge du Fonds, il faut retirer des  $10.236.667+4.186.288= 14.422.955\text{€}$  la somme correspondant à la partie des réparations contenues dans les cases (1) et (3) du tableau I3.

Supprimer l'influence du recours (1) est facile à réaliser puisqu'une ventilation de ces données existe. Cette suppression entraîne cependant non seulement des modifications dans le nombre moyen de sinistres à indemniser par le Fonds mais également dans leur coût moyen.

Le nombre moyen de sinistres à indemniser par le Fonds (hors sinistres catastrophiques/exceptionnels et infections nosocomiales) doit être recalculé en raison de la modification de la répartition des sinistres graves au sein de la population générale ( $\Pr[F]$ ), des sinistres graves<sup>43</sup> au sein de l'échantillon ( $\Pr[P|F]$  et  $\Pr[P|\bar{F}]$ ) et des sinistres graves recevables ( $\Pr[P|F]$  et  $\Pr[P|\bar{F}]$ )<sup>44</sup>. Le tableau suivant fournit la répartition des sinistres selon leur montant.

<sup>41</sup> (7), p 25.

<sup>42</sup> Nous avons vu que dans la rubrique précédente les montants mis en cause dans la validation des données belges incluaient les recours.

<sup>43</sup> Le nombre de sinistres graves est passé de 131 à 114.

<sup>44</sup> Le nombre de sinistres graves recevables est passé de 76 à 74.

**Tableau 14 : Statistiques de fréquence calculées sur base de l'échantillon d'Assuralia, hors recours (phase IV)<sup>45</sup>**

Nbre sin échantillon	Nbre sin graves	Nbre sin standards	Nbre sin I.P.P.≥ 25%	Nbre sin I.T.T.> 182j
495	114	381	65	29

Nbre sin recevables	Nbre sin graves recevables	Nbre sin standards recevables
82	74	8

Ces modifications concourent à réévaluer la probabilité qu'un sinistre potentiellement indemnisable soit totalement recevable au sens de la loi française. Le tableau 2 renseigne également, qu'en l'absence de recours, 9,88% des sinistres indemnisables sont des sinistres graves. Sur base des tableaux 2 et 14, la probabilité qu'un sinistre potentiellement indemnisable soit totalement recevable :

$$\Pr[E] = \frac{(74/114) \times 0,0988 + (8/381) \times (1 - 0,0988)}{(1 - 0,17)} = 0,1001$$

Le nombre moyen de sinistres à indemniser par le Fonds (hors sinistres catastrophiques/exceptionnels et infections nosocomiales) s'élève à présent à  $5.133 \times 10,01\% \times 32\% \times 53\% = 87$ . Remarquons que le nombre de sinistres indemnisés par le Fonds a augmenté de 7 unités. Ceci est dû à un double phénomène : d'une part un transfert des sinistres graves vers des sinistres standards et d'autre part une augmentation du nombre de sinistres standards recevables.

Le coût moyen des sinistres hors recours recevables au sens de la loi française vaut 97.706€ en 2003 (voir section 3.3.1 tableau 8), soit  $97.706 \times 1,03^6 = 116.666$  € en 2009.

Dans la phase III, il avait été estimé que les dépenses contenues dans la case (3) étaient majoritairement constituées par les indemnités correspondant au préjudice économique subi par les victimes atteintes d'une invalidité d'au moins 66%. L'analyse de l'échantillon a montré que 12% (10 cas sur 82<sup>46</sup>) des victimes recevables étaient dans ce cas et on estime qu'à ce niveau d'invalidité, les indemnités totales versées par l'INAMI à chaque victime après clôture du dossier étaient approximativement de 120.000€<sup>47</sup>. Avec une hypothèse prudente de 10% des victimes atteintes d'une invalidité d'au moins 66%, le montant des indemnités contenues dans la case (3) s'élève en moyenne à  $0,10 \times 120.000 = 12.000$ €. A ce montant, il faut encore ajouter la partie prise en charge par la mutuelle pour les invalidités de moins de 66%, pour les frais postérieurs à la clôture du dossier et des autres interventions réglementaires ou non. En respectant la relation entre l'ensemble des frais et les frais inhérents aux invalidités supérieures à 66%, un montant de 15.000€ semble donc plus indiqué<sup>48</sup>.

Suite à la double correction effectuée, le coût moyen total hors recours (et hors infections nosocomiales) à prendre en charge par le nouveau système est donc de  $87 \times (116.666 - 15.000) + 4.186.288 = 13.031.230$ €.

<sup>45</sup> (7), p 9.

<sup>46</sup> Les décès ne sont pas pris en compte dans cette estimation.

<sup>47</sup> (7), p 25.

<sup>48</sup> (7), p 25.

### 3.6 COÛT TOTAL PAR ANNÉE CALENDRAIRE DES SINISTRES A INDEMNISER PAR LE FONDS

Le coût annuel calculé ci-dessus ne sera pas entièrement liquidé en 2009, mais devra être déroulé selon une cadence proche de la situation française et extrapolé pour tenir compte de l'augmentation du coût des accidents soins de santé chaque année. Cette dernière étape est réalisée ci dessous.

L'annexe 6.2 reprend les hypothèses à la base de l'extrapolation (à savoir le pourcentage annuel constant d'augmentation des coûts à indemniser – le chiffre de 3% ayant été proposé par les assureurs) et du déroulé (à savoir la cadence de règlement tiré du cas français). A cet égard, les auteurs estiment qu'en moyenne le délai pratique séparant le dépôt de la plainte du règlement final est de 2 ans. Ce chiffre est obtenu de la manière suivante :

- 1 à 2 mois entre le dépôt de la plainte initiale et de la plainte complète
- 9 à 11 mois entre le dépôt de la plainte complète et la remise d'un avis
- 4 à 6 mois pour l'obtention d'une offre suite à l'avis remis
- 4 à 6 mois pour l'obtention de la réponse de la victime
- 2 à 4 mois pour le paiement effectif de l'indemnisation après acceptation de l'offre.

Soit de 20 à 29 mois entre le moment du dépôt de la plainte initiale jusqu'au versement effectif de l'indemnisation. Le délai moyen est donc estimé à 2,05 ans.

Toutefois, les auteurs souhaitent mettre en exergue le fait qu'il ne s'agit que d'un délai moyen et par conséquent, cela ne signifie nullement que tous les sinistres seront clôturés deux ans après qu'ils aient été déclarés. Les auteurs considèrent comme raisonnable la cadence de règlement suivante :

**Figure 1 : Cadence de développement inspirée du système français**

Année de survenance	Année de développement					
	1	2	3	4	5	6
	20%	40%	20%	10%	5%	5%

Cette cadence de règlement a été créée afin de répondre à l'objectif d'un délai moyen de 2,05 ans. Elle suppose toutefois que tous les sinistres sont définitivement clôturés après 6 ans (délai de consolidation du dommage). Dans la phase IV, la cadence de règlement était directement inspirée de celle des accidents du travail. Elle se caractérisait par un délai moyen de 2,86 années et 12 années étaient nécessaires pour clôturer tous les sinistres déclarés<sup>49</sup>.

L'annexe 6.2 fournit les détails de l'extrapolation et du déroulé. La deuxième colonne fournit le coût du nouveau système par année de survenance. Il est égal à la somme des coûts déroulés pour l'année de survenance correspondante. Chaque cellule dérive de la formule générale 3.2 rappelée ici :

$$C(j,i) = CT \times dev_j \times (1 + tx. inflation)^{j+i-2}$$

<sup>49</sup>

(7), p 24.

avec :

- CT, le coût annuel total du nouveau système y compris les recours soit (14.422.955€ en 2009)
- $dev_i$ , le pourcentage payé l'année de développement  $i$  (cadence française)
- tx. Inflation, le taux d'inflation appliqué sur le coût des sinistres soins de santé (3% dans ce cas)
- $i$ , l'indice des années de développement
- $j$ , l'indice des années de survénance

Par exemple, le coût pour l'année de survénance 2011 et la 4ème année de développement (donc l'année calendaire 2014) est égal à

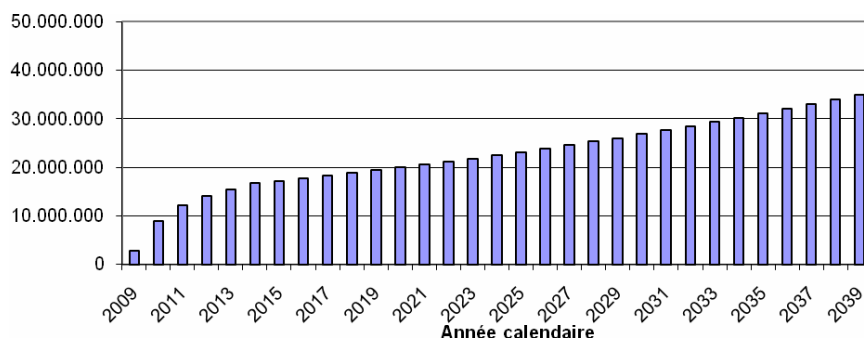
$$C(3,4) = 14.422.955 \times 10\% \times (1,03)^5 = 1.672.016\text{€},$$

Il faut enfin grouper les montants ainsi déroulés par année calendaire pour obtenir ce que coûtera chaque année le nouveau système à la collectivité. Ce groupement se fait sur base des diagonales (cases de couleur identique) de l'annexe 6.2. En effet, étant donné que le système n'indemniserait que les sinistres survenus après son entrée en vigueur (supposée le 1er janvier 2009), le coût moyen total pour 2009 sera le coût des sinistres survenus en 2009 et indemnisés en 2009 (cellule orange de l'annexe 6.2), le coût moyen total en 2010 correspondra à la somme du coût des sinistres survenus en 2009 et indemnisés en 2010 et du coût des sinistres survenus en 2010 et indemnisés en 2010 (cellules jaunes), etc.

Etant donné que le taux d'augmentation annuel est maintenant appliqué par année calendaire (donc sur chaque diagonale), le coût moyen total lors de l'année de survénance 2009 (15.110.812€, voir annexe 6.2) n'est plus égal au coût annuel total du nouveau système (14.422.955€). Cette différence provient de l'inflation des coûts des accidents soins de santé lors du développement des sinistres survenus en 2009.

Finalement, les résultats de la "cadence à la française" sont observables ci-dessous. Remarquons qu'il faut près d'une demi-douzaine d'années pour que le système soit en régime stationnaire (ce qui correspond à la durée nécessaire pour que tous les sinistres d'une année de survénance soient indemnisés avec la cadence inspirée du système français).

**Figure 2 : Coût total par année calendaire des sinistres à indemniser par le Fonds (recours compris)**



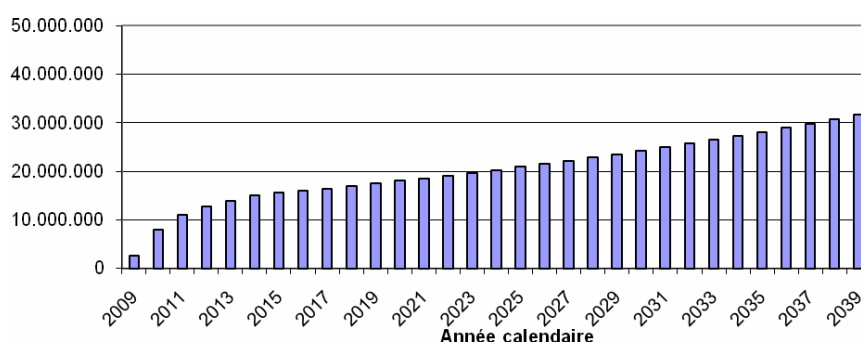


**Tableau 15: Coût total par année calendaire des sinistres à indemniser par le Fonds (recours compris)**

Année	Coût total (calendaire)
2009	2.884.591
2010	8.913.386
2011	12.241.050
2012	14.184.317
2013	15.421.505
2014	16.720.158
2015	17.221.763
2016	17.738.415
2017	18.270.568
2018	18.818.685
2019	19.383.245
2020	19.964.743
2021	20.563.685
2022	21.180.596
2023	21.816.014
2024	22.470.494
2025	23.144.609
2026	23.838.947
2027	24.554.115
2028	25.290.739
2029	26.049.461
2030	26.830.945
2031	27.635.873
2032	28.464.949
2033	29.318.898
2034	30.198.465
2035	31.104.419
2036	32.037.551
2037	32.998.678
2038	33.988.638
2039	35.008.297
2040	36.058.546

Après avoir étudié le coût total à charge du Fonds recours compris, intéressons nous à présent au coût total hors recours généré par ce nouveau système. Autrement dit, selon la terminologie reprise dans le tableau 13, il s'agit du coût associé aux postes (2) et (4). La figure 3 illustre le montant complémentaire généré par la mise en place de ce nouveau système par année calendaire.

**Figure 3 : Coût total par année calendaire des sinistres à indemniser par le Fonds (hors recours)**



**Tableau I6 : Coût total par année calendaire des sinistres à indemniser par le Fonds (hors recours)**

Année	Coût total (calendaire)
2009	2.606.246
2010	8.053.300
2011	11.059.866
2012	12.815.619
2013	13.933.426
2014	15.106.767
2015	15.559.970
2016	16.026.769
2017	16.507.572
2018	17.002.799
2019	17.512.883
2020	18.038.270
2021	18.579.418
2022	19.136.801
2023	19.710.905
2024	20.302.232
2025	20.911.299
2026	21.538.638
2027	22.184.797
2028	22.850.341
2029	23.535.851
2030	24.241.926
2031	24.969.184
2032	25.718.260
2033	26.489.808
2034	27.284.502
2035	28.103.037
2036	28.946.128
2037	29.814.512
2038	30.708.947
2039	31.630.216
2040	32.579.122

### Messages clés

- **La mise en place d'un Fonds d'indemnisation aux victimes d'accidents médicaux permet d'étendre la couverture aux victimes qui se trouvent dans l'impossibilité de prouver la faute du prestataire de soins.**
- **Deux estimations de coûts du nouveau système ont été pratiquées dans cette rubrique :**
  - **La première concerne l'enveloppe globale nécessaire à l'indemnisation des victimes, c'est-à-dire le coût total recours compris.**
  - **La seconde soustrait de l'enveloppe globale la partie des coûts déjà prise en charge par la sécurité sociale.**

### 3.7 DISCUSSION A PROPOS DES HYPOTHÈSES ET DES ESTIMATIONS

Un certain nombre d'hypothèses ont dû être posées tout au long de cette étude faute de données suffisantes. Ces dernières ont la plupart du temps été fixées de manière prudente ce qui serait donc de nature à surévaluer le coût des indemnisations à charge du Fonds, exception faite peut-être des infections nosocomiales traitées dans la section suivante. Remémorons-nous certaines d'entre elles.

Lors de l'établissement du nombre de sinistres déclarés par an dans le nouveau système, le pourcentage de la R.C. exploitation par rapport à la R.C. médicale (63%), déduit de la phase II, semble prudent en regard des statistiques fournies plus récemment par la compagnie 5 dans la phase IV qui fait état de seulement 11%.

L'expérience de la Suède a montré que seulement 45% des plaintes déposées sont réellement indemnisées. Compte tenu du besoin d'une évaluation prudente, les auteurs ont préféré majorer ce dernier taux pour le porter à 60%.

Les dossiers remis aux C.R.C.I. pour instruction représentent 32% de l'ensemble des plaintes indemnisables. Cette hypothèse est déduite du rapport 2006 de l'O.R.M., qui ne recense que les indemnisations dont le montant excède 15.000€. Cependant, parmi les plaintes indemnisables se trouvent des sinistres dont les montants sont également inférieurs à 15.000€. En raison de leur faible montant, ces derniers sont pour la plupart réglés à l'amiable sans que les C.R.C.I. n'interviennent. Dans ce cas, 32% des sinistres standards empruntant la voie des C.R.C.I. semblent être une hypothèse prudente en tout cas dans un premier temps. En effet, l'O.N.I.A.M. a fait savoir que certaines des données françaises pourraient bien être sujettes à caution. En l'absence de données complètes à ce sujet et vu l'incertitude qui entoure ce paramètre, cette hypothèse de 32% a malgré tout été maintenue.

Bien qu'un avis favorable des C.R.C.I. puisse avoir été rendu, l'O.N.I.A.M. n'est pas tenu de remettre une offre. De fait, l'O.N.I.A.M. peut considérer que les conditions légales d'engagement de la dépense publique ne sont pas respectées. Seul l'O.N.I.A.M. est responsable de la dépense et non les C.R.C.I. Ce qui signifie que l'O.N.I.A.M. dispose encore de la faculté de refuser certaines indemnisations, ce qui conduit à potentiellement faire baisser le nombre moyen de sinistres indemnisables par le Fonds. Or, dans cette étude, cet aspect du problème a été négligé principalement en raison de l'hétérogénéité de pareilles statistiques au cours du temps. Il peut également arriver dans certains cas que l'O.N.I.A.M. se substitue aux assureurs et fasse offre aux victimes ce qui induit un accroissement des dépenses d'indemnisations à charge de l'O.N.I.A.M., du moins à court terme. En effet, si l'offre est acceptée par la victime, l'O.N.I.A.M. est subrogé dans les droits de la victime et est libre de se retourner contre le responsable et sa compagnie d'assurance devant le juge. Le montant ainsi avancé par l'O.N.I.A.M. peut alors être récupéré. Ce phénomène n'a toutefois pas été envisagé dans le cadre de cette étude, faute de données récurrentes en la matière.

Bien que les coûts moyens indemnisables par le Fonds ne soient pas totalement différents des coûts français, il n'en demeure pas moins qu'ils sont légèrement supérieurs. Illustrons ce dernier point. Dans son dernier rapport d'activité, l'O.R.M. estime que le coût moyen recours compris à charge de l'O.N.I.A.M. était de 114.000€ en 2006 pour 117.100 en Belgique.

La modélisation des sinistres catastrophiques et exceptionnels repose sur les hypothèses réalisées (et validées) dans les phases III<sup>50</sup> et IV<sup>51</sup> auxquelles on a adossé une nouvelle probabilité pour tenir compte de la part indemnisable par le Fonds. En comparant le résultat obtenu à celui déduit des statistiques de l'O.R.M., on se rend compte d'une plus grande fréquence d'occurrence de ces événements en Belgique, ce qui serait donc de nature à surévaluer le coût à charge du Fonds.

---

<sup>50</sup> (8), p 23.

<sup>51</sup> (7), p 24.

Notons enfin que, suite aux discussions avec les experts externes, il semblerait que l'utilisation du facteur 9,45 dans l'estimation du coût des sinistres exceptionnels/catastrophiques soit très prudent.

En revanche, les maladies nosocomiales ne semblent pas entièrement être prises en compte dans les estimations du nombre de dossiers à charge du Fonds. En effet, le dernier rapport du KCE<sup>52</sup> fait notamment mention de 125.500 patients infectés pour 2.625 décès causés par ces infections. La question de savoir si le paramètre 9,45 est suffisant pour englober l'impact des infections nosocomiales se pose à nouveau, voir à cet égard les rapports précédents. Une correction inhérente au facteur 9,45 sera nécessaire en vue d'évaluer prudemment le coût de la transposition du système français en Belgique. La section suivante revient plus en détail sur cette thématique.

Mentionnons enfin que la cadence de règlement choisie pour cette étude diverge de celle utilisée dans les phases précédentes. La cadence inspirée du système français se caractérise par une plus grande rapidité dans le règlement des sinistres. Par exemple, après trois ans de déroulé, 80% des sinistres déclarés sont déjà réglés contre 65% dans les phases précédentes. L'impact de cette accélération des cadences de règlement sera pleinement observable dans la section suivante.

### Message clé

- Les hypothèses ont généralement été fixées de manière prudente par rapport à la situation française.

## 3.8 ANALYSE DE SENSIBILITÉ DU COÛT TOTAL DU NOUVEAU SYSTÈME D'INDEMNISATION DES VICTIMES PAR ANNÉE CALENDRAIRE

Dans cette section, une analyse de sensibilité sur certains paramètres du modèle a été réalisée pour essayer d'estimer leur influence sur l'estimation des dépenses à charge du Fonds. Le scénario central présenté jusqu'à maintenant est complété par un scénario dans lequel le barème d'invalidité est modifié, par un scénario dans lequel la cadence de règlement est modifiée et par un scénario dans lequel le coût des infections nosocomiales est réévalué.

### 3.8.1 Modification du barème d'invalidité

La rédaction de la note destinée au conseil des Ministres a fait apparaître un point essentiel du débat celui de la manière dont le taux d'invalidité doit être apprécié. En Belgique, les taux d'invalidité sont généralement appréciés sur base du Barème Officiel Belge des Indemnités, dont l'abréviation est B.O.B.I., conçu au lendemain de la seconde guerre mondiale. Le B.O.B.I. sert de référentiel à tous les experts belges dans divers domaines d'évaluation du dommage corporel<sup>53</sup>. Depuis plusieurs années déjà, ce référentiel fait l'objet de vives critiques. Certains préconisent l'utilisation d'un autre référentiel, plus récent, tel que le "Guide barème européen d'évaluation médicale des atteintes à l'intégrité physique psychique". Pour un même dommage, ces deux barèmes fournissent des taux d'invalidité différents. Ils ne sont donc pas en phase. Les taux proposés par le B.O.B.I. sont globalement plus généreux que celui de son homologue européen. La France ayant optée pour le référentiel européen, le seuil de gravité de 25% (tel qu'en vigueur en France) correspondrait à 30% sur l'échelle belge. Or, les précédents calculs ont été réalisés sur base d'un seuil de 25% sur l'échelle belge. Effectuons dès lors la transition de l'échelle belge vers l'échelle européenne.

<sup>52</sup> (19), p 53.

<sup>53</sup> (17), p 3.

L'objet de cette section est d'étudier l'effet que pourrait avoir le changement de référentiel sur le coût total à charge du Fonds. Intuitivement, un durcissement des conditions d'indemnisation (par le passage d'un taux d'invalidité pivot de 25% à 30% sur le B.O.B.I.) est de nature à restreindre le nombre de sinistres indemnisables par le Fonds. L'effet sur les coûts n'est par contre pas si évident que cela. Analysons plus précisément l'effet sur le nombre de sinistres et sur les coûts.

Cette modification du référentiel a évidemment un impact sur la probabilité qu'un sinistre potentiellement indemnisable soit totalement recevable au sens de la loi française, i.e. la probabilité  $\Pr[E]$  de l'étape 3. Sur base de l'échantillon fourni par Assuralia, 59 sinistres graves et 5 sinistres standards sont jugés recevables au sens des deux premiers critères de la loi dans le référentiel européen (I.P.P. et I.T.T.) pour 76 graves et 6 standards dans l'ancien référentiel. La probabilité qu'un sinistre soit recevable s'élèverait dans ce cas à :

$$\Pr[E] = \frac{\frac{59}{131} \times 0,01056 + \frac{5}{364} \times (1 - 0,1056)}{(1 - 0,17)} = 0,07210$$

Le nombre moyen de sinistres indemnisables par le Fonds est donc porté à  $5.133 \times 7,21\% \times 32\% \times 53\% = 63$  au lieu de 80, soit 17 sinistres de moins. Notre intuition de départ se voit donc confirmée.

Le coût moyen d'un sinistre à charge du Fonds suite au changement de référentiel s'établit à 125.024€ (chiffres de 2006) pour 117.100€ sous l'ancien référentiel. Le coût moyen est donc en hausse. Reste à convertir cette donnée de 2006 en une estimation pour 2009 (par l'utilisation d'un taux d'inflation de 3%), de sorte que le coût moyen d'un sinistre à charge du Fonds s'établit à  $125.024 \times 1,03^3 = 136.617\text{€}$  en 2009.

Quant aux sinistres catastrophiques ou exceptionnels, ils ne sont nullement affectés par cette transition et ce, en vertu des hypothèses sous-jacentes. Par conséquent, le coût total à charge du fonds recours compris est de  $63 \times 136.617 + 4.186.288 = 12.793.165\text{€}$ , soit 11% de moins que le cas initial. On observe donc, qu'en cas de passage d'un barème à l'autre, le nombre de sinistres à charge du Fonds influence fortement le résultat.

### Message clé

- **Le choix d'un barème influence fortement le coût total à charge du Fonds.**

### 3.8.2 Modification de la cadence de règlement

Bien que le système français prévoit des délais théoriques de traitement des dossiers (6 mois entre dépôt de la plainte et avis des C.R.C.I., 4 mois entre avis favorable des C.R.C.I. et remise de l'offre aux victimes, etc.), il n'en demeure pas moins que des retards systématiques (par rapport à ces délais légaux) sont enregistrés et ce, depuis sa mise en place. Dans différents rapports annuels, l'O.N.I.A.M. qualifie même ces délais d'anormalement longs<sup>54</sup>. Une des raisons souvent évoquées est la décentralisation des commissions régionales qui serait responsable de l'alourdissement de la gestion administrative des dossiers. Or, en Belgique, la loi du 15 mai 2007 prévoit que le Fonds remplisse à la fois la mission des C.R.C.I. et celle de l'O.N.I.A.M. Cette simplification administrative laisse entrevoir la possibilité d'un raccourcissement du délai de traitement des dossiers. Il n'est dès lors pas impossible d'imaginer une cadence de règlement des sinistres plus courte que celle envisagée jusqu'ici.

Supposons à cet égard que l'ensemble des sinistres soit liquidé en trois ans selon la cadence suivante

<sup>54</sup> (13), p 10 & (14), p 9.

**Figure 4 : Cadence de développement accélérée**

Année de survenance	Année de développement		
	1	2	3
	20%	60%	20%

Notons que le délai moyen de règlement s'établit à 1,5 ans pour 2,05, initialement.

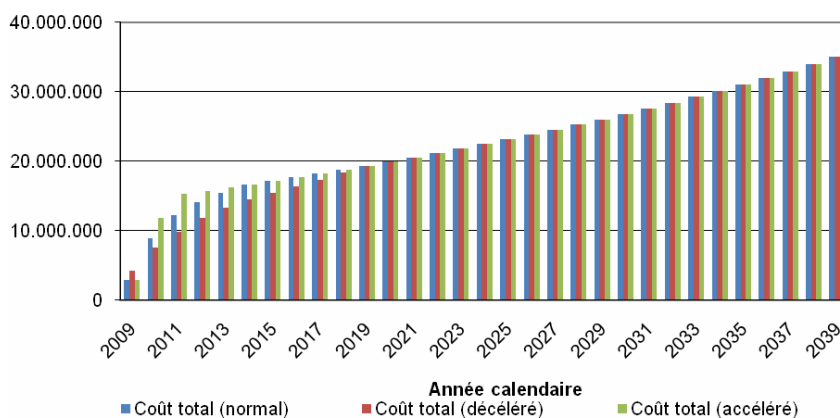
On pourrait également se demander quel pourrait être l'impact d'un allongement de la durée de règlement. Pour ce faire, les auteurs avaient utilisé dans les phases antérieures la cadence de règlement des accidents du travail (A.T.) dont la cadence est rappelée ci-dessous.

**Figure 5 : Cadence de développement décélérée**

Année de survenance	Année de développement					
	1	2	3	4	5	6
	29,50%	21,97%	13,08%	10,42%	6,98%	4,90%
	Année de développement					
	7	8	9	10	11	12
	2,89%	3,04%	1,99%	2,68%	1,96%	0,59%

Mentionnons également que le délai moyen de règlement est dans ce cas de 2,86 ans.

Observons à présent l'effet sur le coût total à charge du Fonds par année calendaire.

**Figure 6: Coût total par année calendaire des sinistres à indemniser par le Fonds (recours compris) en fonction de la cadence de règlement**

**Tableau I7 : Coût total par année calendaire des sinistres à indemniser par le Fonds (recours compris) en fonction de la cadence de règlement**

Année	Coût total (normal)	Coût total (décélééré)	Coût total (accélééré)
2009	2.884.591	4.255.390	2.884.591
2010	8.913.386	7.647.548	11.884.515
2011	12.241.050	9.879.039	15.301.313
2012	14.184.317	11.818.060	15.760.352
2013	15.421.505	13.305.466	16.233.163
2014	16.720.158	14.523.253	16.720.158
2015	17.221.763	15.456.086	17.221.763
2016	17.738.415	16.458.388	17.738.415
2017	18.270.568	17.315.480	18.270.568
2018	18.818.685	18.339.079	18.818.685
2019	19.383.245	19.269.555	19.383.245
2020	19.964.743	19.964.743	19.964.743
2021	20.563.685	20.563.685	20.563.685
2022	21.180.596	21.180.596	21.180.596
2023	21.816.014	21.816.014	21.816.014
2024	22.470.494	22.470.494	22.470.494
2025	23.144.609	23.144.609	23.144.609
2026	23.838.947	23.838.947	23.838.947
2027	24.554.115	24.554.115	24.554.115
2028	25.290.739	25.290.739	25.290.739
2029	26.049.461	26.049.461	26.049.461
2030	26.830.945	26.830.945	26.830.945
2031	27.635.873	27.635.873	27.635.873
2032	28.464.949	28.464.949	28.464.949
2033	29.318.898	29.318.898	29.318.898
2034	30.198.465	30.198.465	30.198.465
2035	31.104.419	31.104.419	31.104.419
2036	32.037.551	32.037.551	32.037.551
2037	32.998.678	32.998.678	32.998.678
2038	33.988.638	33.988.638	33.988.638
2039	35.008.297	35.008.297	35.008.297
2040	36.058.546	36.058.546	36.058.546

A l'exception de l'année 2009, l'utilisation de la cadence de règlement inspirée du modèle français implique un coût total à charge du Fonds supérieur à celui qui aurait été obtenu sur base de la cadence de la branche A.T. mais inférieur à celui qui aurait été obtenu sur base de la cadence accélérée. A partir de 2020, le coût total estimé est le même quelque soit la cadence choisie. Ceci s'explique par le fait que dans les trois cas, le régime stationnaire est atteint.

En somme, en optant pour une cadence de développement plus rapide, une marge de sécurité supplémentaire peut, une fois de plus, être apportée dans l'estimation du coût total des sinistres à charge du Fonds dans les premières années de sa mise en oeuvre.

### Message clé

- **Une cadence de développement plus rapide alourdirait la charge annuelle (du moins jusqu'à ce que le régime soit stationnaire).**

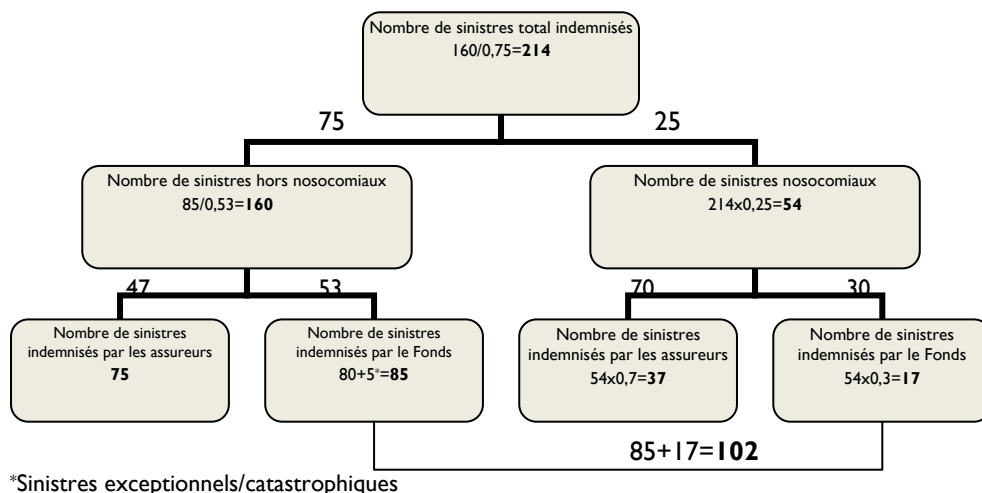
### 3.8.3 Infections nosocomiales

Le phénomène des infections nosocomiales est assez mal recensé en Belgique. Le KCE a récemment réalisé deux études pour pallier cette insuffisance. Dans le premier volet, le KCE a présenté les résultats d'une étude de prévalence ponctuelle par les unités de contrôle d'hygiène hospitalière dans plus de la moitié des hôpitaux belges (53%)<sup>55</sup>. La prévalence observée en Belgique semble très fort se rapprocher de celle observée en France. Le second volet apporte des éclaircissements sur la mortalité et sur le coût annuel total pour la collectivité des soins de santé entraînés par les infections nosocomiales en Belgique. Le KCE estime à ce sujet que chaque année, près de 125.500 patients sont victimes d'une infection nosocomiale et que 2.625 en décèdent. Au vu de ces nouvelles estimations, le facteur 9,45 ne semble peut-être plus vraiment adapté.

Etant donné que nous ne sommes pas en mesure à l'heure actuelle d'évaluer la part des infections nosocomiales couverte par le facteur 9,45, il est préférable de supposer qu'aucune plainte liée à une infection nosocomiale n'a été considérée jusqu'à présent. Cette hypothèse satisfait parfaitement la contrainte prudentielle.

Evaluons dans ce cas le coût total à charge du Fonds et intéressons nous d'abord à l'estimation du nombre de sinistres indemnifiables. Dans le système français, 25% des plaintes indemnisées (ayant transité par les C.R.C.I.) le sont au titre d'infection nosocomiale. Parmi ces 25%, seulement 30% sont indemnisées par l'O.N.I.A.M. Ceci s'explique par le traitement particulier réservé aux infections nosocomiales<sup>56</sup>. La figure suivante retrace le cheminement suivi.

**Figure 7: Indemnisation des maladies nosocomiales en supposant l'existence d'une présomption de faute de l'établissement de soins**



Parmi ces 17 sinistres complémentaires<sup>57</sup> se trouvent à la fois des victimes invalides et des victimes décédés suite à une infection nosocomiale. Pour distinguer ces deux catégories, l'emploi de statistiques françaises peut nous éclairer. Le tableau ci-dessous présente à cet égard la répartition des infections nosocomiales par degré de gravité et par année.

**Tableau 18 : Répartition des infections nosocomiales par degré de gravité et par année<sup>58</sup>**

	Décès	%	Invalidité	%	Total
2005	29	60%	19	40%	48
2006	35	58%	25	42%	60
2007	44	59%	30	41%	74

Sur base de ce tableau, environ 60% des infections nosocomiales indemnisés par l'O.N.I.A.M. l'étaient aux victimes décédées. Il apparaît donc raisonnable de considérer que  $60\% \times 17 = 10$  des 17 victimes d'infections nosocomiales sont décédées.

Cette distinction entre les victimes décédées et les victimes invalides est nécessaire car leur coût pour le Fonds est différent, i.e. une victime invalide coûte plus cher principalement en raison du coût de l'aide d'une tierce personne.

Supposons d'une part que le coût d'un dommage causé par une infection nosocomiale soit équivalent au coût d'un sinistre recevable en Belgique, soit 127.958€ en 2009, et d'autre part, que le coût d'un décès causé par une infection nosocomiale soit deux fois

<sup>56</sup> Cf. section 2.3 point [12], [13] et [14].

<sup>57</sup> Les auteurs ont préféré arrondir à l'unité supérieure par souci de prudence dans l'évaluation du coût.

<sup>58</sup> (13), p 28.



inférieur au coût d'un invalide, soit  $127.958/2=63.979\text{€}$ . Notons que l'O.N.I.A.M. a estimé que ces deux hypothèses étaient prudentes. Le coût total recours compris à charge du Fonds s'élèverait à  $14.422.955+10\times 63.979+7\times 127.958=15.958.451\text{€}$ , soit 10,65% de plus que le cas initial.

Le coût total hors recours avec infections nosocomiales s'élèverait à  $13.031.230+10^{59}\times(116.666-15.000)/2+7\times(116.666-15.000)^{60}=14.251.222\text{€}$ , soit 9,36% de plus.

Cette dernière estimation repose sur l'hypothèse selon laquelle le système belge serait entièrement similaire au système français. Or, une différence majeure existe entre les deux législations. En effet, initialement la loi française du 4 mars 2002 prévoyait de mettre à charge des établissements de santé l'obligation de réparer les préjudices résultants des maladies nosocomiales, sauf s'ils étaient en mesure d'apporter la preuve de la cause étrangère. Cependant, la loi du 30 décembre 2002 a voulu rééquilibrer le débat (financier) en mettant à charge de la solidarité nationale les dommages graves ayant provoqué une incapacité permanente supérieure à 25%. Ceci explique pourquoi seulement 30% des sinistres recevables au sens de la loi du 4 mars 2002 sont à charge du Fonds. Notons cependant que l'O.N.I.A.M. peut ensuite se retourner contre l'établissement responsable et son assureur en cas de faute établie ou avérée. Les 70% restant sont des victimes d'infections nosocomiales ayant provoqué une I.P.T. supérieure à 6 mois, inaptitude à exercer une activité professionnelle, etc. L'absence de pareille disposition en Belgique conduirait à ce que les 37 sinistres à charge des assureurs dans le système français tombent à charge du Fonds en Belgique. En appliquant le même ratio 60/40, le nombre de décès parmi ces 37 sinistres recevables s'établirait à 22 pour 15 invalides.

Dans ce cas, le coût supplémentaire à prévoir recours compris s'élèverait non plus à 1.535.496€ mais à  $22\times 63.979+ 15\times 127.958 + 1.535.496= 4.862.404\text{€}$ . Dans ce cas, le coût total recours compris à charge du Fonds s'établirait à  $14.422.955+4.862.404= 19.285.359\text{€}$ .

Sans les recours, ce coût supplémentaire passerait de 1.219.992€ à  $22\times 50.833 + 15\times 101.666+1.219.992=3.863.308\text{€}$ . Dans ce cas, le coût total hors recours serait de  $13.031.230+3.863.308=16.894.538\text{€}$ .

### Messages clés

- **A la différence des phases précédentes, les infections nosocomiales ont expressément été traitées.**
- **La transposition telle quelle du système français en Belgique, en ce y compris la présomption de faute des établissements de soins, conduirait à un coût supplémentaire non négligeable d'environ 10% pour les infections nosocomiales.**
- **L'absence de présomption de responsabilité en matière d'infections nosocomiales dans la législation belge aurait pour conséquence d'augmenter le coût à charge du Fonds d'approximativement 30 à 34% par rapport au calcul initial.**

<sup>59</sup> Les 10 décès sont obtenus sur base d'un nombre initial de sinistres indemnisés par le Fonds de 92.

<sup>60</sup> Cf. section 3.5, p 32.

### 3.9 FRAIS ADMINISTRATIFS<sup>61</sup>

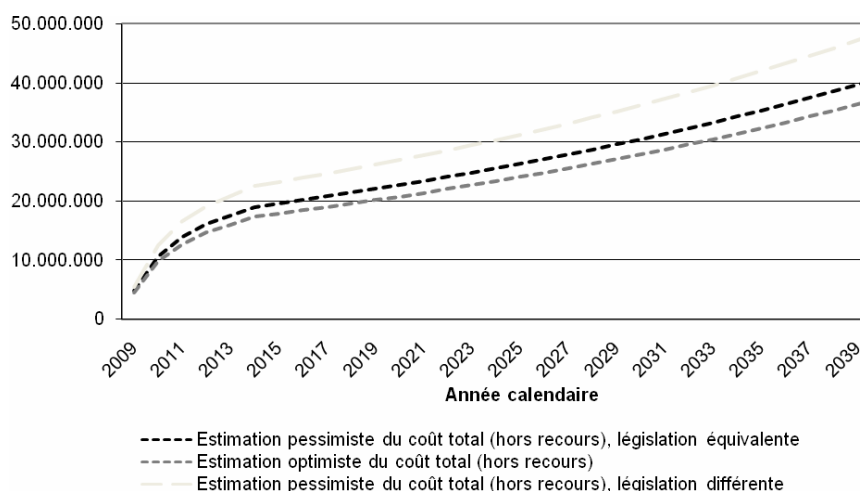
La transposition du système français d'indemnisation des victimes d'aléas thérapeutiques en Belgique entraînerait une dépense au seul titre d'indemnisation, oscillant entre 14,4 et 19,3 millions d'euros (avec recours) et entre 13,0 et 16,9 millions d'euros (sans recours) selon les hypothèses de prise en compte des infections nosocomiales et du cadre législatif. A ce montant, il convient encore d'ajouter les dépenses de fonctionnement du système, les frais des expertises et les honoraires d'avocats. Par mesure de simplicité, ces frais seront dénommés dans la suite de cette étude : frais administratifs.

Ces derniers ont représenté en France, entre 2005 et 2007, plus ou moins 10% des dépenses totales du Fonds<sup>62</sup>, soit approximativement  $0.10/(1-0.10)=11,1\%$  des indemnités versées aux victimes. Par mesure de prudence, supposons que les frais administratifs représentent 15% des indemnités. Le coût total à charge du Fonds, si tous les sinistres déclarés étaient liquidés la même année, serait alors compris entre 16,6 et 22,2 millions d'euros (avec recours) et entre 15 et 19,4 millions d'euros (sans recours).

Dans la suite de cette étude, seuls les montants sans recours seront examinés.

En tenant compte d'un montant de frais plus important les deux premières années au titre de dépense d'installation (+ 1.500.000€ pour 2009 et 500.000 pour 2010), le coût total à charge du Fonds, lors de son lancement en 2009 (première année du déroulé), fluctuerait donc entre 4,5 et 5,4 millions d'euros (hors recours). La figure et le tableau suivant illustrent l'évolution en années calendaires de la fourchette de coût total sans recours.

**Figure 8 : Fourchette des coûts totaux des sinistres par année calendaire à indemniser par le Fonds (sans recours)**



<sup>61</sup> Les frais administratifs sont définis ici par la négative. En effet, il s'agit de toutes les dépenses effectuées par le Fonds hors indemnisations (frais de fonctionnement, expertises, honoraires d'avocats, etc.)

<sup>62</sup> Cette statistique récente a été fournie par l'O.N.I.A.M.

**Tableau I9 : Fourchette des coûts totaux des sinistres par année calendaire à indemniser par le Fonds (sans recours)**

Année	Coût total (calendaire) optimiste	Coût total (calendaire) pessimiste	
		législation équivalente	législation différente
2009	4,497,183	4,777,781	5,385,744
2010	9,761,295	10,628,343	12,506,948
2011	12,718,845	13,909,592	16,489,542
2012	14,737,962	16,117,739	19,107,257
2013	16,023,440	17,523,564	20,773,834
2014	17,372,782	18,999,233	22,523,210
2015	17,893,966	19,569,210	23,198,906
2016	18,430,785	20,156,286	23,894,873
2017	18,983,708	20,760,975	24,611,720
2018	19,553,219	21,383,804	25,350,071
2019	20,139,816	22,025,318	26,110,573
2020	20,744,010	22,686,078	26,893,890
2021	21,366,331	23,366,660	27,700,707
2022	22,007,321	24,067,660	28,531,728
2023	22,667,540	24,789,690	29,387,680
2024	23,347,566	25,533,380	30,269,311
2025	24,047,993	26,299,382	31,177,390
2026	24,769,433	27,088,363	32,112,712
2027	25,512,516	27,901,014	33,076,093
2028	26,277,892	28,738,045	34,068,376
2029	27,066,229	29,600,186	35,090,427
2030	27,878,215	30,488,192	36,143,140
2031	28,714,562	31,402,837	37,227,434
2032	29,575,999	32,344,922	38,344,257
2033	30,463,279	33,315,270	39,494,585
2034	31,377,177	34,314,728	40,679,422
2035	32,318,492	35,344,170	41,899,805
2036	33,288,047	36,404,495	43,156,799
2037	34,286,689	37,496,630	44,451,503
2038	35,315,289	38,621,529	45,785,048
2039	36,374,748	39,780,175	47,158,600
2040	37,465,990	40,973,580	48,573,358

### 3.10 COMPARAISON AVEC LE SYSTÈME FRANÇAIS

La comparaison avec le système français n'est intéressante, selon nous, qu'à partir de la cinquième année et ce, pour des raisons techniques évidentes telles que par exemple l'absence de cohérence dans les données fournies lors des quatre premières années de lancement. De plus, il est délicat de comparer les deux systèmes dans leur phase de lancement.

La note au Conseil des Ministres fait état de dépenses (pour l'O.N.I.A.M.) en 2007 et 2008 de respectivement 82,02 millions d'euros et 116,89 millions d'euros. Ces montants doivent tout d'abord être corrigés car l'O.N.I.A.M. a à sa charge certaines dépenses qui ne relèverait pas de la compétence souhaitée du Fonds belge.

Ils devront ensuite être comparés à ceux que les auteurs ont qualifiés tout au long de leur étude, de coûts totaux hors recours puisque l'O.N.I.A.M. verse des indemnités, déduction faites des créances des organismes sociaux. En outre, par souci de cohérence, les auteurs ont souhaité comparer les coûts totaux belges et français à législation équivalente. En effet, dans la section 3.8.3., les auteurs ont relevé une différence importante en matière d'indemnisations des infections nosocomiales.

Revenons dans un premier temps sur la décomposition des dépenses françaises

**Tableau 20 : Données budgétaires et financières françaises<sup>63</sup>**

(Millions d'euros)	2007	2008
Dépenses d'indemnisation :	70,76	95,2
<i>Accidents médicaux</i>	64	88
<i>V.I.H.</i>	6,7	6
<i>Accidents vaccinaux</i>	0,06	1,2
Provisions	4,9	11
Frais administratifs	6,3	10,46
Dépenses d'investissement	0,08	0,23
<b>Total</b>	<b>82,04</b>	<b>116,89</b>

Parmi ces postes, certains ne font pas partie de nos estimations telles que les dépenses d'indemnisation relatives aux V.I.H. ou aux accidents vaccinaux et les provisions. Après retranchement, les dépenses à charge du Fonds s'élèveraient à 82,04-4,9-6,7-0,06=70,38 millions d'euros en 2007 et à 116,89-6-1,2-11=98,69 millions d'euros en 2008.

D'après le tableau 19, la fourchette du montant à charge du Fonds se situe en Belgique entre 16 et 17,5 millions d'euros en 2013 et 17,4 et 19 millions d'euros en 2014. En tenant compte d'une actualisation du coût des soins de santé (3% par an), la fourchette du montant à charge du Fonds serait de  $16/(1,03)^6$  à  $17,5/(1,03)^6$ , soit de 13,4 à 14,7 millions d'euros en 2007, et de  $17,4/(1,03)^6$  à  $19/(1,03)^6$ , soit de 14,6 à 15,9 millions d'euros en 2008. D'après nos estimations, le coût à charge du Fonds est donc de 4,8 à 5,2 fois plus faible qu'en France en 2007 et 6,2 à 6,8 fois plus faible en 2008<sup>64,65</sup>.

Ce chiffre est à comparer avec le rapport de population entre la France et la Belgique. Les données de l'I.N.S.E.E. font mention de 64,5 millions d'habitants en 2008 alors que l'I.N.S. recense près de 10,67 millions la même année, soit un rapport de  $64,5/10,67=6,05$ .

Au vu des résultats, nous sommes en droit de supposer que les estimations réalisées sont non seulement prudentes mais également cohérentes.

Il serait néanmoins bon de tenir à l'œil l'évolution des dépenses en France dans les prochaines années pour voir si le système est arrivé dans sa phase stationnaire.

<sup>63</sup> (12), p 6 & (13<sup>2</sup>), p 11.

<sup>64</sup> Le budget primitif pour 2008 a été voté par le conseil d'administration de l'O.N.I.A.M., le 12 décembre 2007. Au terme du premier semestre 2008, seul 40% de ce budget a été consommé. Les 98,69 millions d'euros attendus sont probablement sur estimés ; ce qui aurait pour effet de faire baisser ce rapport.

<sup>65</sup> Rappelons que les référentiels de taux d'invalidité sont potentiellement différents en France qu'en Belgique ; ce qui pourrait provoquer une distorsion dans ces rapports.

## 4 CONCLUSIONS

Tout d'abord, les auteurs tiennent à rappeler qu'ils n'ont à aucun moment traité la manière dont le Fonds des indemnisations des accidents médicaux devrait être financé mais se sont limités à évaluer le montant nécessaire à la transposition totale (infections nosocomiales comprises) du système français d'indemnisation des aléas thérapeutiques à la Belgique.

Cette transposition aurait pour conséquence en Belgique : d'une part, l'indemnisation des victimes d'aléa thérapeutique et d'autre part, la mise en place d'un règlement à l'amiable, complémentaire au régime ordinaire de la R.C. actuellement en vigueur. Le système actuel de la R.C. subsisterait donc, et rien ne garantirait par conséquent une quelconque diminution des primes d'assurances payées par les prestataires de soins. On pourrait même envisager que le phénomène de publicité lié à la mise en place d'un tel Fonds puisse inciter un plus grand nombre de victimes à se faire connaître des assureurs engendrant un surplus de frais administratifs, d'indemnisations, etc. Les primes d'assurance devraient alors être adaptées en conséquence. A contrario, il n'est pas non plus impossible que la mise en place d'une réglementation comparable à celle en vigueur en France conduise à faire baisser les frais d'expertise et les honoraires d'avocats à charge des assureurs dans le système actuel dans la mesure où ces derniers seraient à l'avenir, au moins partiellement, pris en charge par le Fonds. Il est dès lors délicat de prévoir quel effet prendra le dessus et donc d'estimer si les primes augmenteront ou diminueront.

La fourchette du montant total à charge exclusivement du Fonds en 2009 (pour autant que tous les sinistres déclarés en 2009 soient liquidés la même année) oscille entre 15 et 19,4 millions € (sans recours). Comme toute estimation, ces chiffres présentent une certaine incertitude. Celle-ci est due pour une part à la qualité des données de l'échantillon, non homogène d'une entreprise d'assurance à l'autre et pour une autre part à l'absence de cohérence des données françaises d'un organisme administratif à l'autre (O.R.M., O.N.I.A.M., C.N.A.M.). Par ailleurs, le facteur 9,45 (=coefficient d'augmentation du nombre de plaintes) ainsi que le pourcentage de plaintes potentiellement indemnifiables parmi les plaintes déposées (60%) sur base des critères fixés par la loi, restent hautement incertains, d'autant plus que ces critères sont peu précis. Pour éviter au maximum les surprises liées à cette incertitude, les hypothèses faites au cours du raisonnement ont systématiquement été prudentes et tendent à sur estimer le coût des indemnisations dans le nouveau système plutôt que le contraire. En outre, à la différence des phases précédentes, la borne supérieure de cet intervalle incorpore au moins le coût des infections nosocomiales telles qu'elles seraient prises en compte dans le système belge, c'est-à-dire sans présomption de responsabilité des hôpitaux en matière d'infections nosocomiales. Si par contre, la législation belge calquait le régime français en ce qui concerne la présomption de responsabilité, le montant à charge du Fonds en 2009 (pour autant que tous les sinistres déclarés en 2009 soient liquidés la même année) avoisinerait les 16,4 millions €.

La cohérence de cette étude reposait sur la mise en parallèle des coûts belges estimés et des coûts français observés. A cet effet, les corrections nécessaires ont été apportées pour les années 2007 et 2008. Il a été illustré que nos estimations étaient prudentes et cohérentes au regard des chiffres observés en France dans la mesure où le rapport coût français sur coût belge se situe selon les années entre 4,8 et 6,8 pour une population 6,05 fois plus nombreuse.

## 5 REVUE DE LA LITTÉRATURE

### 5.1 DOCUMENTS

- (1) Association des Professionnels de la Réassurance En France (A.P.R.E.F.), *Marché de la R.C. médicale*, septembre 2008.
- (2) Commission Nationale des Accidents Médicaux (C.N.A.M.), *Rapport annuel au parlement et au gouvernement, Années 2006-2007*.
- (3) Commission Nationale des Accidents Médicaux (C.N.A.M.), *Rapport annuel au parlement et au gouvernement, Années 2005-2006*.
- (4) Commission Nationale des Accidents Médicaux (C.N.A.M.), *Rapport annuel au parlement et au gouvernement, Années 2004-2005*.
- (5) Commission Nationale des Accidents Médicaux (C.N.A.M.), *Rapport annuel au parlement et au gouvernement, Années 2003-2004*.
- (6) Le Soir Magazine, *Enfin l'indemnisation des erreurs médicales !*, 22 octobre 2008.
- (7) Maréchal X., Denuit M., Vinck I., Closon J-P. *Indemnisation des dommages résultant de soins de santé -Phase IV: Clé de répartition entre le Fonds et les assureurs*. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); 2007. KCE reports 68B.
- (8) Maréchal X., Denuit M., Vinck I., Closon J-P. *Etude relative aux coûts potentiels liés à une éventuelle modification des règles du droit de la responsabilité médicale – Phase III : affinement des estimations*. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); 2006. KCE reports 35B.
- (9) Maréchal X., Denuit M., Closon JP. *Etude relative aux coûts potentiels liés à une éventuelle modification des règles du droit de la responsabilité médicale. Phase II : Développement d'un modèle actuariel et premières estimations*. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE); Juillet 2005. KCE Reports vol. 16B.
- (10) Martin D., *Le dispositif français d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux, par la voie du règlement amiable*, 2007.
- (11) Observatoire des Risques Médicaux (O.R.M.), *Installation et activité de l'Observatoire des Risques Médicaux, Années 2005-2006*.
- (12) Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (O.N.I.A.M.), *Rapport d'activité : 1<sup>er</sup> semestre 2008*.
- (13) Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (O.N.I.A.M.), *Rapport d'activité : 2<sup>ème</sup> semestre 2007*.
- (14) Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (O.N.I.A.M.), *Document d'information sur le dispositif public d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux par la voie du règlement amiable*, décembre 2006.
- (15) Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (O.N.I.A.M.), *Référentiel indicatif d'indemnisation par l'O.N.I.A.M.*, février 2005.
- (16) Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (O.N.I.A.M.), *Analyse statistique de l'indemnisation du pretium doloris, du préjudice esthétique et de l'I.P.P. : A.G.I.R.A. et O.N.I.A.M.*, 7 octobre 2004.
- (17) Onkelinx L., *Indemnisation des dommages liés à des soins de santé : Note d'orientation*, 16 octobre 2008.
- (18) Vrijens F., Gordts B., De Laet C., Devriese S., Van De Sande S., Huybrechts M., et al. *Les infections nosocomiales en Belgique : Volet I, Etude Nationale de Prévalence*. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); 2008. KCE reports 92B.

(19) Vrijens F., Hulstaert F., Gordts B., De Laet C., Devriese S., Van De Sande S., et al. *Les infections nosocomiales en Belgique, volet II: Impact sur la mortalité et sur les coûts. Health Services Research(HSR)*. Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); 2008. KCE reports 102B.

## 5.2 SITES INTERNETS

- (1) Association d'Aide au Victimes d'Accidents Corporels (A.A.V.A.C.), [www.aavac.asso.fr](http://www.aavac.asso.fr)
- (2) Association des Professionnels de la Réassurance en France (A.P.R.E.F.), [www.apref.org](http://www.apref.org)
- (3) Commission Nationale des Accidents Médicaux (C.N.A.M.), [www.cnamed.sante.gouv.fr](http://www.cnamed.sante.gouv.fr)
- (4) Journal Officiel de la République française, <http://admi.net/jo/>
- (5) Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (O.N.I.A.M.), [www.oniam.fr](http://www.oniam.fr)
- (6) Observatoire des Risques Médicaux (O.R.M.), [www.fhf.fr](http://www.fhf.fr)

## 6 ANNEXES

### 6.1 ANNEXES I : ANALYSE DES STATISTIQUES C.B.F.A. PAR LA MÉTHODE CHAIN-

La méthode de Chain-Ladder est probablement la méthode de complétion des triangles de run-off la plus simple et la plus utilisée par les compagnies d'assurance au siècle dernier. Toutefois, si elle propose un estimateur du nombre de sinistres, il est malaisé d'en extraire d'avantage d'information telle que l'extrapolation aux exercices de survenance futurs.

Cette méthode repose sur l'hypothèse de stabilité du délai s'écoulant entre la survenance d'un sinistre et le ou les règlement(s), quel que soit l'exercice de survenance et sans tenir compte de l'inflation, de changement de structure du portefeuille, des clauses contractuelles.

Le point de départ de cette méthode est que le déroulement des paiements est régi par des link-ratios aussi appelés facteurs de développement, notés  $\lambda_j$ , qui ne dépendent que de l'année de développement (et non de l'exercice de survenance). Aucune hypothèse quant à la loi que pourrait suivre la fréquence n'est posée.

Année de survenance	Année de développement				
	$N_{1,1}$	$N_{1,2}$	...	$N_{1,n-1}$	$N_{1,n}$
	$N_{2,1}$	$N_{2,2}$	...	$N_{2,n-1}$	
	...	...	...		
	$N_{n-1,1}$	$N_{n-1,2}$			
	$N_{n,1}$				

Où :

$N_{ij}$  correspond au nombre de sinistres survenus au cours de l'année  $i$  et déclarés au cours de l'année  $i+j-1$  (soit après  $j$  années de développement).

$F_{ij}$  correspond au nombre agrégé de sinistres survenus l'année  $i$ , en  $j$  années de développement, c'est-à-dire :

$$F_{ij} = N_{i,1} + N_{i,2} + \dots + N_{i,j}$$

De sorte que l'on peut écrire :

Année de survenance	Année de développement				
	$F_{1,1}$	$F_{1,2}$	...	$F_{1,n-1}$	$F_{1,n}$
	$F_{2,1}$	$F_{2,2}$	...	$F_{2,n-1}$	
	...	...	...		
	$F_{n-1,1}$	$F_{n-1,2}$			
	$F_{n,1}$				





## 6.2 EXTRAPOLATION ET DÉROULÉ DU COÛT MOYEN TOTAL

### 6.2.1 Pourcentage d'augmentation annuel et cadence de règlement inspirée du système français

Pourcentage d'augmentation annuel (extrapolation)							3%
Pourcentage payé lors de chaque année de développement (inspiré du cas français)							
	1	2	3	4	5	6	
%	20	40	20	10	5	5	

### 6.2.2 Extrapolation et déroulé du coût moyen total

Survenance	Coût total (survenance)	1	2	3	4	5	6
2009	15.110.812	2.884.591	5.942.257	3.060.263	1.576.035	811.658	836.008
2010	15.564.137	2.971.129	6.120.525	3.152.070	1.623.316	836.008	861.088
2011	16.031.061	3.060.263	6.304.141	3.246.633	1.672.016	861.088	886.921
2012	16.511.993	3.152.070	6.493.265	3.344.032	1.722.176	886.921	913.528
2013	17.007.352	3.246.633	6.688.063	3.444.353	1.773.842	913.528	940.934
2014	17.517.573	3.344.032	6.888.705	3.547.683	1.827.057	940.934	969.162
2015	18.043.100	3.444.353	7.095.366	3.654.114	1.881.868	969.162	998.237
2016	18.584.393	3.547.683	7.308.227	3.763.737	1.938.325	998.237	1.028.184
2017	19.141.925	3.654.114	7.527.474	3.876.649	1.996.474	1.028.184	1.059.030
2018	19.716.183	3.763.737	7.753.298	3.992.949	2.056.369	1.059.030	1.090.801
2019	20.307.668	3.876.649	7.985.897	4.112.737	2.118.060	1.090.801	1.123.525
2020	20.916.898	3.992.949	8.225.474	4.236.119	2.181.601	1.123.525	1.157.230
2021	21.544.405	4.112.737	8.472.238	4.363.203	2.247.049	1.157.230	1.191.947
2022	22.190.737	4.236.119	8.726.405	4.494.099	2.314.461	1.191.947	1.227.706
2023	22.856.459	4.363.203	8.988.198	4.628.922	2.383.895	1.227.706	1.264.537
2024	23.542.153	4.494.099	9.257.844	4.767.789	2.455.412	1.264.537	1.302.473
2025	24.248.418	4.628.922	9.535.579	4.910.823	2.529.074	1.302.473	1.341.547
2026	24.975.870	4.767.789	9.821.646	5.058.148	2.604.946	1.341.547	1.381.794
2027	25.725.146	4.910.823	10.116.296	5.209.892	2.683.094	1.381.794	1.423.247
2028	26.496.901	5.058.148	10.419.784	5.366.189	2.763.587	1.423.247	1.465.945
2029	27.291.808	5.209.892	10.732.378	5.527.175	2.846.495	1.465.945	1.509.923
2030	28.110.562	5.366.189	11.054.349	5.692.990	2.931.890	1.509.923	1.555.221
2031	28.953.879	5.527.175	11.385.980	5.863.780	3.019.846	1.555.221	1.601.878
2032	29.822.495	5.692.990	11.727.559	6.039.693	3.110.442	1.601.878	1.649.934
2033	30.717.170	5.863.780	12.079.386	6.220.884	3.203.755	1.649.934	1.699.432
2034	31.638.685	6.039.693	12.441.768	6.407.510	3.299.868	1.699.432	1.750.415
2035	32.587.846	6.220.884	12.815.021	6.599.736	3.398.864	1.750.415	1.802.927
2036	33.565.481	6.407.510	13.199.471	6.797.728	3.500.830	1.802.927	1.857.015
2037	34.572.446	6.599.736	13.595.455	7.001.659	3.605.855	1.857.015	1.912.726
2038	35.609.619	6.797.728	14.003.319	7.211.709	3.714.030	1.912.726	1.970.107
2039	36.677.908	7.001.659	14.423.419	7.428.061	3.825.451	1.970.107	2.029.211
2040	37.778.245	7.211.709	14.856.121	7.650.902	3.940.215	2.029.211	2.090.087

### 6.3 ETUDE DESCRIPTIVE DE LA BASE DE DONNÉES DES SINISTRES ASSURALIA : INDEMNISATION HORS RECOURS

Répartition des effectifs par taux d'I.P.P.	Sinistres graves	Pourcentage sin. graves	Sinistres standards	Pourcentage sin. standards	Total
<10%	29	25%	372	98%	402
10%≤x<25%	26	23%	3	1%	29
25%≤x<50%	19	17%	1	0%	20
50%≤x<100%	15	13%	0	0%	45
Décès	25	22%	5	1%	
Total	114	100%	381	100%	495

Répartition des effectifs par Nbre de jours (j) d'I.T.T.	Sinistres graves	Pourcentage sin. graves	Sinistres standards	Pourcentage sin. standards	Total
0 j	37	32%	201	53%	238
0j<y≤100j	30	26%	166	43%	195
100j<y≤182j	20	18%	12	3%	32
182j<x≤360j	9	8%	2	1%	11
>360j	18	16%	0	0%	18
Total	114	100%	381	100%	495



*This page is left intentionally blank.*

Wettelijk depot : D/2008/10.273/16

## KCE reports

1. Effectiviteit en kosten-effectiviteit van behandelingen voor rookstop. D/2004/10.273/1.
2. Studie naar de mogelijke kosten van een eventuele wijziging van de rechtsregels inzake medische aansprakelijkheid (fase I). D/2004/10.273/2.
3. Antibioticagebruik in ziekenhuizen bij acute pyelonefritis. D/2004/10.273/5.
4. Leukoreductie. Een mogelijke maatregel in het kader van een nationaal beleid voor bloedtransfusieveiligheid. D/2004/10.273/7.
5. Het preoperatief onderzoek. D/2004/10.273/9.
6. Validatie van het rapport van de Onderzoekscommissie over de onderfinanciering van de ziekenhuizen. D/2004/10.273/11.
7. Nationale richtlijn prenatale zorg. Een basis voor een klinisch pad voor de opvolging van zwangerschappen. D/2004/10.273/13.
8. Financieringssystemen van ziekenhuisgeneesmiddelen: een beschrijvende studie van een aantal Europese landen en Canada. D/2004/10.273/15.
9. Feedback: onderzoek naar de impact en barrières bij implementatie – Onderzoeksrapport: deel I. D/2005/10.273/01.
10. De kost van tandprothesen. D/2005/10.273/03.
11. Borstkankerscreening. D/2005/10.273/05.
12. Studie naar een alternatieve financiering van bloed en labiele bloedderivaten in de ziekenhuizen. D/2005/10.273/07.
13. Endovasculaire behandeling van Carotisstenose. D/2005/10.273/09.
14. Variaties in de ziekenhuispraktijk bij acuut myocardinfarct in België. D/2005/10.273/11.
15. Evolutie van de uitgaven voor gezondheidszorg. D/2005/10.273/13.
16. Studie naar de mogelijke kosten van een eventuele wijziging van de rechtsregels inzake medische aansprakelijkheid. Fase II : ontwikkeling van een actuaireel model en eerste schattingen. D/2005/10.273/15.
17. Evaluatie van de referentiebedragen. D/2005/10.273/17.
18. Prospectief bepalen van de honoraria van ziekenhuisartsen op basis van klinische paden en guidelines: makkelijker gezegd dan gedaan.. D/2005/10.273/19.
19. Evaluatie van forfaitaire persoonlijk bijdrage op het gebruik van spoedgevallendienst. D/2005/10.273/21.
20. HTA Moleculaire Diagnostiek in België. D/2005/10.273/23, D/2005/10.273/25.
21. HTA Stomamateriaal in België. D/2005/10.273/27.
22. HTA Positronen Emissie Tomografie in België. D/2005/10.273/29.
23. HTA De electieve endovasculaire behandeling van het abdominale aorta aneurysma (AAA). D/2005/10.273/32.
24. Het gebruik van natriuretische peptides in de diagnostische aanpak van patiënten met vermoeden van hartfalen. D/2005/10.273/34.
25. Capsule endoscopie. D/2006/10.273/01.
26. Medico–legale aspecten van klinische praktijkrichtlijnen. D2006/10.273/05.
27. De kwaliteit en de organisatie van type 2 diabeteszorg. D2006/10.273/07.
28. Voorlopige richtlijnen voor farmaco-economisch onderzoek in België. D2006/10.273/10.
29. Nationale Richtlijnen College voor Oncologie: A. algemeen kader oncologisch kwaliteitshandboek B. wetenschappelijke basis voor klinische paden voor diagnose en behandeling colorectale kanker en testiskanker. D2006/10.273/12.
30. Inventaris van databanken gezondheidszorg. D2006/10.273/14.
31. Health Technology Assessment prostate-specific-antigen (PSA) voor prostaatankerscreening. D2006/10.273/17.
32. Feedback : onderzoek naar de impact en barrières bij implementatie – Onderzoeksrapport : deel II. D/2006/10.273/19.
33. Effecten en kosten van de vaccinatie van Belgische kinderen met geconjugerd pneumokokkenvaccin. D/2006/10.273/21.
34. Trastuzumab bij vroegtijdige stadia van borstkanker. D/2006/10.273/23.
35. Studie naar de mogelijke kosten van een eventuele wijziging van de rechtsregels inzake medische aansprakelijkheid (fase III)- precisering van de kostenraming. D/2006/10.273/26.
36. Farmacologische en chirurgische behandeling van obesitas. Residentiële zorg voor ernstig obese kinderen in België. D/2006/10.273/28.

37. HTA Magnetische Resonantie Beeldvorming. D/2006/10.273/32.
38. Baarmoederhalskankerscreening en testen op Human Papillomavirus (HPV). D/2006/10.273/35
39. Rapid assessment van nieuwe wervelzuil technologieën : totale discusprothese en vertebro/ballon kyfoplastie. D/2006/10.273/38.
40. Functioneel bilan van de patiënt als mogelijke basis voor nomenclatuur van kinesitherapie in België? D/2006/10.273/40.
41. Klinische kwaliteitsindicatoren. D/2006/10.273/43.
42. Studie naar praktijkverschillen bij electieve chirurgische ingrepen in België. D/2006/10.273/45.
43. Herziening bestaande praktijkrichtlijnen. D/2006/10.273/48.
44. Een procedure voor de beoordeling van nieuwe medische hulpmiddelen. D/2006/10.273/50.
45. HTA Colorectale Kankerscreening: wetenschappelijke stand van zaken en budgetimpact voor België. D/2006/10.273/53.
46. Health Technology Assessment. Polysomnografie en thuismonitoring van zuigelingen voor de preventie van wiegendood. D/2006/10.273/59.
47. Geneesmiddelengebruik in de belgische rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen. D/2006/10.273/61
48. Chronische lage rugpijn. D/2006/10.273/63.
49. Antivirale middelen bij seizoensgriep en griepandemie. Literatuurstudie en ontwikkeling van praktijkrichtlijnen. D/2006/10.273/65.
50. Eigen betalingen in de Belgische gezondheidszorg. De impact van supplementen. D/2006/10.273/68.
51. Chronische zorgbehoeften bij personen met een niet- aangeboren hersenletsel (NAH) tussen 18 en 65 jaar. D/2007/10.273/01.
52. Rapid Assessment: Cardiovasculaire Primaire Preventie in de Belgische Huisartspraktijk. D/2007/10.273/03.
53. Financiering van verpleegkundige zorg in ziekenhuizen. D/2007/10 273/06
54. Kosten-effectiviteitsanalyse van rotavirus vaccinatie van zuigelingen in België
55. Evidence-based inhoud van geschreven informatie vanuit de farmaceutische industrie aan huisartsen. D/2007/10.273/12.
56. Orthopedisch Materiaal in België: Health Technology Assessment. D/2007/10.273/14.
57. Organisatie en Financiering van Musculoskeletale en Neurologische Revalidatie in België. D/2007/10.273/18.
58. De Implanteerbare Defibrillator: een Health Technology Assessment. D/2007/10.273/21.
59. Laboratoriumtesten in de huisartsgeneeskunde. D2007/10.273/24.
60. Longfunctie testen bij volwassenen. D/2007/10.273/27.
61. Vacuümgeassisteerde Wondbehandeling: een Rapid Assessment. D/2007/10.273/30
62. Intensiteitsgemoduleerde Radiotherapie (IMRT). D/2007/10.273/32.
63. Wetenschappelijke ondersteuning van het College voor Oncologie: een nationale praktijkrichtlijn voor de aanpak van borstkanker. D/2007/10.273/35.
64. HPV Vaccinatie ter Preventie van Baarmoederhalskanker in België: Health Technology Assessment. D/2007/10.273/41.
65. Organisatie en financiering van genetische diagnostiek in België. D/2007/10.273/44.
66. Health Technology Assessment: Drug-Eluting Stents in België. D/2007/10.273/47
67. Hadrontherapie. D/2007/10.273/50.
68. Vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg – Fase IV : Verdeelsleutel tussen het Fonds en de verzekeraars. D/2007/10.273/52.
69. Kwaliteit van rectale kankerzorg – Fase I: een praktijkrichtlijn voor rectale kanker D/2007/10.273/54.
70. Vergelijkende studie van ziekenhuisaccrediterings-programma's in Europa D/2008/10.273/57.
71. Aanbevelingen voor het gebruik van vijf oftalmologische testen in de klinische praktijk .D/2008/10.273/04
72. Het aanbod van artsen in België. Huidige toestand en toekomstige uitdagingen. D/2008/10.273/07



73. Financiering van het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt in algemene ziekenhuizen: definitie en evaluatie van een geriatrische patiënt, definitie van de interne liaisongeriatrie en evaluatie van de middelen voor een goede financiering. D/2008/10.273/11
74. Hyperbare Zuurstoftherapie: Rapid Assessment. D/2008/10.273/13.
75. Wetenschappelijke ondersteuning van het College voor Oncologie: een nationale praktijkrichtlijn voor de aanpak van slokdarm- en maagkanker. D/2008/10.273/16.
76. Kwaliteitsbevordering in de huisartsenpraktijk in België: status quo of quo vadis? D/2008/10.273/18.
77. Orthodontie bij kinderen en adolescenten. D/2008/10.273/20.
78. Richtlijnen voor farmaco-economische evaluaties in België. D/2008/10.273/23.
79. Terugbetaling van radioisotopen in België. D/2008/10.273/26
80. Evaluatie van de effecten van de maximumfactuur op de consumptie en financiële toegankelijkheid van gezondheidszorg. D/2008/10.273/35.
81. Kwaliteit van rectale kankerzorg – phase 2: ontwikkeling en test van een set van kwaliteitsindicatoren. D/2008/10.273/38
82. 64-Slice computertomografie van de kransslagaders bij patiënten met vermoeden van coronaire hartziekte. D/2008/10.273/40
83. Internationale vergelijking van terugbetalingsregels en juridische aspecten van plastische heelkunde. D/2008/10.273/43
84. Langverblijvende psychiatrische patiënten in T-bedden. D/2008/10.273/46
85. Vergelijking van twee financieringssystemen voor de eerstelijnszorg in België. D/2008/10.273/49.
86. Functiedifferentiatie in de verpleegkundige zorg: mogelijkheden en beperkingen. D/2008/10.273/52.
87. Het gebruik van kinesitherapie en van fysieke geneeskunde en revalidatie in België. D/2008/10.273/54.
88. Chronisch Vermoeidheidssyndroom: diagnose, behandeling en zorgorganisatie. D/2008/10.273/58.
89. Rapid assessment van enkele nieuwe behandelingen voor prostaatkanker en goedaardige prostaathypertrofie. D/2008/10.273/61
90. Huisartsgeneeskunde: aantrekkingskracht en beroepstrouw bevorderen. D/2008/10.273/63
91. Hoorapparaten in België: health technology assessment. D/2008/10.273/67
92. Nosocomiale infecties in België, deel I: nationale prevalentiestudie. D/2008/10.273/70.
93. Detectie van adverse events in administratieve databanken. D/2008/10.273/73.
94. Intensieve maternale verzorging (Maternal Intensive Care) in België. D/2008/10.273/77
95. Percutane hartklep implantatie bij congenitale en degeneratieve klepletsels: A rapid Health Technology Assessment. D/2008/10.273/79
96. Het opstellen van een medische index voor private ziekteverzekeringsovereenkomsten. D/2008/10.273/82
97. NOK/PSY revalidatiecentra: doelgroepen, wetenschappelijke evidentie en zorgorganisatie. D/2009/10.273/84
98. Evaluatie van universele en doelgroep hepatitis A vaccinatie opties in België. D/2008/10.273/88
99. Financiering van het geriatrisch dagziekenhuis. D/2008/10.273/90
100. Drempelwaarden voor kosteneffectiviteit in de gezondheidszorg. D/2008/10.273/94
101. Videoregistratie van endoscopische chirurgische interventies: rapid assessment. D/2008/10.273/97
102. Nosocomiale Infecties in België: Deel II, Impact op Mortaliteit en Kosten. D/2009/10.273/99
103. Hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg: evaluatieonderzoek 'therapeutische projecten' - eerste tussentijds rapport. D/2009/10.273/04.
104. Robotgeassisteerde chirurgie: health technology assessment. D/2009/10.273/07
105. Wetenschappelijke ondersteuning van het College voor Oncologie: een nationale praktijkrichtlijn voor de aanpak van pancreaskanker. D/2009/10.273/10
106. Magnetische Resonantie Beeldvorming: kostenstudie. D/2009/10.273/14
107. Vergoeding van schade ten gevolge van gezondheidszorg – Fase V: Budgettaire impact van de omzetting van het Franse systeem in België. D/2009/10.273/16

