

Fonds des accidents médicaux – organisation et fonctionnement

Le Fonds des accidents médicaux a été créé par la loi du 31 mars 2010 (la « loi relative aux accidents médicaux ») afin de rendre un avis aux victimes d'accidents médicaux, au terme d'un examen médical et juridique, concernant l'éventuelle responsabilité d'un prestataire de soins dans le cadre d'un accident et de leur fournir certaines garanties d'indemnisation effective du dommage. Le Fonds constitue ainsi une autre solution de règlement de l'accident que la procédure amiable ou judiciaire. Le Fonds est un service autonome de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (Inami).

La Cour des comptes a examiné dans quelle mesure le Fonds a réussi à atteindre les objectifs du législateur et si le cadre légal et organisationnel offre suffisamment de garanties pour permettre la réalisation des missions du Fonds.

Réalisation des objectifs

Le législateur visait un règlement des accidents médicaux plus rapide, plus simple, à moindre coût et plus efficace par le biais de la procédure administrative auprès du Fonds que dans le cadre d'une procédure judiciaire, et ce dans l'intérêt de toutes les parties concernées. En pratique, cet objectif n'a pas encore pu être atteint.

Seule une victime d'accident médical sur dix fait appel au Fonds afin d'être indemnisée et les victimes continuent généralement à choisir de régler elles-mêmes l'accident avec le prestataire de soins et son assureur. Le nombre de recours au Fonds a même encore diminué ces dernières années.

Les victimes doivent actuellement attendre en moyenne quatre ans avant d'obtenir un avis du Fonds. Pendant cette période, elles reçoivent peu d'informations. Par ailleurs, après que l'avis (non contraignant) a été rendu, elles doivent encore souvent trouver elles-mêmes un arrangement avec l'assureur du prestataire de soins. Dans le nombre de cas limités où le Fonds garantit une indemnisation, le paiement est très difficile à obtenir.

Les prestataires de soins se retrouvent trop souvent et trop longtemps dans une situation incertaine chaque fois que le Fonds ouvre un dossier dans lequel ils sont peut-être impliqués. Par ailleurs, leurs assureurs indiquent que la procédure administrative introduite auprès du Fonds n'a aucune incidence positive sur le montant des primes d'assurance dues par les prestataires de soins, alors que c'était un objectif de la loi relative aux accidents médicaux.

Actuellement, les frais de dossier fluctuent en moyenne entre 11.000 et 12.000 euros, alors que 85 % des dossiers sont non fondés ou non recevables. À la lumière des résultats obtenus, ces frais sont disproportionnés.

Partant du constat que les objectifs du législateur n'ont pas encore pu être concrétisés, la Cour a examiné les problèmes rencontrés dans l'organisation et les processus de travail du Fonds. Par ailleurs, elle s'est penchée sur les problèmes conceptuels qui empêchent le Fonds d'accomplir pleinement ses missions d'avis, d'indemnisation, de médiation et de soutien à la politique, telles que prévues par le législateur.

Problèmes opérationnels

Le Fonds n'a été opérationnel que deux ans après l'entrée en vigueur de la loi relative aux accidents médicaux et a connu dès le départ une évolution difficile. Dans l'intervalle, différentes initiatives ont été prises, mais d'importants problèmes opérationnels persistent. L'effectif du Fonds a ainsi considérablement augmenté ces dernières années, mais des difficultés subsistent en matière de recrutement et de disponibilité effective. L'augmentation de l'effectif n'a pas suffi à résorber l'arriéré de dossiers. Une évaluation des missions et des processus administratifs du Fonds reste donc nécessaire.

Le système de gestion des dossiers informatisé Damo doit être finalisé d'urgence. Damo doit tout d'abord pouvoir être utilisé comme un système de mesure suffisamment détaillé et fiable permettant de fixer des objectifs opérationnels concrets et d'en assurer le suivi.

Enfin, le rapportage financier et budgétaire est insuffisant, le Fonds n'a aucune vue sur les montants à récupérer et le recouvrement des recettes est problématique.

Problèmes liés aux processus

Une demande d'intervention du Fonds passe par différents processus administratifs. Le Fonds divise le traitement d'un dossier en trois phases. La première phase vise à vérifier si la demande est recevable. Dans l'affirmative, la deuxième phase permet, à partir d'un examen médical et juridique, d'émettre un avis sur le caractère « indemnisable » ou non de l'accident. Enfin, au cours de la troisième phase, l'assureur du prestataire de soins est sollicité ou une « offre d'indemnisation » est élaborée (selon qu'il s'agit d'un accident médical avec ou sans responsabilité). Par ailleurs, le Fonds doit gérer les contestations (judiciaires) de ses décisions.

Un dossier auprès du Fonds reste pendant en moyenne les trois quarts du délai de traitement – à savoir deux ans et demi à trois ans – simplement en attente avant un traitement en interne. De même, lors du traitement, un temps disproportionné est souvent perdu dans l'examen d'une demande, la communication interne ou la rédaction d'avis juridiques. Le goulet d'étranglement se situe principalement au niveau de la deuxième phase.

Depuis 2017, plusieurs initiatives ont été prises et des expertises externes sont, par exemple, moins sollicitées. Il y a néanmoins encore une large marge d'amélioration : les demandes manifestement non fondées peuvent être traitées plus rapidement et la gestion des dossiers doit être plus activement encadrée et suivie. À cet égard, les lacunes dans le traitement des dossiers (par exemple, au niveau du système de gestion et du mode d'indemnisation et de récupération des montants) ainsi que dans la communication avec les victimes, les prestataires de soins et les assureurs doivent être comblées au plus vite.

Problèmes conceptuels

Le législateur a garanti à la victime d'un accident médical un accès abordable à un fonds chargé d'un rôle d'avis, d'indemnisation, de médiation et de soutien à la politique. Ce concept est toutefois difficile, voire impossible à mettre en œuvre en pratique, ce qui explique en partie les problèmes cités au niveau de l'organisation et des processus administratifs, et est sujet à évaluation. Cette situation est mise en évidence par le constat selon lequel à peine 8 % des dossiers traités sont jugés fondés et (potentiellement) indemnissables par le Fonds.

Les missions du Fonds en matière de soutien à la politique ou de prévention, l'intervention dans les discussions relatives à la couverture d'assurance ou aux offres d'indemnisation des assureurs et l'organisation d'un règlement amiable du dommage ne sont pas réalisables ou n'ont pas été réalisées. Plusieurs concepts et conditions doivent être précisés par le biais d'un avis du Fonds faisant autorité.

En raison de la trop grande attention portée au caractère unilatéral de la procédure devant le Fonds, le débat contradictoire perd de son utilité et le recours à d'autres formes de règlement des litiges est trop rare.

Le fait que seul un nombre relativement limité de demandes soient déclarées fondées est difficile à justifier au vu du temps nécessaire et du coût du règlement des dossiers.

Le faible taux d'indemnisation remet en question l'existence même du Fonds, ce qui impose de reconsidérer la pertinence de la loi relative aux accidents médicaux ainsi que le rôle du Fonds. Les recommandations concrètes formulées par la Cour concernant la gestion du service et des dossiers ne suffiront pas. Une approche plus fondamentale à long terme est clairement requise. Le comité de gestion et toutes les parties prenantes qui y sont représentées ont un rôle essentiel à jouer à cet égard.

Dans sa réponse, le Fonds reconnaît être confronté à deux problèmes difficiles à résoudre : l'arriéré de dossiers accumulés et la recherche compliquée d'un équilibre entre rapidité et rigueur dans le traitement des dossiers. Le Fonds ne se prononce toutefois pas sur les problèmes conceptuels. Il indique par ailleurs que résoudre les problèmes de fond ne relève pas de sa compétence ou qu'une solution est entravée par le comportement stratégique des assureurs visant à contester systématiquement ses avis. La Cour ne partage pas cette vision.

La ministre des Affaires sociales et de la Santé publique se rallie aux constats d'audit. Elle confirme que les efforts déjà fournis au niveau opérationnel ne sont pas suffisants et qu'une approche plus fondamentale est requise. Un groupe de travail Vision doit évaluer plus en détail le cadre légal et la mission du Fonds. La ministre précise que la composition élargie du comité de gestion du Fonds complique la prise de décision.