

Chambre des représentants

Kamer van volksvertegenwoordigers

Question Parlementaire

Parlementaire Vraag

Document : 55 2019202001264

Session / zitting :

20192020 (SO)

20192020 (GZ)

Dépôt / Geregistreerd : 10/12/2019

Auteur : JADIN Katrin

Départements interrogés Bevraagde departementen	N° de question Vraagnummer	Fin délai Einde termijn
6 M. Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie M. Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration	213	20/01/2020

### **Erreurs médicales.**

Selon des estimations de l'Organisation mondiale de la Santé, 8 à 12 % des interventions médicales en milieu hospitalier effectuées en Europe donnent lieu à des erreurs médicales.

À ce sujet, la presse s'est récemment fait l'écho des conclusions de l'association Premisse, selon lesquelles de telles erreurs constitueraient la troisième cause de mortalité en Belgique, derrière les cancers et les maladies cardiovasculaires. En outre, cette association active dans l'accompagnement des patients victimes de problèmes médicaux dénonce une impossibilité de traiter toutes les demandes d'indemnisation formulées auprès du Fonds des accidents médicaux.

1. Combien de plaintes pour erreurs médicales ont été recensées pour l'année en cours?
  2. Combien de demandes d'indemnisation ont été adressées au Fonds des accidents médicaux pour les années 2018 et 2019? Que peut-on conclure sur base de ces statistiques?
  3. Quelles sont les procédures à suivre pour le patient sollicitant le Fonds? Est-il envisageable de les simplifier?
-



## Réponse à la question parlementaire n° 213 du 10 décembre 2019 de madame Kattrin JADIN, Députée

---

L'Honorable Membre trouvera ci-après la réponse à ses questions.

Le lancement effectif du Fonds des accidents médicaux a été considérablement retardé. La loi a en effet été publiée au Moniteur belge le 2 avril 2010, mais les arrêtés royaux y afférents se sont fait attendre longtemps, ce qui explique que, lorsqu'il a été lancé, le Fonds avait déjà accumulé un retard considérable.

En 2019, le nombre de demandes clôturées par le Fonds des accidents médicaux est supérieur au nombre de demandes déposées, et ce, pour la troisième année consécutive.

Le Fonds a l'intention de traiter toutes les demandes, mais la lenteur et la complexité de son lancement ont entraîné du retard dans le traitement des demandes.

1. En 2019, le Fonds des accidents médicaux a enregistré 446 nouvelles demandes (jusqu'au 18 décembre 2019). En 2018, il s'agissait de 486 pour toute l'année.

2. Le Fonds des accidents médicaux enregistre une demande et ne fait aucune distinction entre une demande de renseignements et une demande d'indemnisation.

Sur la base des données de fin 2018, que l'on peut retrouver dans le rapport annuel 2018, il apparaît que parmi toutes les demandes qui ont été clôturées, 24% ont été déclarées irrecevables (irrecevables sur le plan administratif et/ou demandes ayant été suspendues par le Fonds à la demande du patient et/ou du demandeur parce que le demandeur ne répondait plus aux questions du Fonds).

62 % des demandes clôturées concernaient des incidents médicaux pour lesquels aucune responsabilité ou aucun accident médical indemnisable n'a été retenu.

Dans 7% des cas seulement, le Fonds a indiqué dans son avis qu'il s'agissait d'un accident médical dans lequel un dispensateur de soins était responsable et où le dommage était inférieur à ce qui est stipulé dans l'article 5 de la loi.

Dans 5% des cas, le Fonds a indiqué dans son avis qu'il s'agissait d'un accident médical dans lequel un dispensateur de soins était responsable et où le dommage atteignait le degré de gravité stipulé dans l'article 5 de la loi. Dans ces cas, le Fonds peut prévoir une indemnisation si le dispensateur de soins et/ou son assureur contestent cette responsabilité. Si le Fonds indemnise ce dommage, il le réclamera devant le tribunal.

Dans 2% des cas, le Fonds a indiqué dans son avis qu'il s'agissait d'un accident médical sans responsabilité indemnisable et a donc indemnisé ce dommage.

3. La loi prévoit la présentation d'une demande au Fonds sous forme de lettre recommandée où figurent un certain nombre d'informations (cf. l'article 12 de la loi) : l'identité complète des demandeurs et, le cas échéant, du patient, la date et une description de l'élément générateur du dommage résultant de soins de santé, une description des dommages allégués, l'identité et l'adresse du ou des prestataires de soins impliqués, l'indication des procédures civiles et pénales éventuelles, tous les éléments qui permettent d'apprécier l'origine et la gravité du dommage, les indemnisations éventuelles déjà perçues, l'identité des organismes assureurs du demandeur.

En principe, une lettre recommandée où figurent les informations susmentionnées est donc suffisante. Le Fonds constitue ensuite un dossier, la procédure étant gratuite pour le demandeur.

La possibilité d'une demande électronique est actuellement à l'étude.