

amma
a s s u r a n c e s
pour et par le secteur des soins de santé



FONDS DES ACCIDENTS MEDICAUX



- Qui est AMMA ?
- La Loi No Fault
- La responsabilité professionnelle

Qui est AMMA ?

Qui est AMMA ?



- L'assureur mutuel du secteur des soins de santé
- Pour et par les prestataires de soins
- Plus de 65 ans d'expérience
- Organisation non-commerciale et indépendante
- Connaissance profonde des besoins des prestataires de soins
- Leader du marché pour la responsabilité professionnelle
- Spécialiste pour toutes vos autres assurances (RC familiale, auto, hospitalisation, incendie, revenu garanti,...)



- La responsabilité médicale
 - La fonction d'indemnisation du droit de responsabilité
 - Le patient ou ses proches
 - Le prestataire de soins
 - L'assureur

La Loi No Fault





- En vigueur à partir du 01/09/2012
 - Publication au Moniteur Belge le 02 avril 2010
 - abrogation de la loi du 15 mai 2007
 - Qui peut introduire une demande ?
 - Toute personne estimant avoir subi un dommage résultant de soins de santé, ou ses ayants droits
 - La demande peut être introduite par un représentant légal ou par un mandataire
 - Champ d'application
 - Fait postérieur au 02.04.2010



1. Prestataire de soins

- Un praticien professionnel OU
- Une institution de soins de santé
 - Praticien professionnel
(cf. loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient)
- Le praticien visé à l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions de soins de santé
- Le praticien ayant une pratique non conventionnelle, visée dans la loi du 29 avril 1999 (dès son entrée en vigueur) relative aux pratiques non conventionnelles dans les domaines de l'art médical, de l'art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'art infirmier et des professions paramédicales.



- Institution de soins de santé

- Tout établissement dispensant des prestations de soins de santé et réglementé par la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008 (...)

Quid maison de repos pour personnes âgées ?

- Les établissements et centres de transfusion sanguine au sens de l'arrêté royal du 4 avril 1996

2. Prestation de soins de santé

(cf. loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient)

- Services dispensés par un prestataire de soins en vue de promouvoir, de déterminer, de conserver, de restaurer ou d'améliorer l'état de santé du patient ou de l'accompagner en fin de vie.



- Un système à « deux voies » (le juge ou le Fonds), d'après le modèle français introduit en 2002

Le demandeur a deux voies possibles

- Action en indemnisation des dommages devant les cours et tribunaux
 - > procédure judiciaire
- Indemnisation des dommages résultant des soins de santé via le Fonds des Accidents Médicaux
 - > procédure amiable



Une voie n'exclut pas l'autre

- Le demandeur peut changer de "voie" pendant la durée de l'une ou de l'autre procédure. Le demandeur est tenu d'informer le Fonds des procédures en cours concernant le même dommage = obligation d'information !
- Le demandeur ne peut jamais être indemnisé 2 fois pour le même dommage.



- Un Fonds fédéral.
- Une méthode rapide et efficace pour l'avis du Fonds et le cas échéant, l'indemnisation.
- Le maintien du droit commun en matière de responsabilité.
- La procédure devant le Fonds est gratuite.

Le Fonds des accidents médicaux

Organisation et Fonctionnement



- A. L'équipe du Fonds sera composée d'une vingtaine de personnes et comprendra:
 - deux équipes de gestionnaires de dossiers (juristes, experts administratifs) : une par rôle linguistique ;
 - une supervision juridique (pour la responsabilité, la recevabilité, le contentieux...) ;
 - une supervision médicale (pour la responsabilité médicale, l'évaluation des lésions corporelles...) ;
 - un service de support (secrétariat, ICT, finances)
 - un directeur général.

- B. Collaborateurs externes
 - des dispensateurs de soins—experts ;
 - des avocats / juristes

Le secteur des assurances n'est pas représenté !!



1. Déterminer si le dommage résulte de soins de santé qui engage ou non le prestataire de soins.
2. Evaluer la gravité du dommage.
3. Organiser la procédure amiable de l'indemnisation des victimes ou des ayants droit.
4. Indemniser la victime en cas d'accident médical d'origine non fautive
5. Etablir un rapport annuel d'activité (notamment établir des statistiques relatives aux accidents médicaux et à leur indemnisation).
6. Organiser une médiation.
7. Émettre un avis sur toute question concernant la prévention ou la réparation des dommages résultant de soins de santé.



- Le Fonds sera financé par l'INAMI (l'Etat)
- Moyens financiers 22 millions €
- L'intégration du Fonds comme service opérationnel au sein de l'INAMI est prévue le 1^{er} janvier 2013

Accident médical sans responsabilité (l'aléa thérapeutique)



Conditions d'indemnisation par le Fonds

1. Le dommage ne doit pas engager la responsabilité d'un prestataire de soins
2. Il ne doit pas résulter de l'état du patient
3. Il doit entraîner pour le patient un dommage anormal (n'aurait pas dû se produire compte tenu de l'état actuel de la science, de l'état du patient et de son évolution objectivement prévisible)

L'échec thérapeutique et l'erreur non fautive de diagnostic ne constituent pas un accident médical sans responsabilité



4. Il doit être suffisamment grave (seuil de gravité)
- invalidité permanente = ou > 25%
 - OU
 - incapacité temporaire totale de travail au moins durant 6 mois consécutifs ou 6 mois non-consécutifs sur une période de 12 mois
 - OU
 - troubles particulièrement graves, y compris d'ordre économique, dans les conditions d'existence du patient
 - OU
 - décès du patient

Intervention par le fonds des accidents médicaux pour un fait engageant la responsabilité d'un prestataire de soins ?



Conditions d'indemnisation par le Fonds des accidents médicaux

- 3 hypothèses :
 - le prestataire de soins n'est pas ou pas suffisamment assuré
 - le prestataire de soins ou son assureur conteste(nt) l'avis émis par le Fonds concluant à la responsabilité du prestataire de soins ou en cas d'absence de réaction de l'assureur à l'avis émis par le Fonds (seuil de gravité)
 - l'offre d'indemnisation de l'assureur est jugée manifestement insuffisante par le Fonds



- L'indemnisation de la victime ne subit donc pas de retard.
- Le contentieux dit "technique" sur la *faute* et le *montant* de l'indemnisation est débattu ultérieurement, c'est-à-dire après l'indemnisation de la victime par le Fonds
- Si le juge estime que les sommes payées au demandeur par le Fonds ne sont pas dues, elles ne sont pas récupérées !!



- Quid des infections nosocomiales ?
- Quid des dommages résultant d'expériences sur la personne humaine
- Quid des dommages résultant d'actes de chirurgie ou de médecine esthétique ?

Fonds des accidents médicaux

Procédure



- Le patient (ou ses ayants droit) adresse une demande au Fonds, par lettre recommandée à la poste à l'adresse suivante:

Fonds des accidents médicaux
Avenue de Tervueren 211
1150 Bruxelles

Le demandeur peut utiliser un formulaire de demande qu'il trouvera sur le site web.

Dans le mois de réception de la demande, le Fonds en accuse réception.



- Vérification de la recevabilité de la demande
 - le dommage ne résulte pas d'une prestation de soins ou aléa sans gravité, le dommage n'est pas indemnisable dans le cadre de cette loi;
 - le demandeur a déjà été indemnisé pour le même dommage (soit par le Fonds soit par le Juge)
 - délais de recevabilité
 - 5 ans à dater du jour où le demandeur (patient ou ayants droit) a eu connaissance du dommage dont la réparation est demandée
 - 20 ans à dater du lendemain du jour où le fait ayant causé le dommage s'est produit.



Pouvoir de recherche étendu :

- Le Fonds peut réclamer tous les documents et toutes les informations nécessaires afin d'établir les causes, les circonstances et les conséquences du dommage, auprès:
 - du demandeur / de ses ayants droit
 - de tous les prestataires de soins (hôpitaux, médecins,...) qui pourraient être impliqués, dans le traitement du patient
 - de toute autre personne



- Délai d'un mois pour répondre à la demande du Fonds.
- A défaut de réponse, une lettre recommandée du Fonds est envoyée avec un nouveau délai d'un mois pour réagir (rappel).
- Après ce délai, si pas de réaction:
 - du demandeur : celui-ci est censé renoncer à la demande et à l'effet suspensif de celle-ci.
 - des autres personnes : astreinte de € 500/par jour jusqu'à l'envoi des documents /des renseignements (max. 30 jours soit € 15.000)



- Appel à des praticiens professionnels spécialisés.
- Obligation d'organiser une expertise contradictoire s'il y a des indices sérieux que le dommage atteint le seuil de gravité. A valeur d'une expertise judiciaire.
- Audition des parties concernées. Celles-ci peuvent se faire assister par une personne de leur choix.



Instruction du dossier :

- Accès au dossier médical
- Déclaration des faits aux autorités administratives, disciplinaires ou judiciaires compétentes si les faits justifient une telle démarche.

But: prévention d'un sérieux dysfonctionnement futur par un prestataire de soins.



Le Fonds donnera un avis au demandeur dans les 6 mois qui suivent la réception d'une demande complète.

3 hypothèses :

1. Responsabilité d'un prestataire de soins + examen du contrat d'assurance
-> l'assureur est invité à formuler une offre d'indemnisation
2. Accident médical sans responsabilité
-> vérification du seuil de gravité du dommage.
Le Fonds formule une proposition d'indemnisation
3. le dommage ne relève d'aucune des catégories susmentionnées



- Le demandeur dispose d'un délai de 3 mois pour accepter ou contester la proposition du Fonds:
 1. Le demandeur accepte la proposition
 - > le Fonds verse l'indemnité proposée dans un délai d'un mois suivant l'acceptation expresse de la proposition
 2. Le demandeur ne réagit pas
 - > le Fonds lui adresse un rappel (avec mention des conséquences d'une absence de réaction de sa part). A défaut de réaction de la part du demandeur dans un délai d'un mois suivant ce rappel, l'offre est présumée refusée.



3. Le demandeur conteste l'offre

- Le demandeur peut formuler à une seule reprise des observations sur l'offre du Fonds, auxquelles le Fonds est tenu de répondre.

Le Fonds s'il le juge opportun, peut modifier le montant de son offre et transmettre l'offre adaptée par lettre recommandée au demandeur (avec mention du nouveau délai d'expiration et des conséquences d'une absence de réaction de sa part).



- Le demandeur peut s'adresser au Tribunal de première instance pour contester l'avis du Fonds, avant l'expiration du délai de 3 mois.

Dans ce cas, le fonds n'est pas lié par son avis, ni par sa proposition d'indemnisation formulés précédemment.



L'indemnisation du Fonds est :

Selon le droit commun :

- Intégrale
- Basée sur la jurisprudence dominante (intention)
- Pas de franchise, pas de plafond



La procédure via le Fonds est:

- Gratuite pour la victime
- Rapide: la victime devrait être indemnisée dans un délai d'un an
- Simple: le Fonds rassemble toutes les informations
- Amiable
- Facultative et non-exclusive

L'assurance de la responsabilité professionnelle pour le prestataire de soins



- Principe
“Si responsable on doit réparer” (code civil)
- 3 éléments
 - La faute
 - Le dommage
 - Le lien de causalité entre la faute et le dommage



- Le prestataire de soins est responsable des actes qu'il/elle pose
- Le code civil prévoit une responsabilité de **20 ans** pour tout acte médical, mais aussi:
 - Quand vous mettez fin à vos activités en tant que prestataire de soins
 - Quand vous prenez votre pension
 - Quand vous décédez (les héritiers!)
 - ...
- Les risques de survenance d'un "sinistre" sont réels, par la nature des activités du prestataire de soins



- **Actualité:**

- “Hyper-médiatisation”: facteur pouvant contribuer à la croissance du nombre de plaintes
- Facteurs tendant à faire croître le montant des indemnisations



- Conséquences:

- Un défaut de prévoyance implique un danger pour votre patrimoine personnel, pour vous et vos héritiers!
- Nécessité évidente de se couvrir et de s'assurer!

Mais pas n'importe comment!



- Votre avenir en tant que prestataire de soins:
 - prestataire de soins indépendant(e)
 - prestataire de soins-employé(e) (salarié(e))
- Dans les 2 cas, vous devez protéger et assurer votre responsabilité professionnelle, dans votre propre intérêt!
- Pourquoi?



- Vous travaillez en tant qu'indépendant(e)
 - Vous travaillez à votre propre compte
 - L'indemnisation d'un patient est aussi à votre propre compte!
- Assurez-vous!



- Vous travaillez en tant que employé(e)
 - Principe: votre responsabilité est assurée par votre employeur
 - Attention: 4 exceptions à ce principe !
- Assurez-vous à titre personnel !

2. Votre responsabilité professionnelle en tant qu'infirmier(ère)



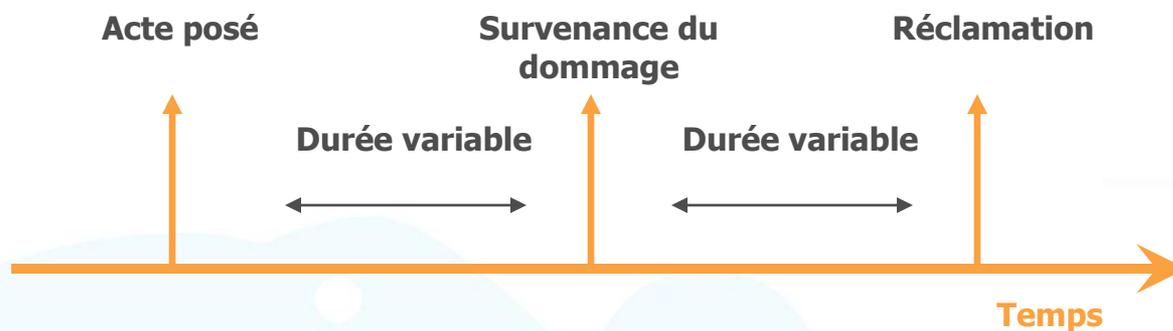
- Attention: 4 exceptions à ce principe:
 - Fautes du contrat "responsabilité civile" de votre employeur
 - Art. 18 de la Loi sur le Contrat de Travail: l'employé(e) reste responsable pour ses:
 - Fautes lourdes
 - Fautes légères répétitives
 - Notions non définies, vagues, floues et sujettes à l'interprétation par le juge...
 - "Pratique illégale de la médecine"
 - De quel ordre?
 - L'assurance de votre employeur peut refuser d'intervenir
 - Vous devez alors indemniser le patient vous-même!
 - Situation conflictuelle avec un médecin, un collègue, votre employeur,... lors d'une faute professionnelle



- Un avocat (+ expert) vous sera indispensable pour vous défendre:
 - Si une faute vous est reprochée
 - Si votre responsabilité est mise en cause



- Les différentes phases de l'accident médical

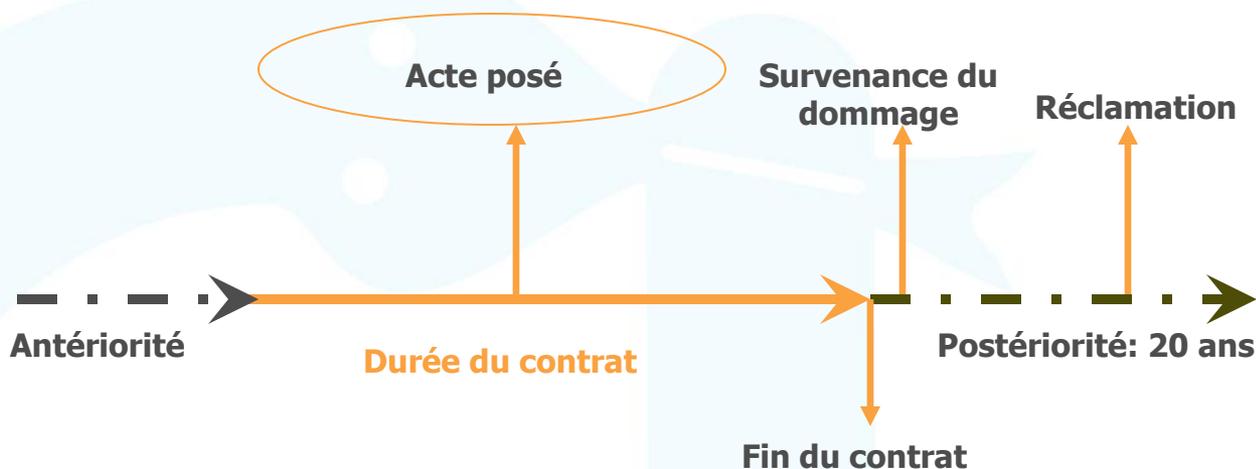




- Chacune des phases correspond à un système d'assurance différent
- 3 systèmes d'assurance:
 - Fait générateur (acte posé)
 - Survenance du dommage
 - Réclamation

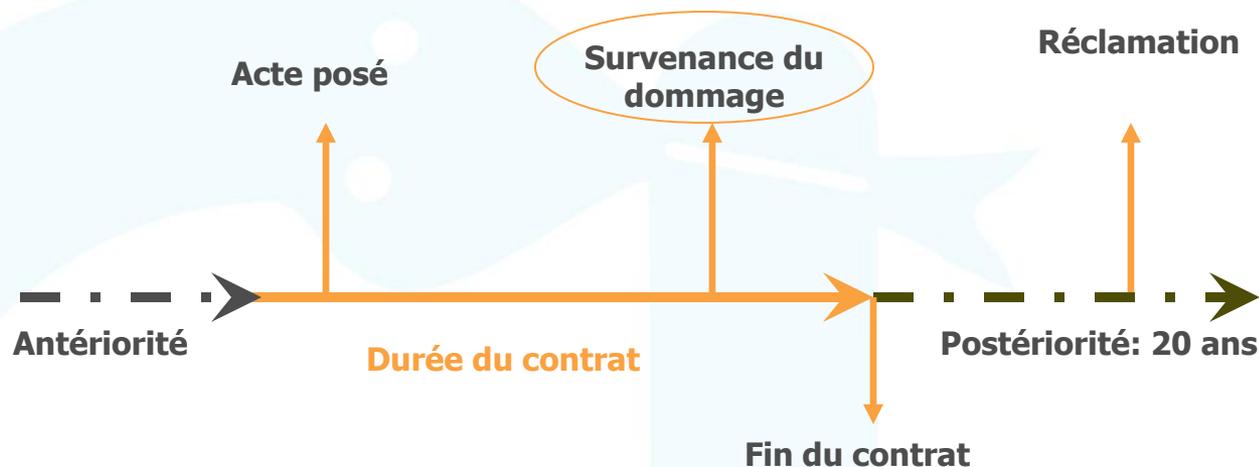


- Système suivant le **fait générateur**:
 - Assure la responsabilité pour:
 - Tous **les actes posés durant la durée de validité du contrat**
 - À quelque moment que survienne le dommage, même après la fin du contrat
 - À quelque moment que survienne la réclamation, même après la fin du contrat
 - *Pour toute raison menant à la fin du contrat*



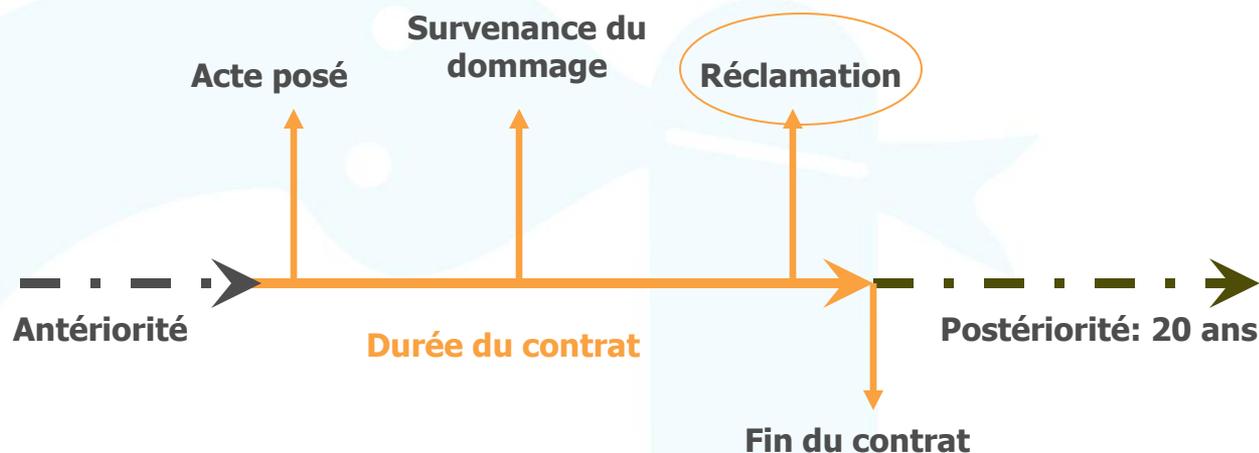


- Système suivant la **survenance du dommage**:
 - Assure la responsabilité:
 - Relative aux **dommages survenus durant la durée de validité du contrat**
 - Même si la réclamation survient postérieurement
 - Problèmes:
 - Survenance du dommage = ?
 - Survenance du dommage après la fin du contrat ≠ assurée





- Système suivant la **réclamation**:
 - Assure la responsabilité:
 - Relative aux dommages survenus **durant la durée de validité du contrat**
 - Pour autant que la réclamation survienne **aussi lorsque le contrat est en cours** (parfois jusqu'à 36 mois après la fin du contrat)
 - Problèmes:
 - Survenance du dommage et réclamation lorsque le contrat est en cours
 - Sinon: pas de couverture!





Conclusion:

- A l'exception du fait générateur, dans les autres systèmes se posera nécessairement un jour le problème de la *posteriorité*
- Intérêt pour l'assuré(e)/le prestataire de soins de bénéficier du fait générateur le plus tôt possible



- Un bon contrat d'assurance:
 - Peu ou pas d'exclusions
 - Exclusions à proscrire:
 - Actes déontologiquement interdits
 - Actes et traitements superflus
 - Actes et traitements dépassés
 - Inaptitude physique
 - Incompétence
 - Actes et traitements dangereux



Clarté du contrat AMMA:

- Nombre de fautes lourdes limité à 3, en plus du fait intentionnel:
 - Actes interdits par les dispositions légales et réglementaires (légales)
 - Actes posés en état d'intoxication alcoolique ou médicamenteuse
 - Non respect de la législation relative à la non assistance à personne en danger (portée de l'exclusion limitée aux art. 422bis et 422ter)
- Faute lourde > < exclusion: charge de la preuve



Merci pour votre attention!

