



Rapport d'activité

2014

Années 2008 à 2013.

L'Observatoire des risques médicaux comprend dix-neuf membres :

1° Le président de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale ;

2° Le directeur de l'Institut de veille sanitaire ;

3° Le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ;

4° Le directeur de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales ;

5° Un responsable d'établissement public de santé, proposé par les organisations d'hospitalisation publique représentatives sur le plan national ;

6° Deux responsables d'établissements de santé privés, proposés par les organisations d'hospitalisation privée représentatives sur le plan national ;

7° Deux praticiens hospitaliers exerçant dans des établissements publics de santé, proposés par les organisations syndicales représentatives sur le plan national ;

8° Un médecin exerçant dans les établissements de santé privés, proposé par les organisations syndicales de médecins exerçant à titre libéral représentatives sur le plan national ;

9° Un représentant des établissements de santé dispensés de l'obligation d'assurance mentionnés à l'article L. 1142-2 ;

10° Deux représentants des médecins exerçant à titre libéral proposés par les organisations syndicales représentatives sur le plan national ;

11° Quatre représentants des assureurs, proposés par la Fédération française des sociétés d'assurance et par le Groupement des entreprises mutuelles d'assurances ;

12° Deux représentants des usagers proposés par les associations d'usagers du système de santé ayant fait l'objet d'un agrément au niveau national dans les conditions prévues à l'article L. 1114-1.

Des représentants des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, du budget et de l'économie assistent avec voix consultative aux séances de l'observatoire.

Par arrêté du 14 janvier 2014 la présidence de l'observatoire est assurée par Monsieur Pierre LEVY et la vice-présidence par Monsieur Michel DUMONT.

SOMMAIRE

1. PRESENTATION GENERALE.....	5
2. PRESENTATION DES DONNEES	11
2.1. STRUCTURE DE LA BASE DE DONNEES	11
2.2. PRETRAITEMENT DES DONNEES.....	11
2.2.1. <i>Traitement des dossiers multi-indemnisés</i>	11
2.2.2. <i>Traitement des dossiers dupliqués</i>	11
2.2.3. <i>Validité des montants d'indemnisation</i>	12
2.2.4. <i>Règles de gestion</i>	12
2.2.5. <i>Tests de cohérence</i>	12
2.2.6. <i>Volumétrie des données</i>	12
2.2.7. <i>Données manquantes</i>	13
3. ANALYSE GLOBALE DES DONNEES.....	14
3.1. SOURCES D'INFORMATION.....	14
3.2. ANALYSE PAR EFFECTIFS	14
3.2.1. <i>Répartition par sexe</i>	14
3.2.2. <i>Répartition décès - non décès</i>	15
3.2.3. <i>Répartition des dossiers par taux d'AIPP</i>	15
3.2.4. <i>Répartition entre le type de structure de soin et taux d'AIPP</i>	16
3.2.5. <i>Délais entre acte, réclamation et règlement</i>	17
3.2.6. <i>Nature de l'indemnisation</i>	18
3.2.7. <i>Avis des CCI</i>	19
3.2.8. <i>Mises en cause</i>	19
3.2.9. <i>Circonstances du sinistre</i>	19
3.2.10. <i>Nature du sinistre</i>	20
3.2.11. <i>Professions et spécialités concernées</i>	21
3.3. ANALYSE FINANCIERE	24
3.3.1. <i>Montant global et coût moyen par origine des dossiers</i>	24
3.3.2. <i>Répartition du nombre de dossiers par tranche de montants et origine des dossiers</i>	24
3.3.3. <i>Répartition du montant global par tranche et origine des dossiers</i>	25
3.3.4. <i>Nature de l'indemnisation</i>	25
3.3.5. <i>Montant par professions et spécialités concernées</i>	27
3.3.6. <i>Dossiers de plus de 2 Millions d'euros</i>	28
3.4. LES INFECTIONS NOSOCOMIALES	30
3.4.1. <i>Répartition des effectifs par origine du dossier</i>	30
3.4.2. <i>Répartition des montants par origine du dossier</i>	30
4. TENDANCES ET EVOLUTION.....	31
4.1. SOURCES D'INFORMATION.....	31
4.2. ANALYSE PAR EFFECTIFS	31
4.2.1. <i>Taux d'AIPP et décès</i>	31
4.2.2. <i>Nature de l'indemnisation</i>	32
4.2.3. <i>Circonstances du sinistre</i>	32
4.2.4. <i>Nature du sinistre</i>	33
4.2.5. <i>Professions et spécialités concernées</i>	33
4.3. ANALYSE FINANCIERE	34
4.3.1. <i>Montant global annuel</i>	34

4.3.2. <i>Montant moyen annuel</i>	34
4.4. LES INFECTIONS NOSOCOMIALES	35
4.4.1. <i>Evolution des effectifs par origine du dossier</i>	35
4.4.2. <i>Evolution des montants par origine du dossier</i>	35

1. Présentation générale

Ce sixième rapport concernant les années 2008 à 2013 dresse le tableau de plus de 8 600 dossiers d'accidents médicaux dont le montant global de préjudice (indemnités versées à la victime plus prise en charge des tiers-payeurs) a été égal ou supérieur à 15.000€ et clôturés durant une période de six ans allant de 2008 à 2013. L'année 2007 a été retirée afin d'éviter d'avoir une base de données trop importante.

Les dossiers qui entrent dans le périmètre d'analyse de l'ORM doivent être “purgés de tous recours”. De ce fait, certains dossiers clos en année N ne seront pas transmis à l'ORM dès clôture pour analyse, mais ne seront communiqués qu'avec un an de délai, conjointement aux dossiers clos en année N+1. **A l'occasion du présent rapport, 890 dossiers ajoutés à l'analyse viennent ainsi mettre à jour certains résultats publiés dans le rapport précédent concernant les années 2008 à 2012.**

Parmi les 9 151 dossiers collectés ont été exclus du périmètre de l'étude 504 dossiers :

- 485 dossiers avec un taux de prise en charge inférieur à 50% (Permet de n'enregistrer qu'une seule fois dans la base les dossiers indemnisés de deux organisations)
- 11 dossiers inférieurs au seuil de 15 000 €
- 8 dossiers dupliqués dans la base.

Cette étude porte finalement sur 8 647 dossiers clos au cours des années 2008 à 2013 pour une charge globale de 1 020 266 951 euros.

Dans la continuité des précédents, le présent rapport est organisé autour de deux analyses principales : une analyse globale des dossiers parvenus à l'ORM et une analyse en termes d'évolution.

Dès l'origine, cette organisation a été décidée en raison :

- Du nombre relativement faible de dossiers, notamment pour certaines professions faisant l'objet des indemnités les plus élevées,
- Du manque de recul temporel ne permettant pas de mener une analyse année par année fiable et risquant de conduire à des interprétations erronées des chiffres. D'autant que ces dossiers concernent des sinistres que l'on sait, pour certains d'entre eux, "au long cours" comme en témoignent les délais entre acte, réclamation et règlement.

Dans le but de répondre à la question : “L'année 2013 se distingue-t-elle significativement du cumul des années 2008 à 2012 ?”, un test statistique a été mis en œuvre lorsque les données le permettent. Le principe de ce test est d'attribuer une probabilité “d'avoir raison” lorsque l'on affirme que “la seule année 2013 est différente du cumul des années 2008 à 2012”. Il a été décidé d'accepter le fait que l'année est significativement différente du cumul lorsque la probabilité d'avoir raison est d'au moins 95%, seuil usuellement retenu. Globalement l'année 2013 est en ligne avec l'ensemble de la période 2008-2012.

Au fil des rapports une modification de la structure de la base de données a été suggérée par les membres de l'Observatoire Cependant une modification trop précoce ou trop fréquente de la structure de la base de données aurait présenté deux inconvénients de nature différente : le manque de visibilité en termes de tendances et d'évolution et la lourdeur des développements à apporter aux systèmes informatiques des fournisseurs de

données. C'est la raison pour laquelle les quelques corrections envisagées ne porteront que sur les données recueillies en 2014.

ANALYSE GLOBALE DES ANNEES 2008 A 2013

La majorité des dossiers enregistrés dans la base de données de l'ORM est issue des assureurs : 70%. Simultanément le taux des dossiers issus de l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM) est de 28 %.

14% des dossiers concernent une victime décédée des suites de l'accident médical.

87% des dossiers concernent des accidents médicaux en établissement. Ce pourcentage est à mettre en regard du montant des dossiers retenus par l'Observatoire (supérieurs à 15 000 euros).

Dans les établissements de santé publics, la responsabilité du professionnel de santé est assurée par l'établissement. C'est ainsi que l'établissement porte la responsabilité dans près de 90% des cas alors que dans les établissements de santé privés, la responsabilité des professionnels est majoritairement mise en cause

Les actes de soins restent la première cause d'accidents (84% des cas).

Les actes non fautifs (aléa) et les actes techniques fautifs correspondent à la majorité des natures des sinistres (respectivement 28% et 29% des cas).

Les infections nosocomiales représentent 18% des dossiers indemnisés, dont 75% par les assureurs et 21% par l'ONIAM. Mais le montant indemnitaire global (134 millions d'euros) est supporté à 65% par les assureurs et à 32% par l'ONIAM.

Les délais entre acte, réclamation et règlement

Un peu plus de 62% des réclamations sont déposées durant l'année de l'acte mis en cause, l'augmentation des enregistrements précoces peut-être en rapport avec une meilleure connaissance des procédures d'enregistrement. En cumul, près de 76% des réclamations sont déposées dans les 2 ans qui suivent l'accident. Il reste cependant environ 10% de dossiers pour lesquels la réclamation a lieu 5 ans ou plus après l'acte.

24% des dossiers sont traités en moins de deux ans. 35% des dossiers clos ont été traités en plus de 5 ans sur l'ensemble des années 2008-2013, stable par rapport au cumul 2007-2012. Concernant l'ONIAM spécifiquement, 47% des dossiers ont été traités en moins de 2 ans, et 5% en plus de 5 ans.

Il est à noter que cet écart entre l'année de l'acte et l'année de paiement des dernières indemnités peut toujours être très long. Ainsi environ 16% des dossiers présentent un écart supérieur à 10 ans, proportion similaire dans le précédent rapport.

Procédures amiables et procédures juridictionnelles

60% des dossiers, représentant 62% du montant indemnitaire global ont été réglés par voie amiable sur l'ensemble des années 2008-2013. De plus, le montant indemnitaire moyen par voie amiable est supérieur de 10% à celui des dossiers réglés par voie juridictionnelle, pourcentage inférieur à celui observé dans le rapport précédent (16%), lui-même inférieur à celui de 2012 (40%).

La proportion de dossiers réglés à l'amiable varie selon leur origine. En effet, si près de 92% des dossiers ONIAM sont réglés par voie amiable sur l'ensemble des dossiers, la proportion de dossiers originaires des assureurs réglés par cette voie reste stable à 46%.

Avis des CCI

Pour les dossiers réglés par voie amiable, sur les six dernières années, environ 60% ont emprunté préalablement la voie des Commission de Conciliation et d'Indemnisation (CCI) contre 65 % dans le rapport précédent, et 71% dans le rapport 2012.

Pour les dossiers réglés en juridictionnel, 20% ont emprunté préalablement la voie des CCI, ce taux est en augmentation comparé au rapport précédent, ce qui pourrait peut-être s'interpréter par une volonté première de rechercher un règlement amiable.

Professions et spécialités concernées

Le montant indemnitaire moyen se situe dans une fourchette comprise entre 40 000€ et 147 000€ (exclusion faite des disciplines dont le nombre de dossiers n'est pas significatif : sage-femme, pharmaciens et professions paramédicales). Il varie selon les professions et les spécialités mais compte-tenu des effectifs, ces variations doivent être considérées avec prudence. Les tendances observées sont dans la continuité de celles observées en 2012.

Les montants indemnitaires les plus importants concernent les disciplines chirurgicales (hors obstétrique et chirurgie esthétique) avec un montant global de 628 millions d'euros. Cela est directement lié au nombre très important de dossiers liés à ces spécialités (près de 62% des dossiers). Le montant moyen de ces dossiers est de plus de 120 000 €.

Dans les disciplines médicales :

- Le groupe anesthésie, réanimation, urgence et régulation avec un montant global de plus de 69 millions d'euros pour 515 dossiers présente un montant moyen de près de 135 000 € ;
- Les autres disciplines médicales (hors biologie et anatomo-cytologie) avec un montant global de plus de 129 millions d'euros pour 936 dossiers présentent un montant moyen de plus de 138 000 €.

Pour les obstétriciens, on trouve 425 dossiers avec un montant global d'indemnité de plus de 62 millions d'euros (soit un montant moyen de plus de 146 000 €), en augmentation de 17% comparé avec le rapport précédent, et de 61% comparé à 2012.

Sur une base de seulement 10 dossiers, donc non généralisable à l'ensemble de la profession, le montant global moyen des dossiers liés à la profession de sages-femmes est d'environ 105 000 € contre 595 000 € dans le précédent rapport, mais il faut noter que deux dossiers totalisant plus de 6,5 millions d'euros gonflaient largement le montant moyen ; ceux-ci ne figurent plus dans l'analyse, limitée aux règlements de 2008 à 2013.

Montant global.

Rappelons qu'il est égal au montant payé par le déclarant : indemnisation versée à la victime ou ses ayants droit plus les créances des organismes sociaux et assimilés. C'est dans ce sens que les créances des organismes sociaux et assimilés font l'objet d'un traitement différent selon les payeurs. L'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (APHP) et les compagnies d'assurance remboursent les organismes. L'ONIAM déduit ces créances en amont de l'offre. Aux termes de la loi, lorsqu'une personne est victime d'un aléa médical ou d'une infection nosocomiale grave, l'ONIAM ne rembourse ni les soins pris en charge par l'assurance maladie ni, éventuellement, la tierce personne dont la prise en charge est assurée par divers organismes sociaux.

Dans les deux cas, la personne perçoit d'une part une indemnisation versée soit par l'assureur, soit par l'ONIAM et d'autre part des prestations de soins et des aides pris en charge par les tiers payeurs dont l'assurance maladie. Ces six dernières années, le montant moyen est de près de 118 000 € sans évolution significative.

La part du montant global d'indemnisation à la charge des assureurs (57%) s'est un peu accentuée et dépasse celle de la solidarité nationale (41%), tendance déjà esquissée dans les rapports 2012 et 2013.

Le coût moyen à la charge de la solidarité nationale reste cependant 1,8 fois plus élevé que celui versé par les assureurs. Ceci tient à la mission même du dispositif public d'indemnisation qui, au nom de la solidarité nationale, n'intervient que pour des dommages importants.

Le poids des gros sinistres

Les dossiers d'un montant compris entre 15 000 et 50 000 € représentent seulement 12% du montant global pour 50% du nombre de dossiers.

Au dessus de 500 000 €,

- Les dossiers de plus de 500 000 € représentent 36% du montant global pour 3,8% des effectifs (332 dossiers) en augmentation comparé au rapport 2013
- Les dossiers de plus d'un million d'euros représentent 21 % du montant global pour 1,4% des effectifs (122 dossiers) en augmentation comparé au rapport 2013
- Les dossiers de plus de 2 millions d'euros représentent 8% du montant global pour 0,3% des effectifs (26 dossiers) en baisse comparé au rapport 2013

La répartition par tranche de montant est statistiquement stable.

TENDANCES ET ÉVOLUTION

Le nombre de dossiers indemnisés est globalement en augmentation depuis 2008 et semble diminuer à partir de 2011. Cependant, cette variation est liée aux délais d'indemnisation et n'est pas identique selon les sources des dossiers.

Le nombre de dossier indemnisé par l'APHP est environ 30 par an.

Le nombre de dossiers indemnisés par l'ONIAM entre 2008 et 2009 augmente. Cependant, en 2010, le nombre des dossiers indemnisés a baissé de 37% par rapport à 2009. Le nombre de dossiers augmente de nouveau à partir de 2012.

Le nombre de dossiers indemnisés par les assureurs chaque année connaît une forte augmentation entre 2008 et 2010, suivie d'une baisse jusqu'en 2013. Cette irrégularité des volumes entre les années ne permet pas de dégager une tendance statistiquement fiable, d'autant que le nombre de dossiers remontés *a posteriori* par les assureurs est important, il est donc difficile de se prononcer sur le niveau de 2013 à ce jour.

Procédures amiables et procédures juridictionnelles

La proportion d'amiable, bien qu'irrégulier entre 2008 et 2013, semble s'établir autour des 60% d'amiable.

Circonstance du sinistre

La proportion de dossiers indemnisés pour des actes de soin, qui restent de loin la première cause d'accident, a subi une baisse de 2009 à 2011. La proportion des actes de diagnostic varie autour de 8%.

Nature du sinistre

Le taux d'actes techniques fautifs reste relativement stable, avec toutefois une baisse en 2011 (26% contre 30% en moyenne). Après une baisse de 2008 à 2011 (17%), le taux d'actes non fautifs augmente jusqu'en 2013 (à 35%).

Professions et spécialités concernées

Les spécialités chirurgicales hors obstétrique et esthétique représentent plus de la moitié des dossiers indemnisés. Depuis 2010, elles accentuent leur prédominance, couvrant jusqu'à 73% des dossiers indemnisés en 2013.

Montant global indemnisé

L'analyse du montant total indemnisé chaque année montre une baisse amorcée en 2011, surtout sur les dossiers transmis par les assureurs.

Pour l'APHP, le montant moyen d'indemnisation montre une tendance à l'augmentation. Depuis la baisse en 2011, les assureurs voient ce montant augmenter jusqu'en 2013 (plus de 50% de baisse). En parallèle, le montant moyen pour l'ONIAM, en baisse de 2008 à 2011, augmente dès 2012.

Le nombre de dossiers avec un montant global indemnisé supérieur à 2 millions d'euros montre une tendance à l'augmentation avec deux pics en 2009 (6 dossiers) et 2012 (7 dossiers).

Dr Pierre LEVY Président de l'ORM

2. Présentation des Données

2.1. Structure de la base de données

La structure de la base de données est celle qui avait été définie en 2005 lors de la mise en place de l'Observatoire.

Le présent rapport étudie les données collectées pour l'ensemble des années de 2008 à 2013.

NB : Les dossiers qui entrent dans le périmètre d'analyse de l'ORM doivent être "purgés de tous recours". De ce fait, certains dossiers clos en année N ne seront pas transmis à l'ORM dès clôture pour analyse, mais ne seront communiqués qu'avec un an de délai, conjointement aux dossiers clos en année N+1. Rien que pour l'année 2012, cela concerne 890 dossiers, qui viennent donc mettre à jour certains résultats publiés dans le rapport précédent concernant les années 2007 à 2012.

2.2. Prétraitement des données

2.2.1. Traitement des dossiers multi-indemnisés

Par convention, seuls les dossiers dont le taux de prise en charge est supérieur ou égal à 50% sont renseignés dans la base de données de l'Organisme.

Cette convention permet ainsi de traiter le problème des dossiers présents au titre de deux organismes dans la base. Le cas d'un dossier dont le montant d'indemnisation est réparti entre plusieurs sources, avec des taux de prise en charge différents, est ainsi renseigné une seule fois.

Le montant d'indemnisation renseigné est le montant global d'indemnisation, rapporté à 100% de la prise en charge.

Les données collectées comprenaient :

- 485 dossiers avec un taux de prise en charge inférieur à 50%. Ces lignes ont été exclues du périmètre de l'étude,
- 180 dossiers avec un taux de prise en charge égal à 50%. Ces lignes ont été conservées dans le périmètre d'étude mais le montant d'indemnisation utilisé n'a pas été rapporté à 100% sauf pour les 9 dossiers dont le montant d'indemnisation était supérieur à 300 000€ et après avoir effectué les tests nécessaires pour vérifier qu'ils ne faisaient pas doublons avec d'autres dossiers avec un taux de prise en charge égal à 50%.

2.2.2. Traitement des dossiers dupliqués

Un dossier est dit dupliqué si l'ensemble des variables est identique pour deux ou plusieurs dossiers. Les bases de données de l'Observatoire comprennent 8 dossiers dupliqués. Une seule occurrence de ces dossiers a été conservée dans le périmètre d'étude.

2.2.3. Validité des montants d'indemnisation

Par convention également, le montant global d'indemnisation de chaque dossier doit être supérieur à 15 000 €. Ainsi, les dossiers d'un montant inférieur à 15 000€ ont été exclus de la base d'analyse. 11 dossiers ont été exclus à ce titre.

2.2.4. Règles de gestion

Atteinte à l'Intégrité Physique et Psychique

Le taux d'AIPP doit être pris en compte uniquement dans le cas où la victime n'est pas décédée des suites de l'accident. Dans le cas d'un décès, le taux est par convention ignoré.

Les dossiers dont la victime est décédée des suites de l'accident ne présentent pas de valeurs manquantes.

En revanche en cas de non-décès de la victime, la variable "décès de la victime suite à l'accident" n'est pas systématiquement renseignée. Par convention, les dossiers non renseignés pour la variable décès et dont le taux d'AIPP est renseigné ont été considérés comme des dossiers liés à une victime non-décédée des suites de l'accident.

2.2.5. Tests de cohérence

- Tests sur les années

L'année de réalisation de l'acte en cause doit être inférieure ou égale à l'année de réclamation. L'exécution de ce test a révélé 3 anomalies. Deux d'entre-elles avaient une année de réclamation inférieure à l'année de réalisation, et la troisième n'avait pas d'année de réclamation renseignée.

L'année de réclamation de l'acte en cause doit être inférieure ou égale à l'année d'indemnisation. L'exécution de ce test n'a révélé aucune anomalie.

De plus, chacune des années doit être inférieure ou égale à 2013. L'exécution de ce test n'a révélé aucune anomalie.

- Tests sur l'année de naissance de la victime

L'année de naissance doit être inférieure ou égale à l'année de règlement. L'exécution de ce test n'a révélé aucune incohérence. De plus, l'année de naissance doit être inférieure ou égale à 2013. L'exécution de ce test n'a révélé aucune anomalie.

- Tests sur le montant indemnitaire global réglé

En théorie le montant indemnitaire global réglé est *a minima* égal à la somme des détails des montants : ***montant indemnitaire global $\geq$ montant soumis à recours + montant non soumis à recours***. Ce test mis en place dans les rapports précédents n'a pas pu être utilisé faute de détail dans les fichiers fournis par les assureurs.

2.2.6. Volumétrie des données

Après le travail de prétraitement et de fiabilisation des données, la base de l'Observatoire contient 8 647 dossiers pris en compte pour l'établissement du rapport d'activité.

N.B. : Notons qu'un dossier peut être exclu d'un comptage lorsque la variable est non renseignée. Ainsi, le nombre total de dossiers varie légèrement en raison de ces valeurs manquantes.

2.2.7. Données manquantes

Sauf cas particuliers, détaillés ci-après, les données manquantes sont peu nombreuses dans la base de travail nettoyée.

Chacune des variables analysées dans le rapport annuel de l'Observatoire et non listée ci-dessous contient ainsi environ 2% de données manquantes en nombre de dossier. A noter toutefois que la structure de l'enquête a été modifiée pour la partie Assureurs et que de nouvelles compagnies d'assurance ont rejoint l'ORM. C'est la raison pour laquelle le nombre de données manquantes est plus important qu'auparavant.

891 dossiers possèdent une année de naissance de la victime inexploitable (dont 757 sont non renseignées). Cela représente un peu plus de 10% des dossiers de la base, stable par rapport à l'an dernier. Le test de cohérence sur l'année de naissance de la victime n'a pu être mené sur ces données.

509 dossiers ne sont pas renseignés sur l'avis des CCI. Cela représente environ 6% des dossiers de la base.

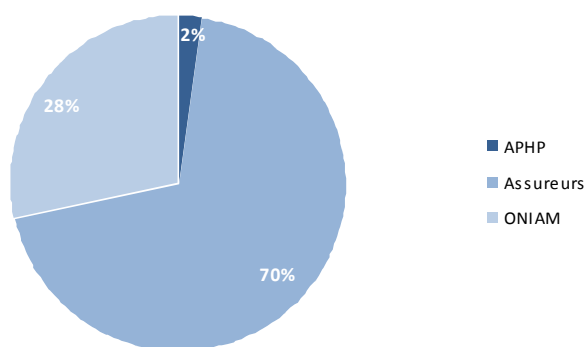
La variable « nature du sinistre » est inexploitable pour 372 dossiers (manquante ou erronée), soit un peu plus de 4% des dossiers.

3. Analyse globale des données

L'analyse des données est effectuée sur le cumul des données fiabilisées de la base de l'Observatoire, depuis 2008 jusqu'à fin 2013.

3.1. Sources d'information

Comme c'était le cas lors de la création de l'Observatoire, la majorité des dossiers enregistrés dans les bases de données de l'ORM sont issus des assureurs : 70%. Ce taux est en augmentation pour la 2ème année consécutive. La part des dossiers portés par les assureurs était de 67% pour le cumul des années 2006-2011.

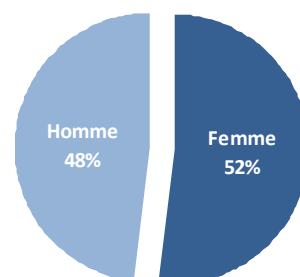


3.2. Analyse par effectifs

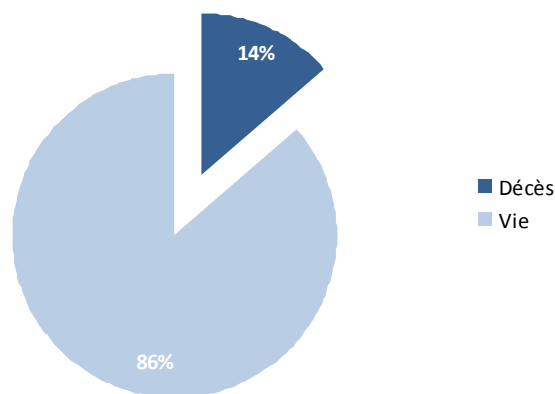
Il est à noter que le nombre total de dossiers peut varier selon la donnée d'analyse (par exemple, les spécialités concernées) compte tenu du nombre de dossiers renseignés sur celle-ci.

3.2.1. Répartition par sexe

52% des dossiers indemnisés entre 2008 et 2013 concernent des victimes de sexe féminin. La répartition hommes – femmes des dossiers de l'Observatoire n'est pas significativement différente de la répartition en France (51,6% de femmes en 2013).

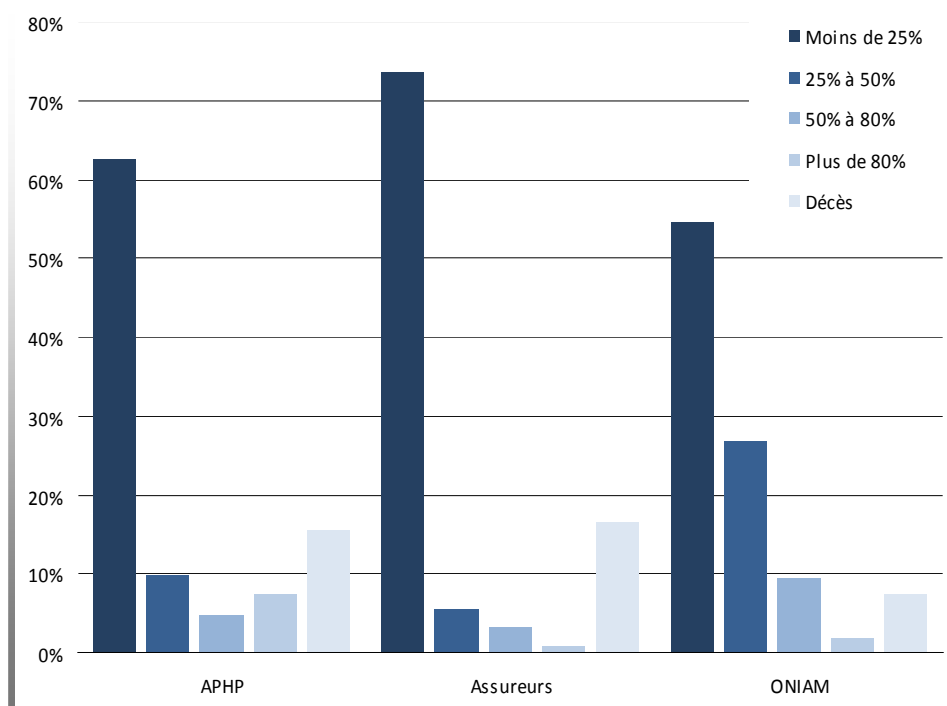


3.2.2. Répartition décès - non décès



1207 des 8640 dossiers de l'Observatoire concernent une victime décédée des suites de l'accident médical. Ce taux est statistiquement stable comparé aux rapports précédents.

3.2.3. Répartition des dossiers par taux d'AIPP



Pour information, sur les années 2008-2013, 50% des dossiers concernent des accidents ayant provoqué un taux d'Atteinte à l'Intégrité Physique et Psychique (AIPP) inférieur à 10%. Ce taux est en augmentation pour la 2^{ème} année consécutive ; il était de 46% pour le rapport 2012.

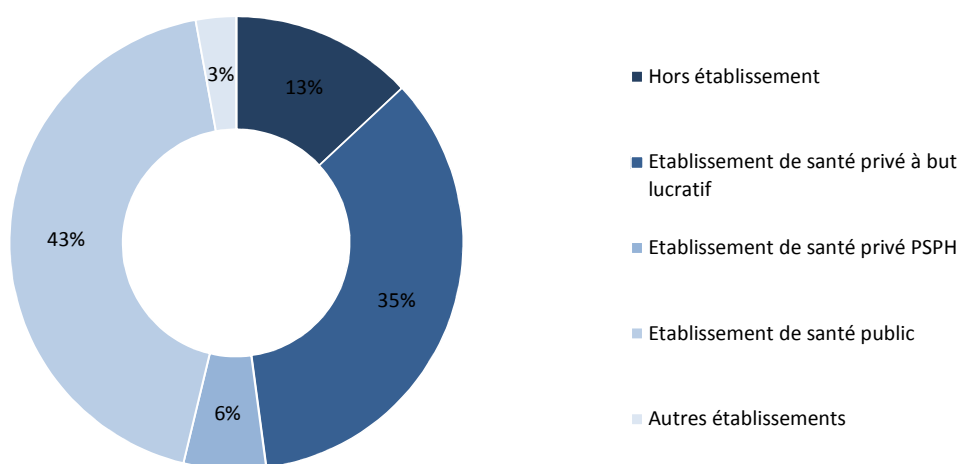
3.2.4. Répartition entre le type de structure de soin et taux d'AIPP

Hors établissement, le pourcentage de dossiers associés à un taux d'AIPP inférieur à 25% est nettement plus fort que la moyenne (76% contre 68% au global). En revanche, pour les établissements de santé publics, le pourcentage de dossier est nettement inférieur (62%).

Pour les établissements de santé privé PSPH, le pourcentage de dossiers associés à un taux d'AIPP supérieur à 25% est nettement plus fort que la moyenne (28% contre 18% au global).

Type établissement	Décès	<25%	=>25%	Total
Hors établissement	169	835	98	1102
	15%	76%	9%	13%
Etablissement de santé privé à but lucratif	245	2120	577	2942
	8%	72%	20%	34%
Etablissement de santé privé PSPH	57	300	139	496
	12%	60%	28%	6%
Etablissement de santé public	697	2258	708	3663
	19%	62%	19%	44%
Autres établissements	11	225	7	243
	5%	93%	3%	3%
Total	1179	5738	1529	8446
	14%	68%	18%	100%

A noter que le lieu de réalisation de l'acte est manquant ou erroné pour 201 des dossiers de la base d'étude.



3.2.5. Délais entre acte, réclamation et règlement

- Ecart entre année de réalisation et année de réclamation :

62% des réclamations sont déposées durant l'année de l'acte mis en cause. En cumul, près de 76% des réclamations sont déposées dans les 2 ans qui suivent l'accident. Il reste cependant environ 10% de dossiers pour lesquels la réclamation a lieu 5 ans ou plus après l'acte.

- Ecart entre année de réclamation et année de règlement :

24% des dossiers sont réglés en deux ans ou moins. A noter que 35% des dossiers clos ont été traités en plus de 5 ans sur l'ensemble des années 2008-2013, contre 36% pour le cumul des années 2007-2012 et 37% sur 2006-2011.

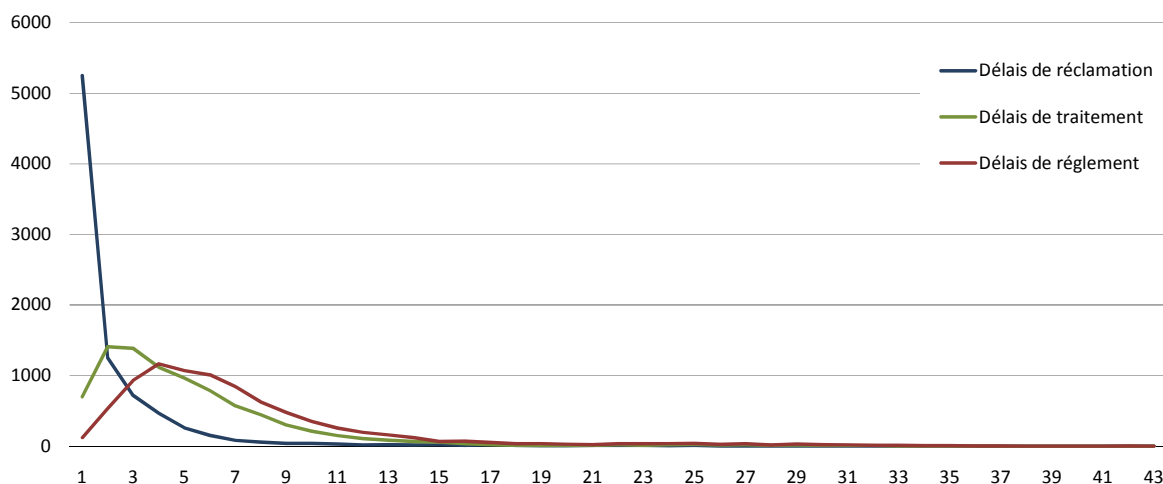
Concernant l'ONIAM spécifiquement, 47% des dossiers ont été traités en moins de 2 ans, et 5% en plus de 5 ans.

- Ecart entre année de réalisation et année de règlement :

Le nombre de dossiers suit globalement la même tendance que l'écart entre l'année de réclamation et l'année de règlement, décalée du délai entre acte et réclamation.

Il est à noter que cet écart entre l'année de l'acte et l'année de paiement des dernières indemnités peut être très long. Ainsi environ 16% des dossiers présentent un écart supérieur à 10 ans.

Délais entre acte, réclamation et règlement du dossier

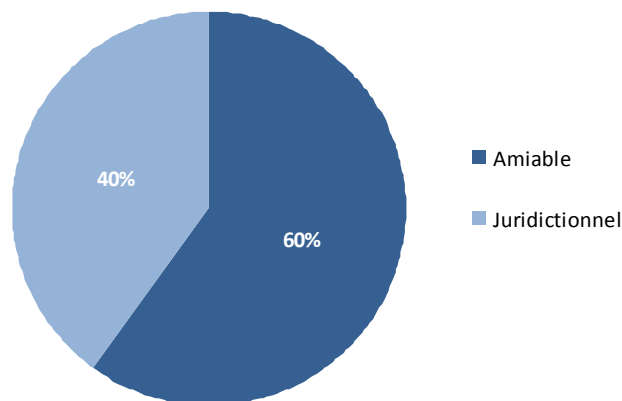


N.B. : Les données concernant les dates de réalisation de l'acte, de réclamation et de règlement du sinistre ne contiennent que les années et non les dates précises (avec le mois et le jour). De ce fait, les délais présentés ci-dessus sont calculés en années pleines. Ce mode de collecte, et par suite ce mode de calcul, induit un biais non négligeable, surtout pour les délais les plus courts. En effet, une réclamation effectuée en janvier pour un accident datant du mois de novembre précédent sera indiquée avec un délai de 1 an. Autre exemple, un acte effectué en février 2007, avec une réclamation en décembre 2008 sera indiqué avec un délai de 1 an alors que 22 mois se sont écoulés.

3.2.6. Nature de l'indemnisation

3.2.6.1. Global

Environ 60% des dossiers (en nombre) ont été réglés par voie amiable sur l'ensemble des années 2008-2013. Pour la seule année 2013, le taux de règlements amiables est de 65%, ce qui est supérieur au taux observé sur l'ensemble de la période.



A noter que la nature de l'indemnisation est manquante ou erronée pour 60 des dossiers de la base d'étude

3.2.6.2. Par origine des dossiers

La proportion de dossiers réglés à l'amiable varie selon leur origine. En effet, si près de 92% des dossiers ONIAM et 72% des dossiers APHP (en progression de 4% depuis le rapport précédent) sont réglés par voie amiable sur l'ensemble des dossiers, la proportion de dossiers originaires des assureurs réglés par cette voie est de 46%.

	Amiable		Juridictionnel		Global	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
APHP	138	72%	54	28%	192	2%
Assureurs	2759	46%	3194	54%	5953	69%
ONIAM	2236	92%	206	8%	2442	28%
Total	5133	60%	3454	40%	8587	100%

3.2.6.3. Par taux d'AIPP

Le pourcentage de dossiers (en nombre) traités par voie amiable liés à des taux d'AIPP strictement inférieurs à 10% est inférieur à la moyenne : environ 53% des dossiers contre 60% des dossiers réglés par voie amiable en global.

De même, le pourcentage de dossiers dont la victime est décédée des suites de l'accident médical réglés par voie amiable est de 57%.

3.2.7. Avis des CCI

Pour les dossiers réglés par voie amiable, sur les six dernières années, 60% ont emprunté la voie des CCI contre 65% dans le rapport précédent et 71% dans le rapport 2012.

Pour les dossiers réglés en juridictionnel, un peu plus de 20% ont emprunté préalablement la voie des CCI. Ce taux est en augmentation depuis le précédent rapport (18%, et 13% dans le rapport 2012). Cette augmentation est comparable à la baisse enregistrée pour la voie amiable.

	Règlement	APHP	Assureurs	ONIAM	Global	Pourcentage
Amiable	Hors CCI	78	1902	10	1990	24%
	CCI	60	703	2226	2989	37%
	Sous-total	138	2605	2236	4979	61%
Juridictionnel	Hors CCI	50	2437	17	2504	31%
	CCI	4	460	176	640	8%
	Sous-total	54	2897	193	3144	39%
Total		192	5502	2429	8123	100%

A noter qu'on ignore si les CCI ont émis un avis ou non pour 509 des dossiers de la base d'étude, et que le mode de règlement est manquant ou erroné pour 60 d'entre eux; ainsi au croisement de ces deux axes 524 dossiers ne peuvent pas être analysés

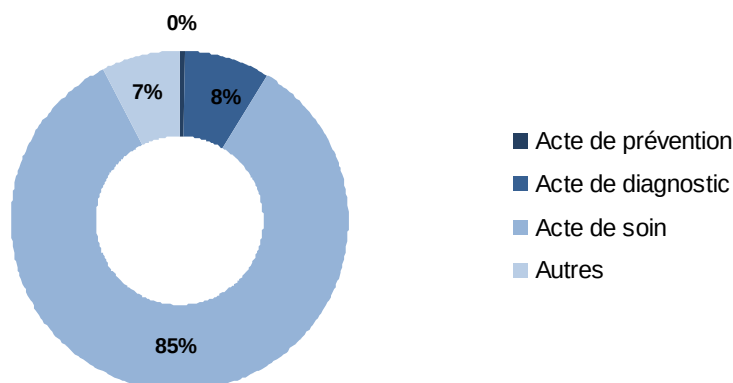
3.2.8. Mises en cause

Dans les établissements de santé publics, la responsabilité du professionnel de santé est assurée par l'établissement. C'est ainsi que l'établissement porte la responsabilité dans près de 90% des cas. Le professionnel de santé porte la responsabilité dans 9% des cas, exerçant alors dans le cadre de son activité libérale à l'hôpital.

Dans les établissements de santé privés, la responsabilité des professionnels est majoritairement mise en cause (66% des dossiers sur l'ensemble des établissements privés).

3.2.9. Circonstances du sinistre

Les actes de soin sont naturellement très nettement la première cause d'accidents (environ 85% des cas).



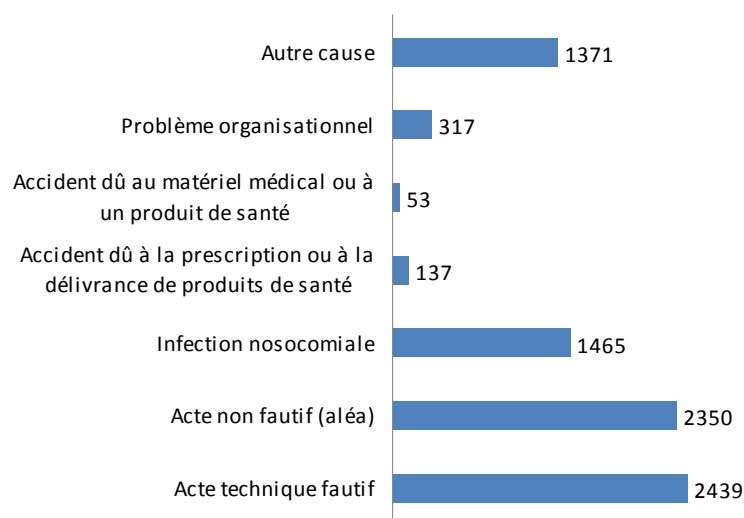
3.2.10. Nature du sinistre

3.2.10.1. Global

Les actes non fautifs (aléa) et les actes techniques fautifs correspondent à la majorité des natures des sinistres (respectivement 29% et 30% des dossiers). Cependant la répartition aléa / faute varie selon l'année de clôture du dossier (cf. 4.2.4).

Les infections nosocomiales représentent près de 18% des dossiers.

Nature du sinistre en nombre de dossiers



A noter que la nature du sinistre est manquante ou erronée pour 372 des dossiers de la base d'étude. De plus 143 dossiers ont pour nature du sinistre un défaut d'information.

3.2.10.2. Par taux d'AIPP [Nouveau tableau]

Les actes non fautifs occasionnent moins de décès que la moyenne (6% contre 14%), mais engendrent davantage d'AIPP supérieur à 25% (34% contre 18%).

Les actes techniques fautifs et les infections nosocomiales engendrent davantage d'AIPP inférieur à 25% (respectivement 73% et 77% contre 68%).

	Décès	<25%	=>25%
Acte technique fautif	368	1777	293
	15%	73%	12%
Acte non fautif (aléa)	149	1407	789
	6%	60%	34%
Infection nosocomiale	147	1120	197
	10%	77%	13%
Accident dû à la prescription ou à la délivrance de produits de santé	17	93	27
	12%	68%	20%
Accident dû au matériel médical ou à un produit de santé	2	44	7
	4%	83%	13%
Problème organisationnel	107	194	16
	34%	61%	5%
Autre cause	347	859	165
	25%	63%	12%
Total	1137	5494	1494
	14%	68%	18%

A noter la nature du sinistre est manquante ou erronée pour 372 des dossiers de la base d'étude, que le taux d'AIPP est manquant ou erroné pour 7 d'entre eux; ainsi au croisement de ces deux axes 379 dossiers ne peuvent pas être analysés. De plus 143 dossiers ont pour nature du sinistre un défaut d'information.

3.2.11. Professions et spécialités concernées

3.2.11.1. Global

En nombre de dossiers, les disciplines chirurgicales sont de loin les premières sources de dossiers indemnisés (près de 62% des dossiers).

	Effectif	Pourcentage
Anesthésie, Réanimation. Urgence. Régulation	515	6,1%
Anatomo-cytopathologiste	32	0,4%
Chirurgie plastique. & esthétique	215	2,6%
Chirurgien-dentiste	313	3,8%
Disciplines biologiques	58	0,7%
Disciplines chirurgicales (hors obstétrique et esthétique)	5190	61,8%
Disciplines médicales	936	11,2%
Infirmiers diplômés d'Etat	72	0,9%
Kinésithérapeute	26	0,3%
Obstétrique	425	5,1%
Pharmaciens	9	0,1%
Professions paramédicales	12	0,1%
Sage-femme	10	0,1%
Autres	581	7,0%
Total	8394	100%

A noter que la profession ou spécialité concernée est manquante ou erronée pour 253 des dossiers de la base d'étude

Cette analyse par effectif est effectuée indépendamment des montants d'indemnisation versés.

3.2.11.2. Par taux d'AIPP [Nouveau tableau]

Les spécialités sage-femme, infirmiers diplômés d'Etat, anesthésie, réanimation, urgence, régulation, et obstétrique ont un taux de décès nettement supérieur à la moyenne (respectivement 50%, 35%, 32% et 28% contre 14%). Ce taux est difficilement généralisable pour la spécialité de sage-femme à cause du faible nombre de dossiers dans la base d'étude.

Les spécialités de Chirurgie plastique et esthétique, Chirurgien-dentiste, kinésithérapeute et Professions paramédicales ont plus de 90% de leurs dossiers ayant un taux d'AIPP inférieure à 25% (contre 68% en moyenne).

	Décès	<25%	=>25%
Anesthésie, Réanimation. Urgence. Régulation	167	260	87
	32%	51%	17%
Anatomo-cytopathologiste	6	22	4
	19%	69%	13%
Chirurgie plastique. & esthétique	7	196	12
	3%	91%	6%
Chirurgien-dentiste	16	292	5
	5%	93%	2%
Disciplines biologiques	8	45	5
	14%	78%	9%
Disciplines chirurgicales (hors obstétrique et esthétique)	484	3577	1126
	9%	69%	22%
Disciplines médicales	244	529	163
	26%	57%	17%
Infirmiers diplômés d'Etat	25	41	6
	35%	57%	8%
Kinésithérapeute	2	24	0
	8%	92%	0%
Obstétrique	119	246	59
	28%	58%	14%
Pharmaciens	1	6	2
	11%	67%	22%
Professions paramédicales	0	11	1
	0%	92%	8%
Sage-femme	5	4	1
	50%	40%	10%
Autres	87	452	42
	15%	78%	7%
Total	1171	5705	1513
	14%	68%	18%

A noter que la profession ou spécialité concernée est manquante ou erronée pour 253 des dossiers de la base d'étude, que le taux d'AIPP est manquant ou erroné pour 7 d'entre eux; ainsi au croisement de ces deux axes 258 dossiers ne peuvent pas être analysés

3.2.11.3. Par nature du sinistre [Nouveau tableau]

Un acte technique fautif est plus fréquemment rencontré pour les spécialités de chirurgien-dentiste, de chirurgie plastique et esthétique, de kinésithérapeute et sage-femme (respectivement 97%, 68%, 56% et 50%) ; pour la dernière spécialité, il faut nuancer cette remarque compte tenu des effectifs (10 dossiers).

Pour les disciplines biologiques, 76% des accidents sont dus à la prescription ou la délivrance de produit de santé.

	Acte technique fautif	Acte non fautif (aléa)	Infection nosocomiale	Accident dû à la prescription ou à la délivrance de produits de santé	Accident dû au matériel médical ou à un produit de santé	Problème d'organisation	Autre cause
Anesthésie, Réanimation. Urgence. Régulation	176	104	18	8	6	34	153
	35%	21%	4%	2%	1%	7%	31%
Anatomo-cytopathologiste	7	14	4	0	0	0	4
	24%	48%	14%	0%	0%	0%	14%
Chirurgie plastique. & esthétique	125	28	15	0	0	0	15
	68%	15%	8%	0%	0%	0%	8%
Chirurgien-dentiste	299	4	2	1	0	0	2
	97%	1%	1%	0%	0%	0%	1%
Disciplines biologiques	5	1	2	44	5	0	1
	9%	2%	3%	76%	9%	0%	2%
Disciplines chirurgicales (hors obstétrique et esthétique)	1157	1892	1211	28	19	96	631
	23%	38%	24%	1%	0%	2%	13%
Disciplines médicales	300	158	74	39	17	48	236
	34%	18%	8%	4%	2%	6%	27%
Infirmiers diplômés d'Etat	7	17	6	0	1	5	35
	10%	24%	8%	0%	1%	7%	49%
Kinésithérapeute	10	0	0	0	1	3	4
	56%	0%	0%	0%	6%	17%	22%
Obstétrique	167	78	23	2	2	28	110
	41%	19%	6%	0%	0%	7%	27%
Pharmaciens	1	2	0	2	0	0	2
	14%	29%	0%	29%	0%	0%	29%
Professions paramédicales	2	1	0	0	0	3	3
	22%	11%	0%	0%	0%	33%	33%
Sage-femme	5	1	0	0	0	1	3
	50%	10%	0%	0%	0%	10%	30%
Autres	132	33	89	5	1	91	163
	26%	6%	17%	1%	0%	18%	32%
Total	2393	2333	1444	129	52	309	1362
	30%	29%	18%	2%	1%	4%	17%

A noter la nature du sinistre est manquante ou erronée pour 372 des dossiers de la base d'étude, que la profession ou spécialité concernée est manquante ou erronée pour 253 d'entre eux; ainsi au croisement de ces deux axes 482 dossiers ne peuvent pas être analysés. De plus 143 dossiers ont pour nature du sinistre un défaut d'information.

3.3. Analyse financière

Il est à noter que les montants globaux ou moyens peuvent varier selon la donnée d'analyse (par exemple, la nature du sinistre) compte tenu du nombre de dossiers renseignés sur celle-ci.

3.3.1. Montant global et coût moyen par origine des dossiers

Les assureurs contribuent à 57% au montant global d'indemnisation. Le coût moyen d'indemnité versée par la solidarité nationale est d'environ 1,8 fois plus élevé que celui versé par les assureurs. Cette différence tient à la mission même de l'ONIAM qui, au titre de la solidarité nationale, n'intervient que pour des dommages importants.

Source	Effectif	Montant global	Pourcentage global	Coût moyen 2008-2013	Coût moyen 2013
APHP	192	16 546 582 €	2%	86 180 €	98 850 €
Assureurs	6010	581 118 764 €	57%	96 692 €	131 523 €
ONIAM	2445	422 601 605 €	41%	172 843 €	175 134 €
Total	8647	1 020 266 951 €	100%	117 991 €	148 043 €

3.3.2. Répartition du nombre de dossiers par tranche de montants et origine des dossiers

La répartition du nombre de dossiers par tranche de montant est fortement décroissante quelque soit l'origine du dossier.

	APHP	Assureurs	ONIAM	Global	Pourcentage
<50 000 €	112	3356	815	4283	49,5%
<100 000 €	34	1412	668	2114	24,4%
<200 000 €	30	720	443	1193	13,8%
<300 000 €	11	218	207	436	5,0%
<400 000 €	1	84	94	179	2,1%
<500 000 €	0	56	54	110	1,3%
<1M €	3	110	97	210	2,4%
<2M €	1	40	55	96	1,1%
>2M €	0	14	12	26	0,3%
Total	192	6010	2445	8647	100,0%

Près de la moitié des dossiers (en effectifs) ont un montant d'indemnisation inférieur à 50 000 € et près des trois quarts ont un montant inférieur à 100 000 €.

3.3.3. Répartition du montant global par tranche et origine des dossiers

Les dossiers d'un montant compris entre 15 000 € et 50 000 € représentent seulement 12% du montant global pour près de 50% du nombre de dossiers.

Les 26 dossiers de plus de 2 millions d'euros représentent 8% du montant global. Plus largement, les dossiers de plus d'un million d'euros représentent 21% des montants pour 1,4% des effectifs. Ces deux taux sont identiques à ceux du rapport précédent.

	APHP	Assureurs	ONIAM	Global	Pourcentage
<50 000 €	3 112 465 €	95 268 820 €	26 685 853 €	125 067 138 €	12%
<100 000 €	2 370 237 €	98 318 980 €	48 063 634 €	148 752 851 €	15%
<200 000 €	4 534 739 €	98 655 180 €	62 500 208 €	165 690 127 €	16%
<300 000 €	2 635 664 €	53 553 086 €	50 477 730 €	106 666 480 €	10%
<400 000 €	361 740 €	29 353 147 €	32 423 347 €	62 138 234 €	6%
<500 000 €	0 €	24 420 185 €	24 044 593 €	48 464 778 €	5%
<1M €	2 441 635 €	76 654 190 €	66 097 813 €	145 193 638 €	14%
<2M €	1 090 102 €	57 329 610 €	74 016 178 €	132 435 890 €	13%
>2M €	0 €	47 565 566 €	38 292 249 €	85 857 815 €	8%
Total	16 546 582 €	581 118 764 €	422 601 605 €	1 020 266 951 €	100%

3.3.4. Nature de l'indemnisation

3.3.4.1. Montant global

62% du montant indemnitaire global versé est réglé par voie amiable. En effectifs, les dossiers amiables représentent 60% des dossiers.

Le montant indemnitaire global moyen des dossiers réglés par voie amiable est supérieur d'environ 10% à celui des dossiers juridictionnels contre 16% pour le rapport précédent et 40% dans le rapport 2012.

Société	Nature de l'indemnisation	Effectif	Montant global	Coût moyen
APHP	Amiable	138	9 290 233 €	67 321 €
	Juridictionnel	54	7 256 349 €	134 377 €
Assureurs	Amiable	2759	255 128 147 €	92 471 €
	Juridictionnel	3194	322 071 282 €	100 836 €
ONIAM	Amiable	2236	365 435 202 €	163 433 €
	Juridictionnel	206	56 381 088 €	273 695 €
Global	Amiable	5133	629 853 582 €	122 707 €
	Juridictionnel	3454	385 708 719 €	111 670 €
Total		8587	1 015 562 301 €	118 267 €

A noter que la nature de l'indemnisation est manquante ou erronée pour 60 des dossiers de la base d'étude

3.3.4.2. Nombre de dossiers par tranche de montants

La proportion de dossiers réglés par voie amiable varie selon les tranches de montants indemnisés associés.

	Amiable		Juridictionnel		Global	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<50 000 €	2487	48%	1765	51%	4252	50%
<100 000 €	1268	25%	832	24%	2100	24%
<200 000 €	708	14%	474	14%	1182	14%
<300 000 €	280	5%	154	4%	434	5%
<400 000 €	111	2%	67	2%	178	2%
<500 000 €	68	1%	42	1%	110	1%
<1M €	128	2%	81	2%	209	2%
<2M €	68	1%	28	1%	96	1%
>2M €	15	0%	11	0%	26	0%
Total	5133	100%	3454	100%	8587	100%

A noter que la nature de l'indemnisation est manquante ou erronée pour 60 des dossiers de la base d'étude

3.3.5. Montant par professions et spécialités concernées

Le montant moyen est de plus de 118 000 € pour les dossiers renseignés sur la spécialité concernée. Il varie selon les spécialités mais compte-tenu des effectifs, ces variations doivent être considérées avec prudence.

Les montants indemnitaires les plus importants concernent les disciplines chirurgicales (hors obstétrique et chirurgie esthétique) avec un montant global de près de 628 millions d'euros. Cela est directement lié au nombre très important de dossiers liés à ces spécialités (près de 62% des dossiers). Le montant moyen de ces dossiers est de 120 981 €, comparable au montant moyen global.

Dans les disciplines médicales :

- Le groupe anesthésie, réanimation, urgence et régulation avec un montant global de plus de 69 millions d'euros pour 515 dossiers présente un montant moyen de 135 326€ ;
- Les autres disciplines médicales (hors biologie et anatomo-cytologie) avec un montant global de plus de 129 millions d'euros pour 936 dossiers présentent un montant moyen de plus de 138 000 €.

Pour les obstétriciens, on trouve 425 dossiers avec un montant total d'indemnité de plus de 62 millions d'euros soit un montant moyen de 146 428 €.

Sur une base de seulement 10 dossiers, donc non généralisable à l'ensemble de la profession, le montant moyen d'un dossier lié à la profession de sages-femmes est de 103 981€ contre 595 000€ dans le précédent rapport. Cette baisse s'explique par la suppression de deux dossiers d'un total de 6 578 552 € réglé en 2007 donc hors périmètre d'analyse (2008 à 2013).

Pour les spécialités disciplines biologiques et obstétrique, on observe respectivement une augmentation de l'ordre de 16% et 22% du montant moyen par dossier en comparaison avec le précédent rapport, dans lequel avait été constaté une augmentation de 10% de ces disciplines. Pour les autres spécialités, les tendances sont dans la continuité.

	Effectif	Montant total	Montant moyen	Montant médian	Ecart type
Anesthésie, Réanimation. Urgence. Régulation	515	69 692 688 €	135 326 €	52 010 €	239 492
Anatomo-cytopathologiste	32	3 089 584 €	96 550 €	57 495 €	89 206
Chirurgie plastique. & esthétique	215	15 489 512 €	72 044 €	35 000 €	214 789
Chirurgien-dentiste	313	12 404 611 €	39 631 €	25 138 €	59 002
Disciplines biologiques	58	4 956 611 €	85 459 €	59 614 €	81 486
Disciplines chirurgicales (hors obstétrique et esthétique)	5190	627 892 820 €	120 981 €	56 099 €	226 834
Disciplines médicales	936	129 483 432 €	138 337 €	48 231 €	344 362
Infirmiers diplômés d'Etat	72	5 561 800 €	77 247 €	44 518 €	126 322
Kinésithérapeute	26	1 743 278 €	67 049 €	30 779 €	103 963
Obstétrique	425	62 231 845 €	146 428 €	45 181 €	495 130
Pharmaciens	9	982 496 €	109 166 €	54 358 €	130 875
Professions paramédicales	12	591 123 €	49 260 €	38 076 €	29 001
Sage-femme	10	1 039 812 €	103 981 €	50 750 €	135 717
Autres	581	61 383 907 €	105 652 €	42 808 €	336 191
Total	8394	996 543 519 €	118 721 €		

A noter que la profession ou spécialité concernée est manquante ou erronée pour 253 des dossiers de la base d'étude

Le montant médian, situé entre 25 000 et 60 000 €, est nettement inférieur au montant moyen. Cela révèle la présence de dossiers avec des montants importants (>1M€), en particulier pour l'obstétrique et les disciplines médicales.

Les écarts-types de l'obstétrique, des disciplines médicales et de la chirurgie plastique et esthétique sont élevés par rapport à leur montant moyen, ce qui indique des montants de dossier dispersés. A l'inverse, il est faible par rapport au montant moyen pour l'anatomo-cytopathologiste, les disciplines biologiques et les professions paramédicales, indiquant pour ces professions des montants de dossiers concentrés autour du montant moyen.

3.3.6. Dossiers de plus de 2 Millions d'euros

Le tableau ci-après reprend le détail de chaque dossier de plus de 2 millions d'euros.

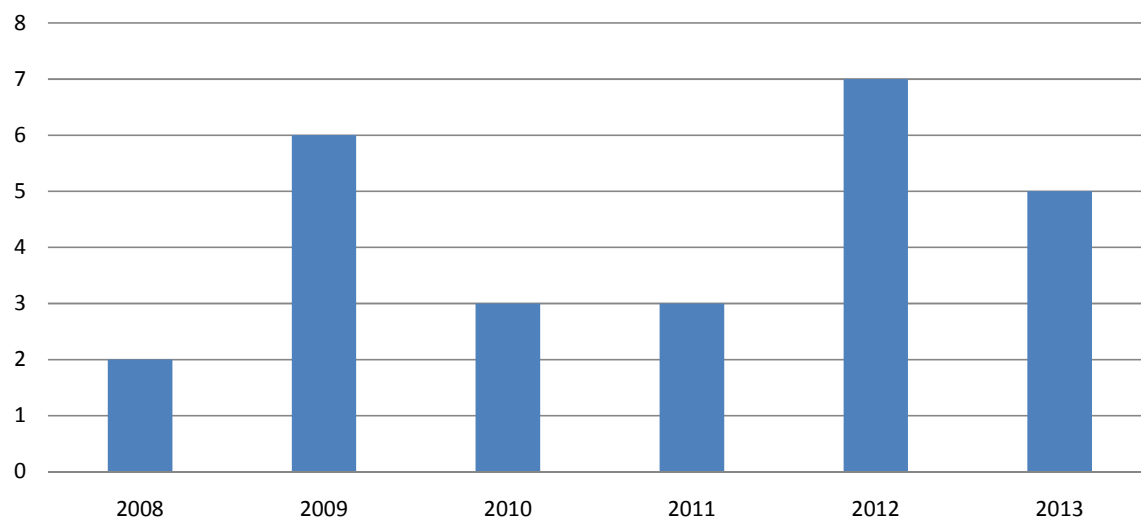
Source	Lieu de l'acte en cause*	Situation de la personne mise en cause	Spécialité en cause	Nature du sinistre	Année de réalisation de l'acte	Année de réclamation du sinistre	Année de règlement du sinistre	Montant total rapporté à 100%
Assureurs	1	Professionnel	Disciplines chirurgicales **	Acte technique fautif	1991	1991	2009	2 344 540 €
Assureurs	1	Professionnel	Autres	Non renseigné	1993	1993	2009	2 348 689 €
Assureurs	2	Professionnel	Disciplines chirurgicales **	Acte technique fautif	2001	2002	2009	2 494 278 €
Assureurs	1	Professionnel	Obstétrique	Acte technique fautif	1988	1988	2010	2 647 179 €
Assureurs	2	Professionnel	Disciplines chirurgicales **	Acte technique fautif	1998	2001	2009	2 901 192 €
Assureurs	2	Autre	Obstétrique	Acte technique fautif	1998	1998	2012	4 032 686 €
Assureurs	1	Professionnel	Disciplines médicales	Acte technique fautif	1993	1996	2010	4 647 850 €
Assureurs	2	Professionnel	Obstétrique	Acte technique fautif	1981	1992	2013	2 497 112 €
Assureurs	Non renseigné	Non renseigné	Non renseigné	Acte technique fautif	2001	2001	2012	2 937 908 €
Assureurs	3	Professionnel	Obstétrique	Acte technique fautif	1993	2001	2013	7 598 180 €
Assureurs	2	Professionnel	Disciplines chirurgicales **	Acte technique fautif	2005	2007	2012	2 447 378 €
Assureurs	2	Professionnel	Chirurgie plastique. & esthétique	Acte technique fautif	2006	2007	2011	3 000 000 €
Assureurs	2	Professionnel	Disciplines chirurgicales **	Acte technique fautif	2005	2007	2013	3 263 471 €
Assureurs	2	Professionnel	Disciplines chirurgicales **	Infection nosocomiale	2005	2007	2012	4 405 104 €
ONIAM	2	Etablissement	Disciplines chirurgicales **	Acte non fautif (aléa)	2003	2003	2008	2 117 610 €
ONIAM	4	Professionnel	Disciplines chirurgicales **	Acte non fautif (aléa)	2003	2004	2009	2 263 630 €
ONIAM	4	Etablissement	Disciplines chirurgicales **	Acte non fautif (aléa)	2004	2009	2013	2 648 542 €
ONIAM	4	Professionnel	Disciplines chirurgicales **	Acte non fautif (aléa)	2002	2005	2010	2 713 687 €
ONIAM	2	Etablissement	Obstétrique	Acte non fautif (aléa)	2006	2007	2012	2 761 033 €
ONIAM	4	Etablissement	Disciplines chirurgicales **	Acte non fautif (aléa)	2008	2008	2013	2 935 276 €
ONIAM	4	Etablissement	Disciplines médicales	Acte non fautif (aléa)	2002	2003	2012	3 028 056 €
ONIAM	1	Professionnel	Disciplines médicales	Acte non fautif (aléa)	2004	2005	2008	3 154 955 €
ONIAM	4	Etablissement	Disciplines médicales	Acte non fautif (aléa)	2003	2004	2012	3 963 387 €
ONIAM	4	Professionnel	Autres	Acte non fautif (aléa)	2007	2008	2009	6 648 618 €
ONIAM	2	Professionnel	Non renseigné	Acte non fautif (aléa)	2006	2006	2011	2 094 067 €
ONIAM	4	Etablissement	Disciplines médicales	Acte non fautif (aléa)	2003	2004	2011	3 963 387 €

* Lieu de l'acte en cause :

- 1 : Hors établissement
- 2 : Etablissement de santé privé à but lucratif
- 3 : Etablissement de santé privé PSPH
- 4 : Etablissement de santé public

** hors obstétrique et esthétique

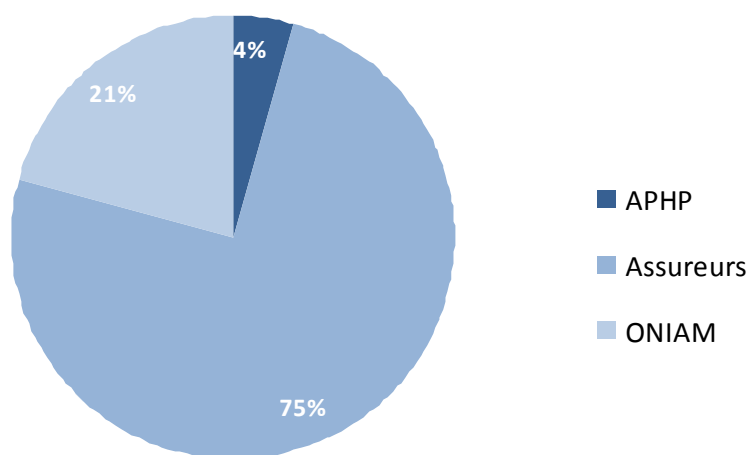
Répartition du nombre de dossiers de plus de 2 millions d'euros par année de règlement



3.4. Les infections nosocomiales

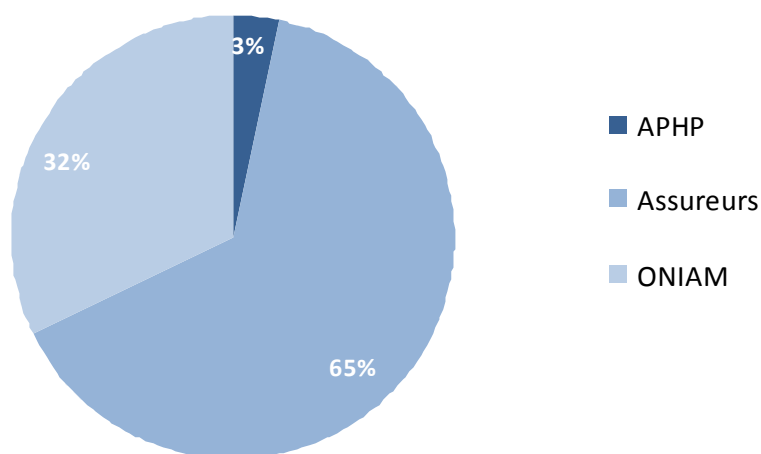
3.4.1. Répartition des effectifs par origine du dossier

Les infections nosocomiales représentent environ 18% des dossiers indemnisés de 2008 à 2013. Les 1465 dossiers concernés se répartissent comme suit :



3.4.2. Répartition des montants par origine du dossier

Le montant global indemnisé pour les infections nosocomiales est de plus de 134 millions d'euros sur les dossiers indemnisés entre 2008 et 2013. Il se répartit comme suit :



4. Tendances et évolution

L'année de référence est l'année de règlement du dossier.

4.1. Sources d'information

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Global
APHP	36	28	24	40	25	39	192
	3%	2%	1%	2%	2%	4%	2%
Assureurs	550	1093	1477	1314	1005 (645)	571	6010
	53%	65%	80%	79%	74%	55%	70%
ONIAM	461	559	352	317	337	419	2445
	44%	33%	19%	19%	25%	43%	28%
Total	1047	1680	1853	1671	1367	967	8647

Le nombre de dossiers indemnisés est globalement très variable entre 2008 et 2013.

Cependant, cette variation n'est pas identique selon les sources des dossiers.

Le nombre de dossier indemnisé par l'APHP est environ 30 par an.

Le nombre de dossiers indemnisés par l'ONIAM entre 2008 et 2009 augmente. Cependant, en 2010, le nombre des dossiers indemnisés a baissé de 37% par rapport à 2009. Le nombre de dossiers augmente de nouveau à partir de 2012.

Le nombre de dossiers indemnisés par les assureurs chaque année connaît une forte augmentation entre 2008 et 2010, suivie d'une baisse jusqu'en 2013. Cette irrégularité des volumes entre les années ne permet pas de dégager une tendance statistiquement fiable, d'autant que le nombre de dossiers remontés *a posteriori* par les assureurs est important, il est donc difficile de se prononcer sur le niveau de 2013 à ce jour.

4.2. Analyse par effectifs

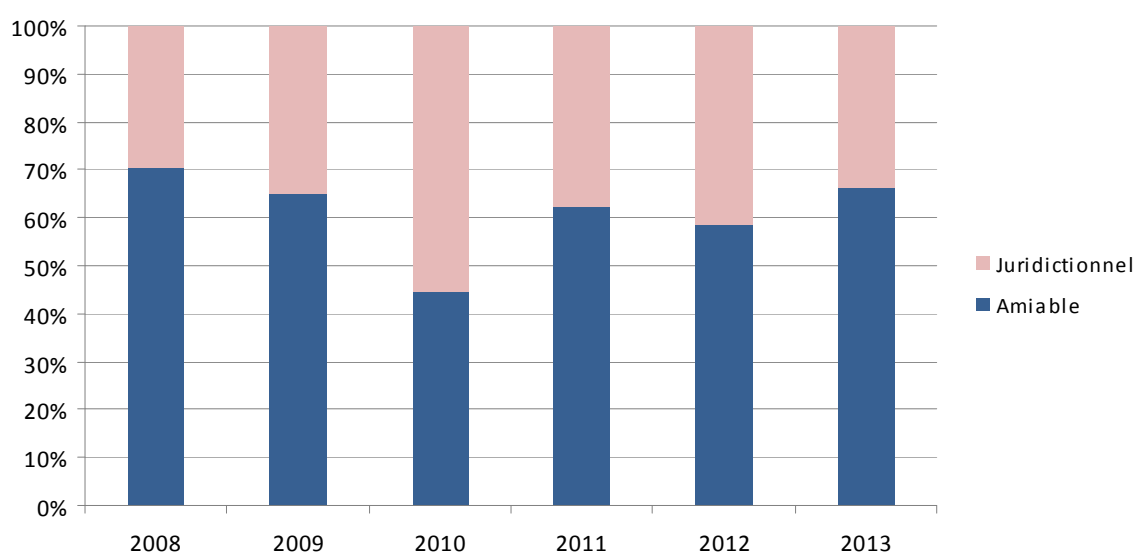
4.2.1. Taux d'AIPP et décès

L'évolution des dossiers indemnisés en fonction du Taux d'AIPP ne montre pas de tendance significative dans le temps.

4.2.2. Nature de l'indemnisation

L'année 2010 a marqué une plus faible proportion de dossiers réglés par voie amiable (environ 45% des dossiers), le rapport amiable / juridictionnel, bien qu'irrégulier entre 2008 et 2013, semble s'établir autour des 60% d'amiable.

Nature de l'indemnisation



4.2.3. Circonstances du sinistre

La proportion de dossiers indemnisés pour des actes de soin, de loin la première cause d'accident, a subi une baisse de 2009 à 2011. La proportion des actes de diagnostic varie autour de 8% (inférieure en 2008 et 2009 puis supérieure en 2010 et 2011).

4.2.4. Nature du sinistre

Le taux d'actes techniques fautifs reste relativement stable, avec toutefois une baisse en 2011 (26% contre 30% en moyenne).

Après une baisse de 2008 à 2011 (17%), le taux d'actes non fautifs augmente jusqu'en 2013 (à 35%).

La proportion des infections nosocomiales a connu un creux en 2011, suivi d'un retour vers les valeurs rencontrées auparavant (18%).

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Acte technique fautif	257	473	554	405	422	328	2439
	26%	30%	32%	26%	33%	34%	30%
Acte non fautif (aléa)	389	503	547	272	306	333	2350
	40%	32%	31%	17%	24%	35%	29%
Infection nosocomiale	193	292	376	228	206	170	1465
	20%	18%	22%	14%	16%	18%	18%
Accident dû à la prescription ou à la délivrance de produits de santé	30	50	32	9	9	7	137
	3%	3%	2%	1%	1%	1%	2%
Accident dû au matériel médical ou à un produit de santé	5	13	17	8	4	6	53
	1%	1%	1%	1%	0%	1%	1%
Problème organisationnel	34	87	67	59	47	23	317
	3%	5%	4%	4%	4%	2%	4%
Autre cause	75	174	150	598	286	88	1371
	8%	11%	9%	38%	22%	9%	17%
Total	983	1592	1743	1579	1280	955	8132

A noter que la nature du sinistre est manquante ou erronée pour 372 des dossiers de la base d'étude

4.2.5. Professions et spécialités concernées

Les spécialités chirurgicales hors obstétrique et esthétique représentent plus de la moitié des dossiers indemnisés. Depuis 2010, elles accentuent leur prédominance, couvrant jusqu'à 73% des dossiers indemnisés en 2013.

Pour les autres spécialités, la volumétrie des données ne permet pas d'établir de tendance significative.

4.3. Analyse financière

4.3.1. Montant global annuel

Le montant global annuel des indemnisations a connu une forte augmentation en 2009, et à partir de 2010 une baisse régulière. Ces évolutions traduisent à peu près celles du nombre de dossiers pour l'ONIAM et les assureurs (ce qui est moins vrai pour l'APHP).

- Le montant global payé par les assureurs connaît la même évolution que celle du nombre de dossiers, c'est-à-dire une très forte augmentation entre 2008 et 2010 (on passe de plus de 50 millions à plus de 130 millions d'euros) suivie d'une forte baisse jusqu'en 2013.

- Pour l'ONIAM, le montant global payé augmente de 2008 à 2009, avant de diminuer fortement en 2010 puis semble se stabiliser.

- Les faibles volumes de l'APHP ne permettent pas d'établir une tendance propre pour les dossiers issus de ce déclarant. De même, l'irrégularité des montants indemnifiés chaque année par les assureurs ne permet pas de dégager une tendance statistique.

Source	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Global
APHP	1 794 661 €	2 306 514 €	2 281 944 €	3 150 788 €	3 157 507 €	3 855 168 €	16 546 582 €
	1%	1%	1%	2%	2%	3%	2%
Assureurs	53 037 554 €	105 011 571 €	134 201 918 €	110 754 247 €	103 013 767 €	75 099 707 €	581 118 764 €
	38%	53%	69%	67%	62%	49%	57%
ONIAM	85 796 393 €	92 412 452 €	59 287 756 €	50 622 988 €	61 100 817 €	73 381 198 €	422 601 604 €
	61%	46%	30%	31%	37%	48%	41%
Total	140 628 608 €	199 730 537 €	195 771 618 €	164 528 023 €	167 272 091 €	152 336 073 €	1 020 266 950 €

4.3.2. Montant moyen annuel

L'analyse du montant total indemnifié chaque année montre une baisse amorcée en 2011, surtout sur les dossiers transmis par les assureurs.

Pour l'APHP, le montant moyen d'indemnisation montre une tendance à l'augmentation. Depuis la baisse en 2011, les assureurs voient ce montant augmenter jusqu'en 2013 (plus de 50% d'augmentation). En parallèle, le montant moyen pour l'ONIAM est en baisse de 2008 à 2011, et augmente dès 2012.

Source	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Global
APHP	49 852 €	82 376 €	95 081 €	78 770 €	126 300 €	98 850 €	86 180 €
Assureurs	96 432 €	96 076 €	90 861 €	84 288 €	102 501 €	131 523 €	96 692 €
ONIAM	186 109 €	165 317 €	168 431 €	159 694 €	181 308 €	175 134 €	172 843 €
Total	134 316 €	118 887 €	105 651 €	98 461 €	122 364 €	148 043 €	117 991 €

4.4. Les infections nosocomiales

4.4.1. Evolution des effectifs par origine du dossier

L'évolution de la répartition du nombre de dossiers indemnisés pour des infections nosocomiales au cours des années 2008 à 2013 se répartit comme suit :

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Global
APHP	15	12	5	6	7	9	54
	8%	4%	1%	3%	3%	5%	4%
Assureurs	115	221	322	180	158 (84)	108	1104
	60%	76%	86%	79%	77%	64%	75%
ONIAM	63	59	49	42	41	53	307
	33%	20%	13%	18%	20%	31%	21%
Total	193	292	376	228	206	170	1465

La tendance de cette évolution suit celle du nombre de dossiers indemnisés toutes natures de sinistre confondues. Le proportion de dossiers indemnisés pour des infections nosocomiales reste aux alentours de 18% des effectifs de 2008 à 2009, puis connaît un pic important en 2010 avant de descendre à 14% en 2011 et d'augmenter régulièrement jusqu'en 2012.

A noter la baisse importante du nombre de dossiers de source Assureurs en 2011.

4.4.2. Evolution des montants par origine du dossier

L'évolution de la répartition du montant global indemnisé pour des infections nosocomiales au cours des années 2008 à 2013 se répartit comme suit :

Source	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Global
APHP	835 194 €	443 952 €	381 490 €	719 441 €	691 575 €	528 956 €	3 600 608 €
	6%	2%	1%	3%	3%	3%	3%
Assureurs	6 961 368 €	14 327 416 €	20 645 461 €	14 426 398 €	20 616 213 €	10 808 905 €	87 785 761 €
	49%	62%	72%	67%	80%	53%	66%
ONIAM	6 479 538 €	8 365 352 €	7 504 043 €	6 515 716 €	4 570 300 €	9 179 237 €	42 614 186 €
	45%	36%	26%	30%	18%	45%	32%
Total	14 276 100 €	23 136 720 €	28 530 994 €	21 661 555 €	25 878 088 €	20 517 098 €	134 000 555 €

Le montant global annuel pour des infections nosocomiales a augmenté entre 2008 et 2010. Une baisse importante est observée en 2011 principalement liée à une baisse observée au niveau des assureurs.