



Rapport d'activité

2011

Années 2006 à 2010.

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 23 décembre 2009 la présidence de l'observatoire est assurée par Monsieur Hubert WANNEPAIN et la vice-présidence par Monsieur Michel DUMONT.

S O M M A I R E

1. PRESENTATION GENERALE.....	5
2. PRESENTATION DES DONNEES	9
2.1. STRUCTURE DE LA BASE DE DONNEES	9
2.2. PRETRAITEMENT DES DONNEES.....	9
2.2.1. <i>Traitemet des dossiers multi-indemnisés.....</i>	9
2.2.2. <i>Traitemet des dossiers dupliqués.....</i>	9
2.2.3. <i>Validité des montants d'indemnisation</i>	9
2.2.4. <i>Règles de gestion.....</i>	10
2.2.5. <i>Tests de cohérence</i>	10
2.2.6. <i>Volumétrie des données.....</i>	11
2.2.7. <i>Données manquantes.....</i>	11
2.2.8. <i>Mise en œuvre d'un test statistique</i>	11
3. ANALYSE GLOBALE DES DONNEES.....	12
3.1. SOURCES D'INFORMATION.....	12
3.2. ANALYSE PAR EFFECTIFS	12
3.2.1. <i>Répartition par sexe</i>	12
3.2.2. <i>Répartition décès - non décès.....</i>	12
3.2.3. <i>Répartition des dossiers par taux d'AIPP (ou d'IPP pour les plus anciens)</i>	13
3.2.4. <i>Répartition entre le type de structure de soin et taux d'AIPP</i>	13
3.2.5. <i>Délais entre acte, réclamation et règlement.....</i>	14
3.2.6. <i>Mode de règlement.....</i>	15
3.2.7. <i>Avis des CRCI.....</i>	16
3.2.8. <i>Mises en cause.....</i>	16
3.2.9. <i>Circonstances du sinistre</i>	16
3.2.10. <i>Nature du sinistre.....</i>	17
3.2.11. <i>Spécialités concernées</i>	17
3.3. ANALYSE FINANCIERE	18
3.3.1. <i>Montant global (indemnisation versée aux victimes et créances des organismes sociaux) par origine des dossiers</i>	18
3.3.2. <i>Montant global moyen par origine des dossiers.....</i>	18
3.3.3. <i>Répartition du nombre de dossiers par tranche de montants et origine des dossiers</i>	19
3.3.4. <i>Répartition du montant global par tranche et origine des dossiers</i>	19
3.3.5. <i>Mode de règlement.....</i>	19
3.3.6. <i>Montant par professions.....</i>	21
3.3.7. <i>Dossiers de plus de 2 Millions d'euros</i>	22
3.4. LES INFECTIONS NOSOCOMIALES	23
3.4.1. <i>Répartition des effectifs par origine du dossier.....</i>	23
3.4.2. <i>Répartition des montants par origine du dossier</i>	23
4. TENDANCES ET EVOLUTION	24
4.1. SOURCES D'INFORMATION.....	24
4.2. ANALYSE PAR EFFECTIFS	25
4.2.1. <i>Taux d'AIPP et décès</i>	25
4.2.2. <i>Mode de règlement.....</i>	25
4.2.3. <i>Avis des CRCI.....</i>	25
4.2.4. <i>Circonstances du sinistre</i>	25
4.2.5. <i>Nature du sinistre</i>	26
4.2.6. <i>Spécialités concernées</i>	26

4.3.	ANALYSE FINANCIERE	27
4.3.1.	<i>Montant global.....</i>	27
4.3.2.	<i>Répartition des dossiers par tranche de montants</i>	28
4.3.3.	<i>Montant par tranche.....</i>	28
4.4.	LES INFECTIONS NOSOCOMIALES.....	29
4.4.1.	<i>Evolution des effectifs par origine du dossier</i>	29
4.4.2.	<i>Evolution des montants par origine du dossier.....</i>	29

1. Présentation générale

Ce troisième rapport dresse le tableau de plus de 5 600 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 cinq ans allant de 2006 à 2010.

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. Pour l'année 2009, cela concerne **147 dossiers ajoutés à l'analyse, qui viennent donc mettre à jour certains résultats publiés dans le rapport précédent concernant les années 2006 à 2009.**

Dans la continuité des précédents, le présent rapport est organisé autour de deux analyses principales : une analyse globale des dossiers parvenus à l'ORM depuis sa création 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 robuste 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.

Une modification trop précoce ou trop fréquente de la structure de la base de données présenterait 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.

Cependant dans le but de répondre à la question : "L'année 2010 se distingue-t-elle significativement du cumul des années 2006 à 2010 ?", 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 2010 est différente du cumul des années 2006 à 2010". 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%. Ce seuil est le seuil usuellement retenu.

Prétraitement des données

Parmi les 5 728 dossiers collectés ont été exclus du périmètre de l'étude 96 dossiers :

- 85 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)
- 6 dossiers inférieurs au seuil de 15 000 €
- dossiers dupliqués dans la base.

Le test de fiabilité sur le montant indemnitaire global versé (*montant indemnitaire global devant être ≥ montant soumis à recours + montant non soumis à recours*) n'a pas pu être appliqué sur 440 dossiers de la base dont le détail des montants n'a pu être communiqué. Cependant, étant donné le volume de dossiers concernés et le montant de certains dossiers, ils ont été maintenus à l'analyse. Dans certaines sections toutefois, il sera précisé que ces dossiers ont dû être exclus du champ d'analyse.

Cette étude porte finalement sur 5 632 dossiers clos au cours des années 2006 à 2010 pour une charge globale de 605 673 313 euros ne tenant pas compte des 440 dossiers précités et un peu plus de 640 millions en tenant compte .

ANALYSE GLOBALE DES ANNEES 2006 A 2010

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'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 cinq dernières années, le montant global moyen est de 114 081 € sans évolution significative. Les créances des organismes sociaux et assimilés représentent toujours environ 27 % du montant global (indemnités versées à la victime plus prise en charge des tiers-payeurs).

Comme c'était le cas lors de la création de l'Observatoire, la majorité des dossiers enregistrés dans la base de données de l'ORM est issue des assureurs : 63%. Ce taux est en augmentation par rapport au cumul des années 2006-2009, pour lequel la proportion des dossiers portés par les assureurs était de 58%.

Simultanément le taux des dossiers issus de l'ONIAM est passé de 39 à 34 % et, en intégrant les 440 dossiers des assureurs dont le détail n'est pas disponible, le montant global d'indemnisation à la charge de la solidarité nationale est équivalent à celui des assureurs.

Le montant global 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 13% du montant global pour un peu plus de 50% du nombre de dossiers.

Au dessus de 500 000 €,

- Les dossiers de plus de 500 000 € représentent 32,8 % du montant global pour 3,5 % des effectifs.
- Les dossiers de plus d'un million d'euros représentent 19,1% du montant global pour 1,2% des effectifs.
- Les dossiers de plus de 2 millions d'euros représentent 8 % du montant global pour 0,3 % des effectifs (15 dossiers)

La répartition par tranche de montant est statistiquement stable.

Les délais entre acte, réclamation et règlement

Près de 80 % des réclamations sont déposées dans les 2 ans qui suivent l'accident. Il reste cependant environ 6 % de dossiers pour lesquels la réclamation a lieu 5 ans ou plus après l'acte.

Près d'un tiers des dossiers de l'Observatoire ont ainsi été étudiés et réglés en moins de deux ans. A noter que 22 % des dossiers clos ont été traités en 6 à 10 ans sur l'ensemble des années 2006-2010, contre 20% pour le cumul des années 2006-2009.

On note toujours que plus de 10 % des dossiers ont une durée de vie supérieure à 10 ans. Ces dossiers concernent généralement des accidents lourds aboutissant à une consolidation tardive de la victime et générant souvent des procédures multiples.

Mode de règlement

Globalement, environ 64 % des dossiers ont été réglés par voie amiable sur l'ensemble des années 2006-2010. Pour la seule année 2010, le taux de règlements amiables est de 47 %, ce qui représente une différence statistiquement significative de l'année 2010 par rapport à l'ensemble des années. Il convient toutefois de rester prudent quant à l'interprétation de cette valeur et d'attendre de voir l'évolution des années futures pour être en mesure de l'interpréter.

La proportion de dossiers réglés à l'amiable varie selon leur origine. Si 97 % des dossiers ONIAM sont réglés par voie amiable, « seulement » 45 % des dossiers originaires des assureurs ont été réglés par cette voie. Cet écart est inhérent aux deux modes opératoires.

A noter que pour l'ONIAM et pour les assureurs le taux de règlement amiable réalisé en 2010 est statistiquement plus faible que pour l'ensemble des dossiers mais en hausse pour l'APHP.

Circonstance du sinistre

Les actes de soins restent la première cause d'accidents.

Nature du sinistre

Les actes non fautifs (aléa) restent les plus nombreux (34 % des dossiers), devant les actes techniques fautifs (27 % des dossiers).

Les infections nosocomiales représentent à nouveau 18% des dossiers.

Professions concernées

Le montant moyen est d'un peu plus de 114 304 €. Il varie selon les professions mais compte-tenu des effectifs, ces variations doivent être considérées avec prudence.

Les montants indemnitaire les plus volumineux concernent les disciplines chirurgicales hors obstétrique et chirurgie esthétique avec un montant global de 385 millions d'euros. Cela est directement lié au nombre très important de dossiers liés à ces spécialités (près de 60% des dossiers). Le montant moyen de ces dossiers est d'environ 115 000 €

Dans les disciplines médicales :

- Le groupe anesthésie, réanimation, urgence et régulation avec un montant global de près de 54 millions d'euros pour 357 dossiers présente un montant moyen de près de 150 000 € ;
- Les autres disciplines médicales (hors biologie et anatomo-cytologie) avec un montant global de plus de 81 millions d'euros pour 620 dossiers présentent un montant moyen d'un peu moins de 131 000 €.

Pour les obstétriciens, on dénombre 263 dossiers avec un montant global indemnitaire de plus de 27 millions d'euros soit un montant moyen de 103 000 €.

Le montant moyen attribué aux sages femmes (1,6 millions d'euros) doit être considéré avec beaucoup de prudence au regard du faible nombre de dossiers (8 dossiers)

TENDANCES ET EVOLUTION

Le nombre de dossiers indemnisés est globalement en augmentation depuis 2006.

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

- Après une croissance très forte, le nombre de dossiers indemnisés par l'ONIAM a baissé de plus de 30 % en 2010.
- Les dossiers indemnisés par les assureurs semblent avoir une tendance à la hausse mais leur irrégularité ne permet pas de dégager une tendance.
- Les dossiers indemnisés par l'APHP suivent une tendance à la baisse.

Mode de règlement

L'année 2010 a marqué une plus faible proportion de dossiers réglés par voie amiable mais l'irrégularité en volume sur chaque année ne permet pas de dégager une tendance statistiquement fiable, même si l'année 2010 est statistiquement différente.

Avis des CRCI

Parmi les dossiers réglés à l'amiable, la proportion de dossiers ouverts par la voie des CRCI est restée stable entre 2006 et 2009. Cette proportion a baissé de manière significative au cours de l'année 2010 pour atteindre le taux de 64 %.

Parmi les dossiers réglés par voie juridictionnelle, la proportion de dossiers faisant suite à une procédure CRCI a augmenté significativement entre 2006 et 2010 pour passer de 4 à plus de 16 %.

Circonstance du sinistre

La proportion de dossiers indemnisés pour des actes de soins a continué d'augmenter au cours des quatre dernières années. 84 % des dossiers en 2010 contre 80 % en 2006.

Nature du sinistre

Le taux d'actes techniques fautifs reste relativement stable. Le nombre d'actes non fautifs a augmenté entre 2006 et 2010 en effectif. Au cours de l'année 2010, le nombre de dossiers indemnisés pour actes non fautifs est statistiquement supérieur à la moyenne des actes non fautifs sur les 5 ans.

On note une légère augmentation du taux des infections nosocomiales indemnisées au cours de l'année 2010 mais à la limite du seuil de significativité statistique.

Dr Hubert WANNEPAIN
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 2006 à 2010.

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. Pour l'année 2009, cela concerne 147 dossiers ajoutés à l'analyse, qui viennent donc mettre à jour certains résultats publiés dans le rapport précédent concernant les années 2006 à 2009.

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 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 85 dossiers avec un taux de prise en charge inférieur à 50%. Ces lignes ont été exclues du périmètre de l'étude.

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 comprenaient 5 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. 6 dossiers ont été exclus à ce titre.

2.2.4. Règles de gestion

Atteinte permanente à l'intégrité physique et décès

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'incapacité permanente 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 n'a révélé aucune anomalie.

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 2010. 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 a mis en évidence trois éléments :

- Le test a révélé 29 dossiers avec des écarts compris entre 100€ et 1000€ qui ont donc été conservés.
- De plus, 52 dossiers ont des écarts supérieurs à 1000€. Parmi ces dossiers, 2 ont un écart de plus de 500 000 euros. Ces données font actuellement l'objet d'une analyse détaillée en vue de les corriger. Ces dossiers ont été conservés dans la base d'analyse.
- Ce test n'a pas pu être appliqué sur 440 dossiers de la base dont le détail des montants n'a pu être communiqué. Cependant, étant donné le volume de dossiers concernés et le montant des certains dossiers, ils ont été maintenus à l'analyse. Dans certaines sections toutefois, il sera précisé que ces dossiers ont dû être exclus du champ d'analyse.

- Tests sur l'année de naissance de la victime

L'année de naissance doit être inférieure ou égale 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 2010. L'exécution de ce test n'a révélé aucune anomalie.

2.2.6. Volumétrie des données

Après le travail de prétraitement et de fiabilisation des données, la base de l'Observatoire contient 5632 dossiers pris en compte pour l'établissement du rapport d'activité parmi les 5728 dossiers collectés.

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 moins de 1% de données manquantes en nombre de dossier.

La variable « organe touché » contient 219 données manquantes. Cela représente un peu moins de 4% des dossiers de la base. Cette variable n'est plus renseignée pour certains organismes pour l'année 2010, ce qui explique l'augmentation du taux de valeurs manquantes.

596 dossiers ne sont pas renseignés sur l'année de naissance de la victime. 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.

La variable « taux d'incapacité permanente » contient 306 données manquantes. Cela représente environ 5% des dossiers de la base.

382 dossiers ne sont pas renseignés sur l'avis des CRCI. Cela représente environ 7% des dossiers de la base.

La variable « condamnation pénale » n'est pas renseignée pour 133 dossiers, soit un peu plus de 2,4% des dossiers.

La variable « nature du sinistre » n'est pas renseignée pour 194 dossiers, soit un peu plus de 3,4% des dossiers.

2.2.8. Mise en œuvre d'un test statistique

Dans le but de répondre à la question suivante : “l'année 2010 se distingue-t-elle significativement du cumul des années 2006 à 2010 ?”, un test statistique a été mis en œuvre lorsque les données le permettent.

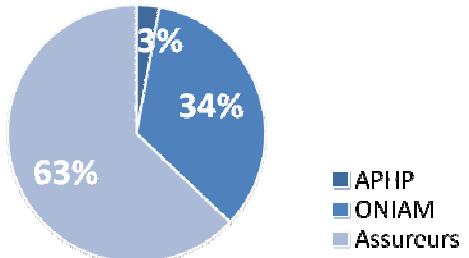
Le principe de ce test est d'attribuer une probabilité “d'avoir raison” lorsque l'on affirme que “la seule année 2010 est différente du cumul des années 2006 à 2010”. Il a été décidé d'accepter le fait que l'année est significativement différente du cumul lorsque la probabilité d'avoir raison est d'au moins 95%. Ce seuil est le seuil usuellement retenu.

3. Analyse globale des données

L'analyse des données est effectuée sur le cumul des données fiabilisées de la base de l'Observatoire, depuis le lancement de l'Observatoire en 2005 jusqu'à fin 2010.

3.1. Sources d'information

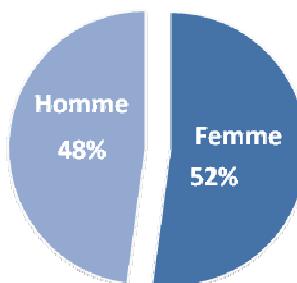
Comme c'était le cas lors de la création de l'Observatoire, la majorité des dossiers enregistrés dans les bases de données de l'ORM sont issus des assureurs : 63%. Ce taux est en augmentation par rapport au cumul des années 2006-2009, pour lequel la proportion des dossiers portés par les assureurs était de 58%.



3.2. Analyse par effectifs

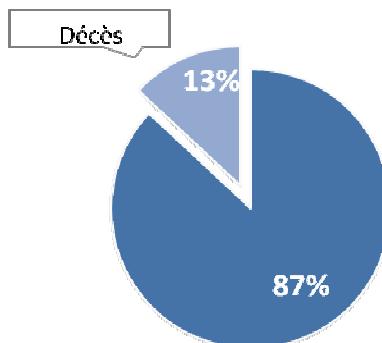
3.2.1. Répartition par sexe

52,1% des dossiers indemnisés entre 2006 et 2010 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 2008).



3.2.2. Répartition décès - non décès

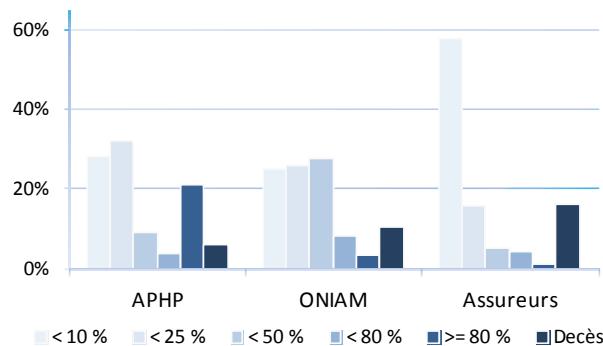
738 des 5632 dossiers de l'Observatoire concernent une victime décédée des suites de l'accident médical. Ce taux est statistiquement stable par rapport au cumul des années 2006-2009.



3.2.3. Répartition des dossiers par taux d'AIPP (ou d'IPP pour les plus anciens)

Sur les années 2006-2010, 45% des dossiers concernent des accidents ayant provoqué un taux d'Incapacité Permanente Partielle ou de Déficit Fonctionnel Permanent inférieur à 10%. Ce taux est stable par rapport au cumul des années 2006-2009.

Répartition des dossiers par taux d'AIPP

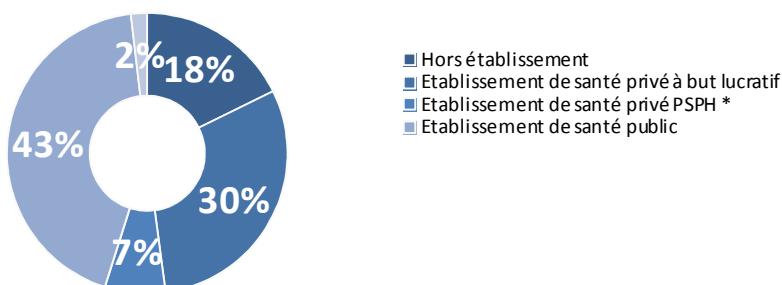


3.2.4. Répartition entre le type de structure de soin et taux d'AIPP

La répartition du taux d'AIPP pour les établissements de santé privés n'est pas significativement différente de l'ensemble des dossiers : près de deux tiers des dossiers sont associés à un taux d'AIPP strictement inférieur à 25%. En revanche, pour les établissements de santé publics, le taux est inférieur à l'ensemble des dossiers.

Hors établissement, le pourcentage de dossiers associés à un taux d'AIPP inférieur à 25% est nettement plus fort que la moyenne (78% contre 65% au global). En revanche, le pourcentage de dossiers dont la victime est décédée suite à l'accident reste statistiquement au même niveau que celui dans les établissements de santé : aux alentours de 14%.

Lieu de l'acte	IPP < 25	IPP ≥ 25	Décès	Total
Hors établissement	730	77	132	939
	77,7%	8,2%	14,1%	100,0%
Etablissement de santé privé à but lucratif	1049	388	166	1603
	65,4%	24,2%	10,4%	100,0%
Etablissement de santé privé PSPH *	203	125	41	369
	55,0%	33,9%	11,1%	100,0%
Etablissement de santé public	1360	540	390	2290
	59,4%	23,6%	17,0%	100,0%
Autres Etablissement	81	10	8	99
	81,8%	10,1%	8,1%	100,0%
Total	3423	1140	737	5300
	64,6%	21,5%	13,9%	100,0%



3.2.5. Délais entre acte, réclamation et règlement

- Ecart entre année de réalisation et année de réclamation

Environ 40% des réclamations sont déposées durant l'année de l'acte mis en cause. En cumul, 80% des réclamations sont déposées dans les 2 ans qui suivent l'accident. Il reste cependant environ 6% de dossiers pour lesquels la réclamation a lieu 5 ans ou plus après l'acte.

- Ecart entre année de réclamation et année de règlement

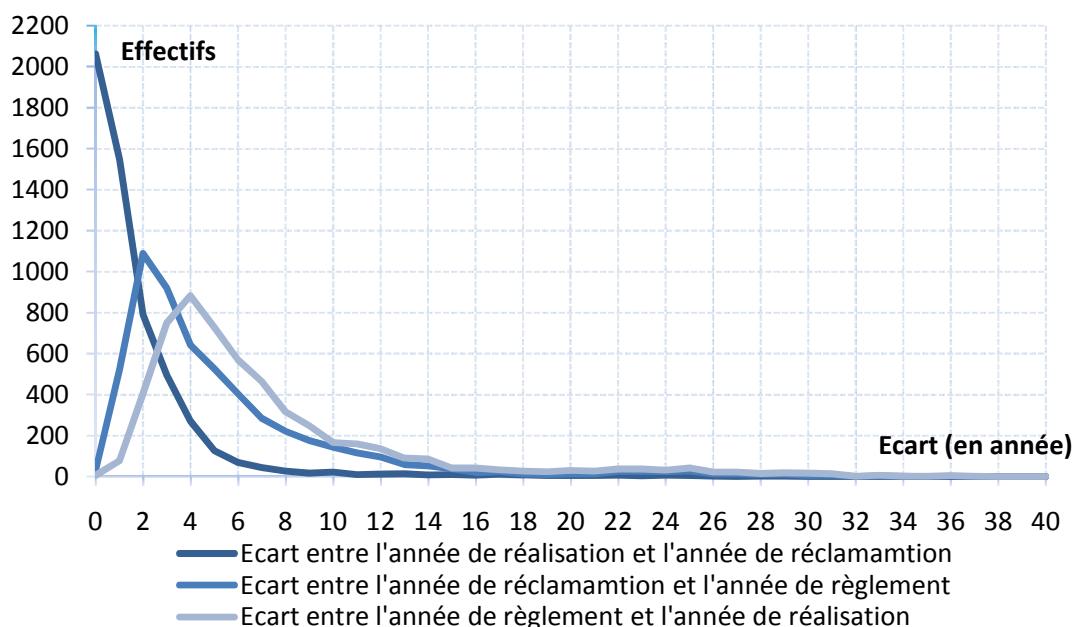
Un tiers des dossiers sont réglés en moins de deux ans. A noter que 26% des dossiers clos ont été traités en plus de 5 ans sur l'ensemble des années 2006-2010, contre 25% pour le cumul des années 2006-2009.

- Ecart entre année de réalisation et année de règlement

Le nombre de dossiers suit globalement la même tendance que la précédente, 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 plus de 10% des dossiers présentent un écart supérieur à 10 ans.

Délais entre acte, réclamation et règlement du dossier

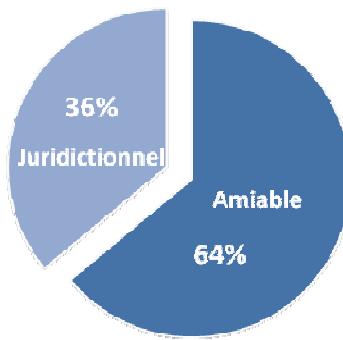


N.B. : Les données concernant les dates de réalisation de l'acte, de réclamation et de règlement du sinistre ne contiennent que les années et non les dates précises (avec le mois et le jour). De ce fait, les délais présentés ci-dessus sont calculés en années pleines. Ce mode de collecte, et par suite 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. Mode de règlement

3.2.6.1. Global

Environ 64% des dossiers (en nombre) ont été réglés par voie amiable sur l'ensemble des années 2006-2010. Pour la seule année 2010, le taux de règlements amiables est de 47%, ce qui représente une différence statistiquement significative de l'année 2010 par rapport à l'ensemble des années. Il convient toutefois de rester prudent quant à l'interprétation de cette valeur et d'attendre de voir l'évolution des années futures pour être en mesure de l'interpréter.



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 97% des dossiers ONIAM sont réglés par voie amiable sur l'ensemble des dossiers, « seulement » 45% des dossiers originaires des assureurs ont été réglés par cette voie. Notons que le taux de règlements amiables réalisés en 2010 est statistiquement plus faible sur l'ensemble des dossiers pour l'ONIAM et pour les assureurs mais en hausse pour l'APHP.

Mode de règlement	Amiable	Juridictionnel	Total
APHP	108	68,4%	50
ONIAM	1 873	97,1%	55
Assureurs	1 602	45,5%	1 917
Total	3 583	63,9%	2 022
			36,1%
			5 605
			100%

3.2.6.3. Par taux de d'AIPP

Le pourcentage de dossiers (en nombre) traités par voie amiable liés à des taux d'AIPP strictement inférieurs à 10% est statistiquement inférieur à la moyenne : moins de 59% des dossiers contre 67% 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 66%.

Les variations irrégulières du pourcentage de règlements par voie amiable en fonction du taux d'AIPP ne permettent pas de dégager de tendance.

3.2.7. Avis des CRCI

Pour les dossiers réglés par voie amiable, environ 76% ont emprunté préalablement la voie des CRCI.

Pour les dossiers réglés en juridictionnel, un peu moins de 10% ont emprunté préalablement la voie des CRCI.

	Règlement	APHP	ONIAM	sureurs	Global	
Amiable	CRCI	48	1 861	825	2 734	49%
	hors CRCI	56	12	635	703	13%
	Non renseigné	4	-	142	146	3%
	Sous-Total	108	1 873	1 602	3 583	64%
Juridictionnel	CRCI	3	38	159	200	4%
	hors CRCI	44	17	1 549	1 610	29%
	Non renseigné	3	-	209	212	4%
	Sous-Total	50	55	1 917	2 022	36%
Total		158	1 928	3 519	5 605	100%

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 91% des cas. Le professionnel de santé porte la responsabilité dans 8% 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 (58% des dossiers sur l'ensemble des établissements privés).

Il n'est pas possible d'établir une comparaison pertinente entre les établissements privés et publics. Ces valeurs sont stables par rapport au cumul de l'année précédente.

3.2.9. Circonstances du sinistre

Les actes de soin sont naturellement très nettement la première cause d'accidents (environ 85% des cas). Cette proportion est stable par rapport au cumul de l'année précédente.

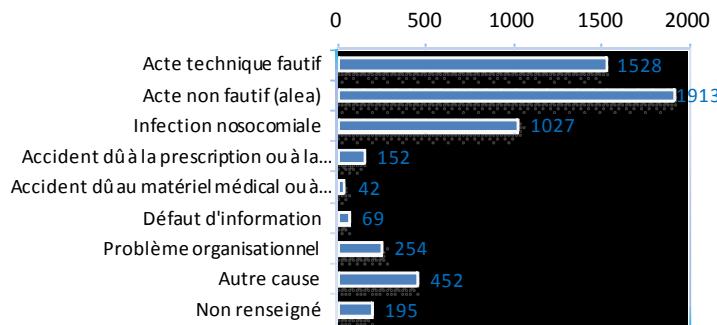


3.2.10. Nature du sinistre

Les actes non fautifs (aléa) sont plus nombreux que les actes fautifs (1913 dossiers en aléa, soit 34% des dossiers, contre 1528 actes techniques fautifs, soit 27% des dossiers). Ces proportions sont stables par rapport au cumul des années 2006 à 2009. Cependant la répartition aléa / faute varie selon l'année de clôture du dossier (cf. 4.2.5).

Les infections nosocomiales représentent 18% des dossiers (en effectifs).

Nature du sinistre en nombre de dossiers



3.2.11. Spécialités concernées

En nombre de dossiers, les disciplines chirurgicales sont de loin les premières sources de dossiers indemnisés (près de 60% des dossiers), suivis par les autres disciplines médicales (près de 13% des dossiers). Ces proportions sont stables par rapport au cumul des années 2006-2009.

Spécialité	Global	Pourcentage
Anesthésie, Réanimation, Urgence, Régulation	357	6,4%
Disciplines biologiques	52	0,9%
Anatomo-cytopathologiste	20	0,4%
Disciplines chirurgicales (hors obstétrique et esthétique)	3326	59,3%
Chirurgie plastique & esthétique	108	1,9%
Obstétrique	263	4,7%
Disciplines médicales	620	11,0%
Autres professions médicales	80	1,4%
Sage-femme	8	0,1%
Chirurgien-dentiste	177	3,2%
Autres	12	0,2%
Pharmacien	6	0,1%
Professions paramédicales	5	0,1%
Infirmiers diplômés d'Etat	43	0,8%
Kinésithérapeute	20	0,4%
Autre	437	7,8%
Non renseignée	79	1,4%
Total	5613	100,0%

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

3.3. Analyse financière

3.3.1. Montant global (indemnisation versée aux victimes et créances des organismes sociaux) par origine des dossiers

Le tableau ci-dessous ne tient pas compte des 440 dossiers des assureurs dont le détail des montants n'est pas disponible.

Si l'on avait pu intégrer ces dossiers à l'analyse menée, le résultat montrerait que le montant global d'indemnisation à la charge de la solidarité nationale est équivalent à celles des assureurs.

Montant	APHP	Assureurs	ONIAM *	Global
Indemnisation versée aux victimes et ayants droit	10 792 038 €	85,8%	234 927 830 €	84,0%
Organismes sociaux et assimilés	1 787 249 €	14,2%	44 724 037 €	16,0%
Total	12 579 288 €	100,0%	279 651 865 €	100,0%
Année 2010 complète	2 187 252 €		82 685 895 €	57 065 280 €
Année 2010 hors exclus	2 187 252 €		45 857 820 €	57 065 280 €
				141 938 427 €
				105 110 352 €

Le détail de l'année 2010 est biaisé par le fort taux de dossiers exclus en raison des données manquantes.

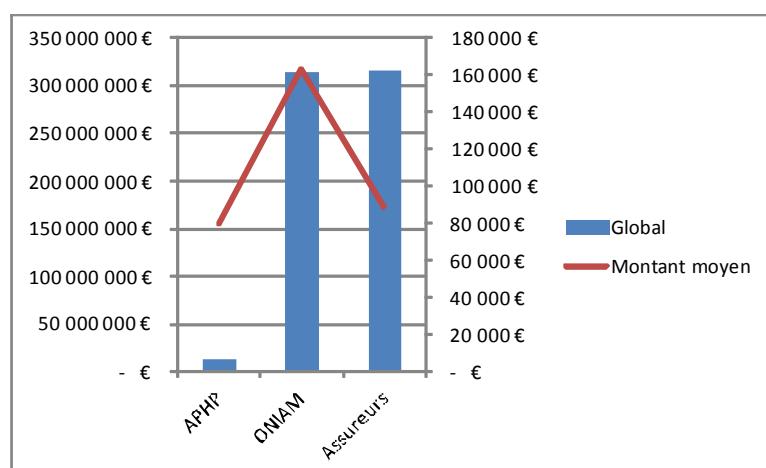
N.B. : Les créances des organismes sociaux et assimilés (ORGSS) font l'objet de traitement différent selon le payeur. L'APHP et les assureurs remboursent les organismes. L'ONIAM déduit ces créances en amont de l'offre.

3.3.2. Montant global moyen par origine des dossiers

Le montant d'indemnité global moyen versé par la solidarité nationale est d'environ 1,8 fois plus élevé que celui versé par les assureurs. Le montant moyen de l'année 2010 est significativement stable pour l'ONIAM et les assureurs.

Organisme	Global	Montant moyen 2006-2010	Pourcentage global	Montant moyen 2010
APHP	12 579 288 €	79 616 €	2,0%	104 155 €
ONIAM	313 442 160 €	162 574 €	48,8%	162 117 €
Assureurs	316 479 940 €	89 250 €	49,3%	79 967 €
Total	642 501 388 €	114 081 €	100,0%	105 904 €

Cette différence tient à la mission même de l'ONIAM qui, au titre de la solidarité nationale, n'intervient que pour des dommages importants.



3.3.3. 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.

Montant	APHp	ONIAM	Assureurs	Global
< 50 000 € *	103	630	2 114	2 847
< 100 000 €	25	545	782	1 352
< 200 000 €	17	343	370	730
< 300 000 €	5	164	128	297
< 400 000 €	3	88	41	132
< 500 000 €	2	47	30	79
< 1 M€	2	72	55	129
< 2 M€	1	32	18	51
≥ 2 M€	-	7	8	15
Total	158	1 928	3 546	5 632

* : Tous les montants sont supérieurs à 15 000 €

Plus de la moitié des dossiers (en effectifs) a un montant global d'indemnisation inférieur à 50 000 € et 75% ont un montant inférieur à 100 000 €.

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

Les dossiers d'un montant compris entre 15 000 et 50 000 € représentent seulement 13% du montant global pour un peu plus de 50% du nombre de dossiers.

Les 15 dossiers de plus de 2 millions d'euros représentent plus de 8% du montant global. Plus largement, les dossiers de plus d'un million d'euros représentent 19,1% des montants pour 1,2% des effectifs. Pour le cumul des années 2006-2009, ces deux taux étaient respectivement de 18,2% et 1,2%. Ils sont statistiquement stables.

Montant	APHp	ONIAM	Assureurs	Global	Pourcentage
< 50 000 € *	2 806 745 €	20 489 051 €	58 867 824 €	82 163 620 €	12,8%
< 100 000 €	1 697 083 €	39 005 986 €	53 976 283 €	94 679 353 €	14,7%
< 200 000 €	2 381 394 €	48 303 816 €	50 343 974 €	101 029 184 €	15,7%
< 300 000 €	1 220 705 €	40 634 165 €	31 069 514 €	72 924 384 €	11,4%
< 400 000 €	1 035 923 €	30 157 702 €	14 349 340 €	45 542 965 €	7,1%
< 500 000 €	825 758 €	20 893 495 €	13 019 321 €	34 738 575 €	5,4%
< 1 M€	1 508 976 €	49 340 723 €	37 487 637 €	88 337 336 €	13,7%
< 2 M€	1 102 705 €	41 662 240 €	25 646 917 €	68 411 862 €	10,6%
≥ 2 M€	- €	22 954 981 €	31 719 130 €	54 674 110 €	8,5%
Total	12 579 289 €	313 442 160 €	316 479 940 €	642 501 389 €	100,0%

* : Tous les montants sont supérieurs à 15 000 €

3.3.5. Mode de règlement

3.3.5.1. Montant global

71% du montant indemnitaire global versé est réglé par voie amiable. En effectifs, les dossiers amiables représentent 64% des dossiers.

Le montant indemnitaire global moyen des dossiers réglés par voie amiable est en effet supérieur d'environ 40% à celui des dossiers juridictionnels.

Mode de règlement	Effectifs	Montant global	Montant moyen
Amiable	3 583	454 808 357 €	126 935 €
Juridictionnel	2 022	186 169 657 €	92 072 €
Total	5 605	640 978 014 €	114 358 €

3.3.5.1. Nombre de dossiers par tranche de montants

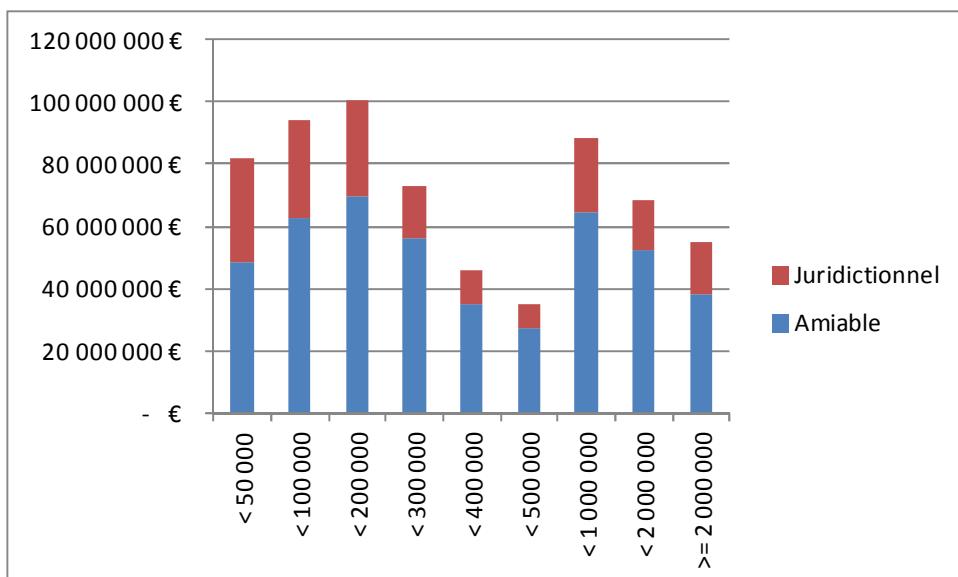
La proportion de dossiers réglés par voie amiable varie selon les tranches de montants indemnisés associés. Ces variations ne révèlent cependant pas de tendance statistiquement valide.

Montant		Amiable	Juridictionnel	Global
< 50 000	1 650	58,3%	1 181	41,7%
< 100 000	892	66,4%	452	33,6%
< 200 000	504	69,2%	224	30,8%
< 300 000	227	76,7%	69	23,3%
< 400 000	102	77,3%	30	22,7%
< 500 000	62	78,5%	17	21,5%
< 1 000 000	95	73,6%	34	26,4%
< 2 000 000	40	78,4%	11	21,6%
>= 2 000 000	11	73,3%	4	26,7%
Total	3 583	63,9%	2 022	36,1%
				5 605

3.3.5.1. Montants par tranche

Compte-tenu de la variation irrégulière et du nombre de l'effectif de chaque tranche, la répartition des montants d'indemnisation des dossiers réglés par voie amiable et par voie juridictionnelle par tranche de montant ne montre pas de tendance.

Montant	Amiable		Juridictionnel		Global	
	Effectifs	Montant	Effectifs	Montant	Effectifs	Montant
< 50 000	1 650	48 650 520 €	1 181	33 023 086 €	2 831	81 673 606 €
< 100 000	892	62 661 792 €	452	31 504 939 €	1 344	94 166 731 €
< 200 000	504	69 964 484 €	224	30 808 753 €	728	100 773 237 €
< 300 000	227	55 851 095 €	69	16 808 497 €	296	72 659 592 €
< 400 000	102	35 157 786 €	30	10 385 179 €	132	45 542 965 €
< 500 000	62	27 407 951 €	17	7 330 624 €	79	34 738 575 €
< 1 000 000	95	64 656 535 €	34	23 680 800 €	129	88 337 335 €
< 2 000 000	40	52 516 008 €	11	15 895 854 €	51	68 411 862 €
>= 2 000 000	11	37 942 186 €	4	16 731 925 €	15	54 674 111 €
Total	3 583	454 808 357 €	2 022	186 169 657 €	5 605	640 978 014 €



3.3.6. Montant par professions

Le montant moyen est d'un peu plus de 114 000€. Il varie selon les spécialités mais compte-tenu des effectifs, ces variations doivent être considérées avec prudence.

Les montants indemnitaire les plus volumineux concernent les disciplines chirurgicales hors obstétrique et chirurgie esthétique avec un montant global de 385 million d'euros. Cela est directement lié au nombre très important de dossiers liés à cette spécialité (près de 60% des dossiers). Le montant moyen de ces dossiers est d'environ 115 000€

Dans les disciplines médicales :

- Le groupe anesthésie, réanimation, urgence et régulation avec un montant global de près de 54 millions d'euros pour 357 dossier présente un montant moyen de près de 150 000€ ;
- Les autres disciplines médicales (hors biologie et anatomo-cytologie) avec un montant global de plus de 81 millions d'euros pour 620 dossiers présentent un montant moyen d'un peu moins de 131 000€.

Pour les obstétriciens, on trouve 263 dossiers avec un montant global d'indemnité de plus de 27 millions d'euros soit un montant moyen de 103 000€.

Sur une base de seulement 8 dossiers, donc non généralisable à l'ensemble de la profession, le montant global moyen des dossiers liés à la profession de sages-femmes, est de 1,8 millions d'euros par dossier en moyenne.

Les rapports d'analyse de l'Observatoire au cours des années prochaines, permettront de valider ou infirmer les tendances qui commencent à se dessiner.

Profession ou Spécialité	Effectifs	Montant Global	Montant moyen	Montant moyen 2006-2009
Anesthésie, Réanimation, Urgence, Régulation	357	53 611 088 €	150 171 €	162 702 €
Disciplines biologiques	52	4 173 025 €	80 250 €	81 351 €
Anatomo-cytopathologue	20	1 844 946 €	92 247 €	109 495 €
Disciplines chirurgicales (hors obstétrique et esthétique)	3326	385 044 639 €	115 768 €	118 478 €
Chirurgie plastique & esthétique	108	5 987 959 €	55 444 €	62 782 €
Obstétrique	263	27 112 517 €	103 089 €	108 764 €
Disciplines médicales	620	81 206 114 €	130 978 €	137 867 €
Autres professions médicales	80	16 402 014 €	205 025 €	238 472 €
Sage-femme	8	12 633 565 €	1 579 196 €	1 799 085 €
Chirurgien-dentiste	177	7 781 286 €	43 962 €	42 239 €
Autres	12	1 398 503 €	116 542 €	61 183 €
Pharmaciens	6	491 314 €	81 886 €	118 595 €
Professions paramédicales	5	272 586 €	54 517 €	54 517 €
Infirmiers diplômés d'Etat	43	3 543 489 €	82 407 €	70 087 €
Kinésithérapeute	20	1 518 892 €	75 945 €	58 848 €
Autre	437	32 936 165 €	75 369 €	74 129 €
Non renseignée	79	5 628 712 €	71 250 €	71 250 €
Global	5613	641 586 815 €	114 304 €	118 476 €

3.3.7. Dossiers de plus de 2 Millions d'euros

On dénombre 3 dossiers concernant la profession « sage-femme » parmi les 15 dossiers de plus de 2 millions d'euros. Ces trois dossiers expliquent à eux seuls que le montant moyen des 8 dossiers de cette profession soit aussi élevé par rapport à la moyenne.

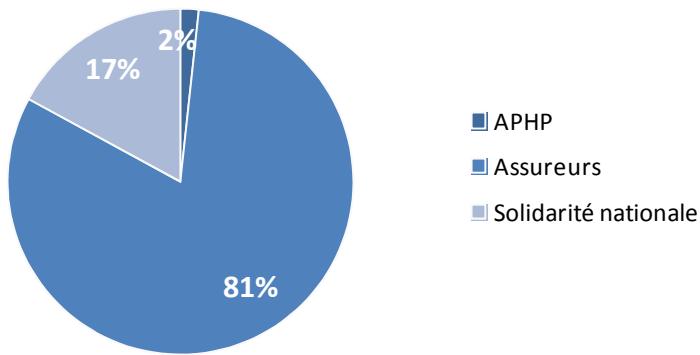
Le tableau ci-après reprend le détail de chaque dossier de plus de 2 millions d'euros.

Source	Lieu de l'acte en cause	Situation de la personne	Profession ou Spécialité	Nature du sinistre	Année de réalisation de l'acte en cause	Année de réclamation du sinistre	Année de règlement du sinistre	Montant indemnitaire global réglé
Assureurs	Etablissement de santé	Etablissement	Disciplines médicales	Acte technique fautif	2001	2002	2007	7 482 288 €
ONIAM	Etablissement de santé	Professionnel	Autres professions médicales	Acte non fautif (alea)	2007	2008	2009	6 648 618 €
Assureurs	Etablissement de santé	Etablissement	Sage-femme	Problème organisationne	1978	1982	2006	5 745 616 €
Assureurs	Etablissement de santé	Etablissement	Sage-femme	Autre cause	1998	2005	2007	3 735 918 €
Assureurs	Hors établissement	Professionnel	Autres professions médicales	Autre cause	1988	1988	2007	3 717 172 €
ONIAM	Hors établissement	Professionnel	Disciplines médicales	Acte non fautif (alea)	2004	2005	2008	3 154 955 €
ONIAM	Etablissement de santé	Professionnel	Disciplines chirurgicales (hors obstétrique et esthétique)	Acte non fautif (alea)	2000	2005	2007	2 918 652 €
Assureurs	Etablissement de santé	Professionnel	Disciplines chirurgicales (hors obstétrique et esthétique)	Acte technique fautif	1998	2001	2009	2 901 192 €
Assureurs	Etablissement de santé	Etablissement	Sage-femme	Problème organisationne	1995	1998	2007	2 842 634 €
Assureurs	Etablissement de santé	Etablissement	Anesthésie, Réanimation, Urgence, Régulation	Acte technique fautif	1995	1995	2007	2 800 032 €
ONIAM	Etablissement de santé	Etablissement	Anesthésie, Réanimation, Urgence, Régulation	Acte non fautif (alea)	2001	2003	2007	2 776 692 €
ONIAM	Etablissement de santé	Professionnel	Disciplines chirurgicales (hors obstétrique et esthétique)	Acte non fautif (alea)	2002	2005	2010	2 713 687 €
ONIAM	Etablissement de santé	Etablissement	Disciplines chirurgicales (hors obstétrique et esthétique)	Acte non fautif (alea)	2003	2004	2007	2 620 798 €
Assureurs	Etablissement de santé	Professionnel	Disciplines chirurgicales (hors obstétrique et esthétique)	Acte technique fautif	2001	2002	2009	2 494 278 €
ONIAM	Etablissement de santé	Etablissement	Disciplines chirurgicales (hors obstétrique et esthétique)	Acte non fautif (alea)	2002	2003	2007	2 121 579 €

3.4. Les infections nosocomiales

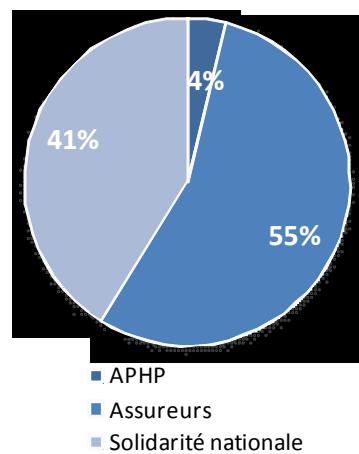
3.4.1. Répartition des effectifs par origine du dossier

Les infections nosocomiales représentent environ 17% des dossiers indemnisés de 2006 à 2010. Les 1027 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 d'environ 77,7 millions d'euros sur les dossiers indemnisés entre 2006 et 2010. Il se répartit comme suit :



N.B. : Les montants payés par la solidarité nationale correspondent aux montants payés par l'ONIAM ainsi que ceux payés par les organismes sociaux et assimilés.

4. Tendances et évolution

4.1. Sources d'information

Organisme	2006	2007	2008	2009	2010	Global
APHP	29 5,6%	44 3,3%	36 3,9%	28 1,9%	21 1,5%	158 2,8%
ONIAM	177 34,0%	379 28,6%	461 50,0%	559 38,3%	352 25,0%	1928 34,2%
Assureurs	314 60,4%	900 68,0%	425 46,1%	873 59,8%	1034 73,5%	3546 63,0%
Total	520	1323	922	1460	1407	5632

Le nombre de dossiers indemnisés est globalement en augmentation depuis 2006.

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

Les dossiers indemnisés par l'APHP suivent ainsi une tendance à la baisse après une forte augmentation en 2007 mais le nombre de dossiers concernés influence peu la tendance globale.

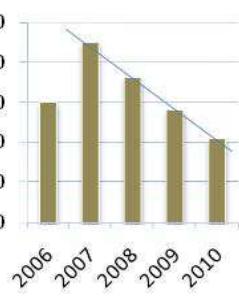
Le nombre de dossiers indemnisés par l'ONIAM entre 2006 et 2009 suit une croissance très forte et régulière. Cependant en 2010 le nombre des dossiers indemnisés a baissé de plus de 30% par rapport à 2009.

Le nombre de dossiers indemnisés par les assureurs chaque année est plus irrégulier entre 2006 et 2008. Cependant, il semble y avoir une forte augmentation entre 2008 et 2010. Cette irrégularité des volumes entre les années ne permet pas de dégager une tendance statistiquement fiable.

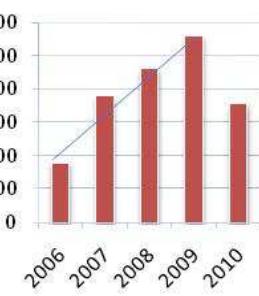
La proportion de dossiers indemnisés chaque année par l'APHP semble en diminution. Compte-tenu de l'historique des données (5 années pleines), de leur volumétrie le nombre de dossiers indemnisés par les assureurs semble avoir une tendance à la hausse. Les prochains rapports d'analyse de l'Observatoire permettront de valider ou infirmer cette tendance.

Répartition des dossiers

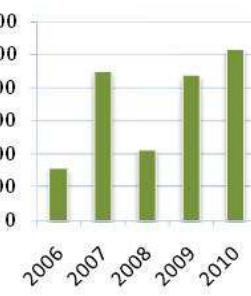
APHP



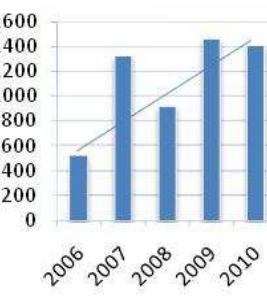
ONIAM



Assureurs



Total



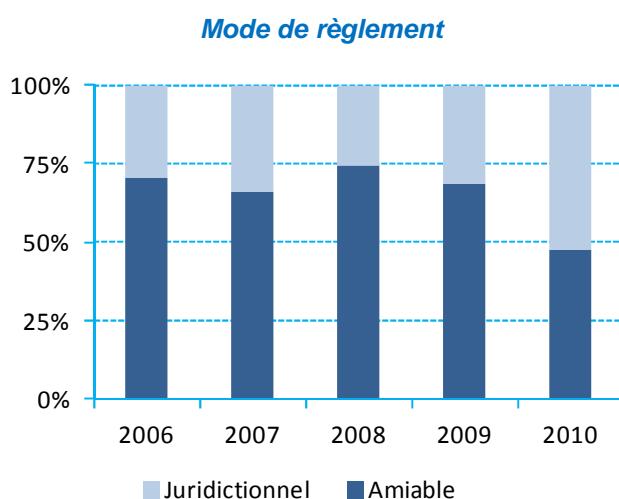
4.2. Analyse par effectifs

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. Mode de règlement

L'année 2010 a marqué une plus faible proportion de dossiers réglés par voie amiable (environ 48% des dossiers), le rapport amiable / juridictionnel est irrégulier entre 2006 et 2010. Cette irrégularité en volume sur chaque année ne permet de dégager une tendance statistiquement fiable, même si l'année 2010 est statistiquement différente.



4.2.3. Avis des CRCI

Parmi les dossiers réglés à l'amiable, la proportion de dossiers ouverts par la voie des CRCI est restée stable entre 2006 et 2009, aux alentours de 79%. Cependant, cette proportion a baissé de manière significative au cours de l'année 2010 pour atteindre le taux de 64%.

Parmi les dossiers réglés par voie juridictionnelle, la proportion de dossiers faisant suite à une procédure CRCI a augmenté significativement entre 2006 et 2010 pour passer de 4 à plus de 16%.

4.2.4. Circonstances du sinistre

La proportion de dossiers indemnisés pour des actes de soin, de loin la première cause d'accident, a continué d'augmenter au cours des quatre dernières années. Les dossiers indemnisés pour des actes de soin représentaient ainsi 84% des dossiers en 2010 contre 80% en 2006.

La proportion des actes de diagnostic a diminué entre 2006 et 2009 pour passer de 11% à environ 6%, mais elle est à 8,7% sur l'année 2010. La tendance à la baisse constatée sur les 4 dernières années ne se confirme donc pas sur l'année 2010.

4.2.5. Nature du sinistre

Le taux d'actes techniques fautifs reste relativement stable au cours des 5 années étudiées. L'année 2010 est statistiquement identique à la moyenne des 5 années. Le taux d'actes non fautifs a augmenté entre 2006 et 2010 en nombre de dossiers indemnisés. Au cours de l'année 2010, le nombre de dossiers indemnisés pour actes non fautifs est statistiquement supérieur à la moyenne des actes non fautifs sur les 5 ans.

La proportion des infections nosocomiales indemnisées reste statistiquement stable sur les 5 années considérées, entre 17 et 21% des dossiers (en effectifs). Cependant, on note une légère augmentation du taux au cours de l'année 2010 à la limite du seuil de significativité statistique.

Nature du sinistre	2006	2007	2008	2009	2010	Global
Acte technique fautif	133 25,6%	400 30,2%	217 23,5%	397 27,2%	381 27,1%	1528 27,1%
Acte non fautif (aléa)	138 26,5%	339 25,6%	392 42,5%	501 34,3%	543 38,6%	1913 34,0%
Infection nosocomiale	91 17,5%	227 17,2%	165 17,9%	251 17,2%	293 20,8%	1027 18,2%
Accident dû à la prescription ou	18 3,5%	39 2,9%	27 2,9%	43 2,9%	25 1,8%	152 2,7%
Accident dû au matériel médical ou	5 1,0%	9 0,7%	4 0,4%	11 0,8%	13 0,9%	42 0,7%
Défaut d'information	7 1,3%	22 1,7%	7 0,8%	16 1,1%	17 1,2%	69 1,2%
Problème organisationnel	27 5,2%	76 5,7%	29 3,1%	79 5,4%	43 3,1%	254 4,5%
Autre cause	68 13,1%	149 11,3%	48 5,2%	130 8,9%	57 4,1%	452 8,0%
Non renseigné	33 6,3%	62 4,7%	33 3,6%	32 2,2%	35 2,5%	195 3,5%
Total	520	1323	922	1460	1407	5632

4.2.6. Spécialités concernées

Les spécialités chirurgicales hors obstétrique et esthétique, qui représentent plus de 50% des dossiers indemnisées, avaient accentué leur prédominance, représentant plus de 60% des dossiers indemnisés en 2008 et 2009. Cette proportion semble s'être stabilisée depuis 2008.

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

4.3.1.1. Montant global annuel

Le montant global annuel des indemnisations a augmenté entre 2006 et 2010, mais cette augmentation reste irrégulière sur la période.

L'augmentation en montant d'indemnisation suit la tendance croissante du nombre de dossiers.

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 indemnisés chaque année par les assureurs ne permet pas de dégager une tendance statistique individuelle.

Organisme	2006	2007	2008	2009	2010	Total
APHP	3 051 689 € 5,6%	3 239 172 € 2,1%	1 794 661 € 1,5%	2 306 514 € 1,4%	2 187 252 € 1,5%	12 579 288 € 2,0%
ONIAM	20 496 228 € 37,9%	62 887 124 € 40,9%	82 967 244 € 67,7%	90 026 283 € 53,0%	57 065 280 € 40,2%	313 442 160 € 48,8%
Assureurs	30 572 427 € 56,5%	87 821 962 € 57,1%	37 826 655 € 30,9%	77 573 002 € 45,7%	82 685 895 € 58,3%	316 479 940 € 49,3%
Total	54 120 344 €	153 760 775 €	122 588 560 €	169 905 800 €	141 938 427 €	642 501 389 €

4.3.1.1. Montant global moyen

Le montant moyen des dossiers indemnisés affiche une disparité selon les sources des dossiers.

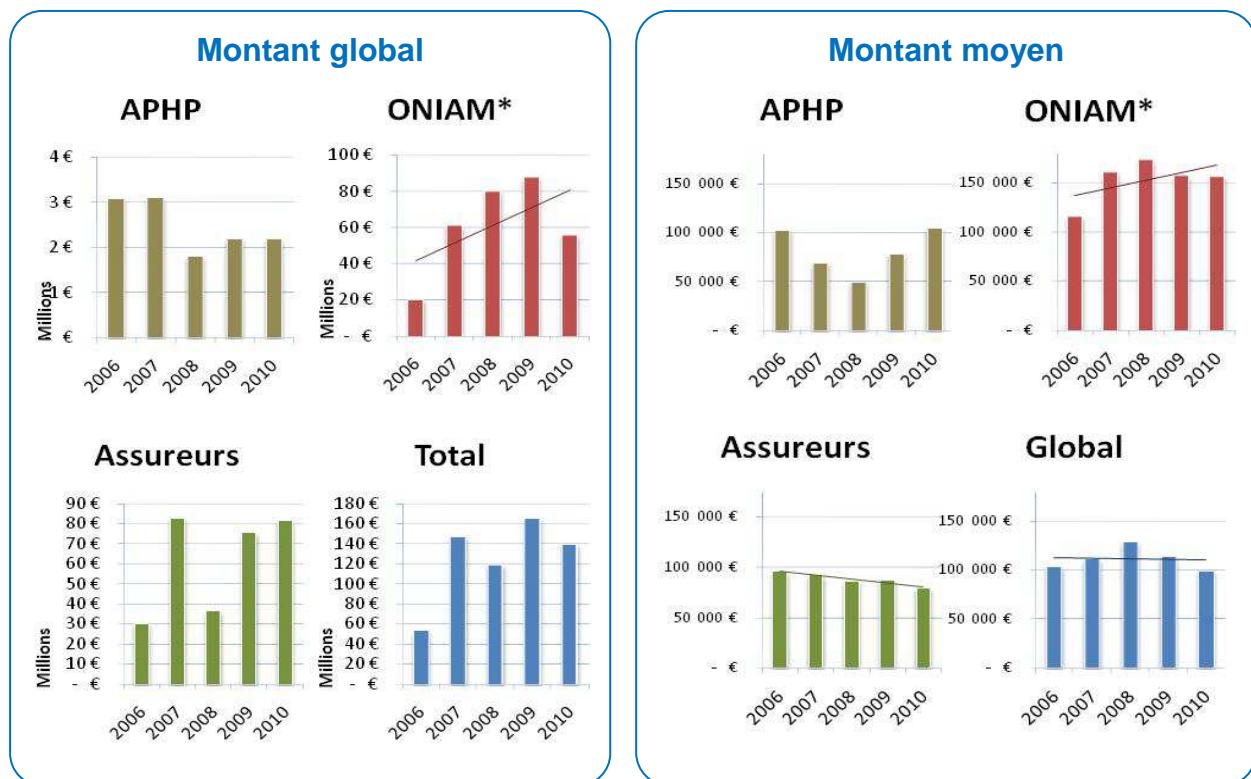
Organisme	2006	2007	2008	2009	2010	Global
APHP	105 231 €	73 618 €	49 852 €	82 376 €	104 155 €	79 616 €
ONIAM	115 798 €	165 929 €	179 972 €	161 049 €	162 117 €	162 574 €
Assureurs	97 364 €	97 580 €	89 004 €	88 858 €	79 967 €	89 250 €
Global	104 078 €	116 221 €	132 959 €	116 374 €	100 880 €	114 081 €

4.3.1.1. Montant global et moyen : visualisation graphique

L'analyse du montant total indemnisé chaque année ne permet pas de dégager de tendance propre pour les dossiers indemnisés par l'APHP et les assureurs.

L'analyse des montants moyens montre que l'irrégularité des montants indemnisés par les assureurs est due uniquement à une augmentation irrégulière du nombre de dossiers. La moyenne du montant d'indemnisation par dossier suit elle une tendance linéaire.

De même la tendance croissante qui s'est dessinée sur le montant total indemnisé par l'ONIAM n'est pas confirmé par le montant de l'années 2010. En parallèle le montant moyen versé par l'ONIAM pour chaque dossier reste assez stable entre 2007 et 2010.



* : Le montant indiqué est le montant global versé (versé à la victime et ses ayants droits par l'ONIAM plus les créances des organismes sociaux et assimilés).

4.3.2. Répartition des dossiers par tranche de montants

La répartition du nombre de dossiers indemnisés par tranche de montant ne révèle pas d'évolution statistiquement valide.

4.3.3. Montant par tranche

Tout comme le nombre de dossiers par tranche de montant, la répartition du montant total par tranche ne révèle pas de tendance significative.

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 2006 à 2010 se répartit comme suit :

Organisme	2006	2007	2008	2009	2010	Total
APHP	10	16	15	12	5	60
	11,0%	7,0%	9,1%	4,8%	1,7%	5,8%
Assureurs	54	169	87	179	238	727
	59,3%	74,4%	52,7%	71,3%	81,2%	70,7%
ONIAM	27	42	63	60	50	242
	29,7%	18,5%	38,2%	23,9%	17,1%	23,5%
Total	91	227	165	251	293	1029

La tendance de cette évolution suit celle du nombre de dossiers indemnisés, quelle que soit la nature du sinistre. Le nombre de dossiers indemnisés pour des infections nosocomiales reste compris entre 17 et 21% des effectifs.

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 2006 à 2010 se répartit comme suit :

Organisme	2006	2007	2008	2009	2010	Total
APHP	315 183 € 4,8%	940 610 € 5,8%	835 194 € 7,2%	443 952 € 2,3%	381 490 € 1,7%	2 916 429 € 3,8%
Assureurs	3 289 536 € 50,0%	9 695 857 € 59,8%	4 307 262 € 37,1%	10 362 142 € 53,2%	14 112 803 € 63,8%	41 767 601 € 55,0%
ONIAM	2 973 701 € 45,2%	5 584 013 € 34,4%	6 479 538 € 55,8%	8 653 939 € 44,5%	7 608 789 € 34,4%	31 299 980 € 41,2%
Total	6 578 420 €	16 220 479 €	11 621 994 €	19 460 034 €	22 103 082 €	75 984 009 €

Le montant global annuel pour des infections nosocomiales a augmenté entre 2006 et 2010. 2007 est une année atypique et sort de la tendance.

Les prochains rapports d'analyse de l'Observatoire permettront de valider ou infirmer cette tendance.

OBSERVATOIRE DES RISQUES MEDICAUX
ONIAM
36, avenue du Général De Gaulle
93175 BAGNOLET CEDEX
www.oniam.fr

OBSERVATOIRE DES RISQUES MEDICAUX
ONIAM
36, avenue du Général De Gaulle
93175 BAGNOLET CEDEX
www.oniam.fr