



Rapport d'activité

2015

Années 2009 à 2014.

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 26 février 2016 la présidence de l'observatoire est assurée par Monsieur Stéphane LANDAIS 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>Nature du sinistre</i>	20
3.2.10. <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>	29
3.4. LES INFECTIONS NOSOCOMIALES	31
3.4.1. <i>Répartition des effectifs par origine du dossier</i>	31
3.4.2. <i>Répartition des montants par origine du dossier</i>	31
4. TENDANCES ET EVOLUTION	32
4.1. SOURCES D'INFORMATION	32
4.2. ANALYSE PAR EFFECTIFS	32
4.2.1. <i>Taux d'AIPP et décès</i>	32
4.2.2. <i>Nature de l'indemnisation</i>	33
4.2.3. <i>Nature du sinistre</i>	33
4.2.4. <i>Professions et spécialités concernées</i>	34
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 septième rapport concernant les années 2009 à 2014 dresse le tableau de près de 9 400 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 2009 à 2014. Les années précédentes ont été retirées 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, 824 dossiers ajoutés à l'analyse viennent ainsi mettre à jour certains résultats publiés dans le rapport précédent concernant les années 2008 à 2013.** Il est à ajouter que parmi les nouvelles données, 21 dossiers ne figurent pas dans le présent rapport, car ils sont en dehors de la période étudiée. Trois d'entre eux représentent des montants importants : 352 596€ pour un dossier réglé en 2006, 271 456€ pour un dossier réglé en 2000 et 222 306€ pour un dossier réglé en 2002.

Parmi les 9 665 dossiers collectés ont été exclus du périmètre de l'étude 281 dossiers :

- 255 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)
- 24 dossiers inférieurs au seuil de 15 000 €
- 2 dossiers dupliqués dans la base.

Cette étude porte finalement sur 9 384 dossiers clos au cours des années 2009 à 2014 pour une charge globale de 1 091 266 066 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 2014 se distingue-t-elle significativement du cumul des années 2009 à 2013 ?”, 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 2014 est différente du cumul des années 2009 à 2013”. 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 2014 est en ligne avec l'ensemble de la période 2009-2013, excepté sur deux points : l'origine des données et la spécialité en cause. En effet, pour l'année 2014 la proportion de dossiers provenant des assureurs est plus importante que le cumul des années précédentes. De même la proportion de dossiers

impliquant la profession de sage-femme est plus importante en 2014 que lors du cumul des années précédentes.

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 portent que sur les données recueillies durant l'année 2014.

ANALYSE GLOBALE DES ANNEES 2009 A 2014

La majorité des dossiers enregistrés dans la base de données de l'ORM est issue des assureurs : 74%. Ce taux est en augmentation pour la 3ème année consécutive. Simultanément le taux des dossiers issus de l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM) est de 24 %.

De même, le taux de dossier d'infections nosocomiales indemnisés par les assureurs, qui représentent 17% des dossiers indemnisés, augmente depuis 3 ans pour atteindre cette année 78%, la part de l'ONIAM étant de 19%. Mais le montant indemnitaire global (144 millions d'euros) est supporté à 69% (taux qui augmente également depuis 3 ans) par les assureurs et à 28% par l'ONIAM.

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 91% des cas alors que dans les établissements de santé privés, la responsabilité des professionnels est majoritairement mise en cause

Les actes non fautifs (aléa) et les actes techniques fautifs correspondent à la majorité des natures des sinistres (respectivement 25% et 31% des cas), avec une baisse de la proportion d'aléas depuis le rapport précédent (29%).

Les délais entre acte, réclamation et règlement

61% des réclamations sont déposées durant l'année de l'acte mis en cause. Cette proportion s'accroît témoignant ainsi de la meilleure connaissance des victimes des voies qui leur sont offertes pour demander une indemnisation. En cumul, près de 75% des réclamations sont déposées dans les 2 ans qui suivent l'accident. Il reste cependant environ 11% de dossiers pour lesquels la réclamation a lieu 5 ans ou plus après l'acte.

23% des dossiers sont traités en moins de deux ans. 38% des dossiers clos ont été traités en plus de 5 ans sur l'ensemble des années 2009-2014, en hausse par rapport au cumul 2008-2013 (35%). Concernant l'ONIAM spécifiquement, 44% des dossiers ont été traités en moins de 2 ans, et 8% en plus de 5 ans, contre 5% dans le rapport 2014.

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 17% des dossiers présentent un écart supérieur à 10 ans, proportion similaire dans le précédent rapport.

Procédures amiables et procédures juridictionnelles

60% des dossiers, représentant 60% du montant indemnitaire global ont été réglés par voie amiable sur l'ensemble des années 2009-2014. De plus, le montant indemnitaire moyen par voie amiable est inférieur de 2% à celui des dossiers réglés par voie juridictionnelle, pourcentage inférieur à celui observé dans le rapport précédent (+10%), lui-même inférieur à celui de 2013 (16%).

La proportion de dossiers réglés à l'amiable varie selon leur origine. En effet, si près de 88% des dossiers ONIAM sont réglés par voie amiable sur l'ensemble des dossiers (taux en baisse depuis trois ans), la proportion de dossiers originaires des assureurs réglés par cette voie est de 51% (taux en progression de 5 points par rapport au cumul 2008-2013).

Avis des CCI

Pour les dossiers réglés par voie amiable, sur les six dernières années, 50% ont emprunté la voie des CCI. Ce taux est en constante diminution depuis plusieurs années (60% pour le rapport 2014 et 71% pour le rapport 2012). Ceci illustre la proportion croissante de ces dossiers faisant l'objet d'une transaction directe entre l'assureur et la victime.

Par ailleurs, la part des dossiers réglés en juridictionnel empruntant préalablement la voie des CCI (22%) augmente régulièrement depuis plusieurs années. Elle était de 20% dans le rapport 2014 et 13% dans le rapport 2012.

Professions et spécialités concernées

Le montant indemnitaire moyen se situe dans une fourchette comprise entre 35 000€ et 180 000€ (exclusion faite des disciplines dont le nombre de dossiers n'est pas significatif : pharmaciens). 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 2013.

Les montants indemnitaires les plus importants concernent les disciplines chirurgicales (hors obstétrique et chirurgie esthétique) avec un montant global de 673 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 119 000 €.

Dans les disciplines médicales :

- Le groupe anesthésie, réanimation, urgence et régulation avec un montant global de plus de 87 millions d'euros pour 559 dossiers présente un montant moyen de 155 872€ ;
- Pour les obstétriciens, on trouve 455 dossiers avec un montant global d'indemnité de plus de 61 millions d'euros, soit un montant moyen de 134 856 €.
- Les disciplines médicales sans actes invasifs avec un montant global de plus de 126 millions d'euros pour 994 dossiers présentent un montant moyen de près de 126 981 €.

Les professions de sage-femme et disciplines médicales avec actes invasifs ont un montant moyen respectivement de 178 814 € et 167 440 €. Toutefois, au vu du nombre de dossiers correspondant à ces professions, ces valeurs sont à prendre avec prudence.

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 plus de 116 000 € sans évolution significative.

La part du montant global d'indemnisation à la charge des assureurs (63% pour 70% des dossiers indemnisés) s'est accentuée depuis 3 ans.

Le coût moyen à la charge de la solidarité nationale reste cependant 1,7 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 50% du nombre de dossiers.

Au-dessus de 500 000 €,

- Les dossiers de plus de 500 000 € représentent 35% du montant global pour 3,6% des effectifs (337 dossiers)
- Les dossiers de plus d'un million d'euros représentent 22 % du montant global pour 1,3% des effectifs (122 dossiers)
- Les dossiers de plus de 2 millions d'euros représentent 10% du montant global pour 0,3% des effectifs (31 dossiers)

La répartition par tranche de montant est statistiquement stable.

TENDANCES ET ÉVOLUTION

Le nombre de dossiers indemnisés est globalement en diminution depuis 2009 avec toutefois un pic en 2010. 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 des dossiers indemnisés par l'ONIAM a baissé de 37% entre 2009 et 2010, puis se stabilise avec un pic en 2013.
- Le nombre de dossiers indemnisés par les assureurs chaque année connaît un pic en 2010. Toutefois il est difficile de se prononcer sur le niveau de 2013 à ce jour, car le nombre de dossiers remontés *a posteriori* par les assureurs est important.

Procédures amiables et procédures juridictionnelles

La proportion d'amiable, bien qu'irrégulière entre 2009 et 2014, s'établit autour de 65% d'amiable.

Nature du sinistre

Le taux d'actes techniques fautifs reste relativement stable, avec toutefois une baisse en 2011 (26% contre 31% en moyenne). Après une baisse de 2009 à 2011 (17%), le taux d'actes non fautifs augmente jusqu'en 2013 (à 24%).

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 69% des dossiers indemnisés en 2014.

Pour les disciplines médicales sans actes invasifs, on constate une baisse régulière depuis 2010 (13% en 2010 et 7% en 2014).

Montant global indemnisé

Le montant global annuel des indemnisations a connu une forte diminution en 2011, et à partir de 2012 une augmentation régulière.

Pour l'APHP, le montant moyen d'indemnisation est très irrégulier. Depuis la baisse en 2011, les assureurs voient ce montant augmenter jusqu'en 2013. En parallèle, le montant moyen pour l'ONIAM est plutôt régulier.

Le nombre de dossiers avec un montant global indemnisé supérieur à 2 millions d'euros se stabilise autour de 6 dossiers par an avec un creux de 2010 à 2011 (3 dossiers).

Dr Stéphane LANDAIS 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 2009 à 2014.

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 2013, cela concerne 681 dossiers, qui viennent donc mettre à jour certains résultats publiés dans le rapport précédent concernant les années 2008 à 2013.

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 :

- 255 dossiers avec un taux de prise en charge inférieur à 50%. Ces lignes ont été exclues du périmètre de l'étude,
- 174 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 8 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 2 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. 24 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 1 anomalie. Elle avait une année de réclamation inférieure à l'année de réalisation.

L'année de réclamation de l'acte en cause doit être inférieure ou égale à l'année d'indemnisation. L'exécution de ce test a révélé 1 anomalie. Elle avait une année de réclamation supérieure à l'année d'indemnisation.

De plus, chacune des années doit être inférieure ou égale à 2014. 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 2014. 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 n'a pas pu être effectué pour certains dossiers, faute de détail dans les fichiers fournis.

2.2.6. Volumétrie des données

Après le travail de prétraitement et de fiabilisation des données, la base de l'Observatoire contient 9 384 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.

931 dossiers possèdent une année de naissance de la victime inexploitable (dont 806 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.

500 dossiers ne sont pas renseignés sur l'avis des CCI. Cela représente environ 5% des dossiers de la base.

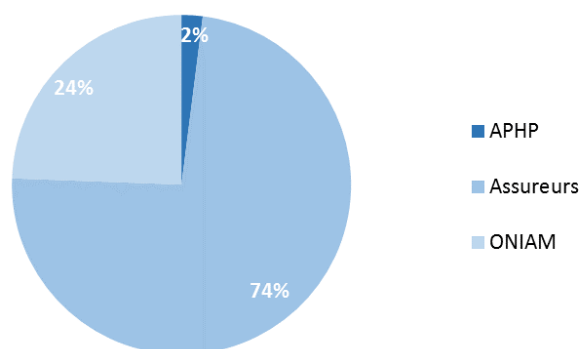
La variable « nature du sinistre » est inexploitable pour 389 dossiers (manquante ou erronée), soit un peu plus de 4% des dossiers.

3. Analyse globale des données

L'analyse des données est effectuée sur le cumul des données fiabilisées de la base de l'Observatoire, depuis 2009 jusqu'à fin 2014.

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 : 74%. Ce taux est en augmentation pour la 3ème année consécutive. La part des dossiers portés par les assureurs était de 67% pour le cumul des années 2006-2011.

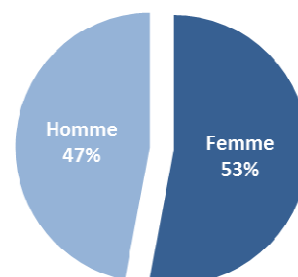


3.2. Analyse par effectifs

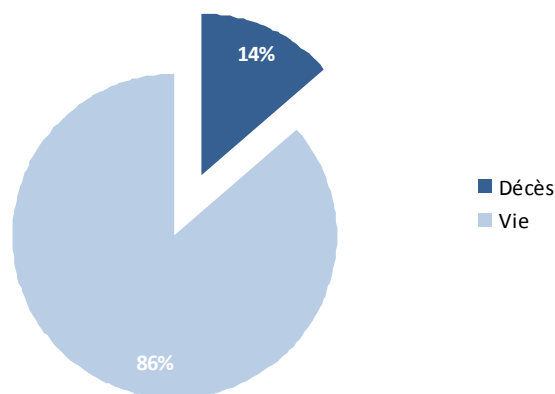
Il est à noter que le nombre total de dossiers peut varier selon la donnée d'analyse (par exemple, les spécialités concernées) compte tenu du nombre de dossiers renseignés sur celle-ci.

3.2.1. Répartition par sexe

53% des dossiers indemnisés entre 2009 et 2014 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).

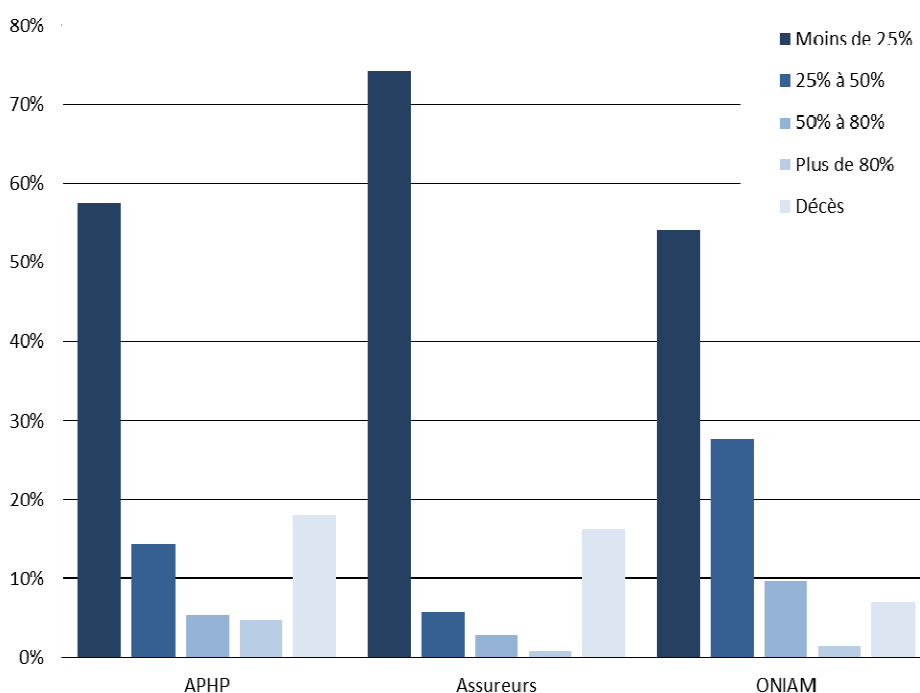


3.2.2. Répartition décès - non décès



1316 des 9377 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



Sur les années 2009-2014, 51% 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 3^{ème} année consécutive ; il était de 46% pour le rapport 2012.

Pour l'APHP, la proportion de dossiers correspondant à un décès ou à un taux d'AIPP compris entre 25 et 50% augmente depuis 3 ans (respectivement 14% et 8% pour le rapport 2013 contre 18% et 14% pour ce rapport), alors que la proportion de dossier correspondant à un taux d'AIPP supérieur à 80% diminue dans le même temps (15% en 2013 contre 5% pour ce rapport).

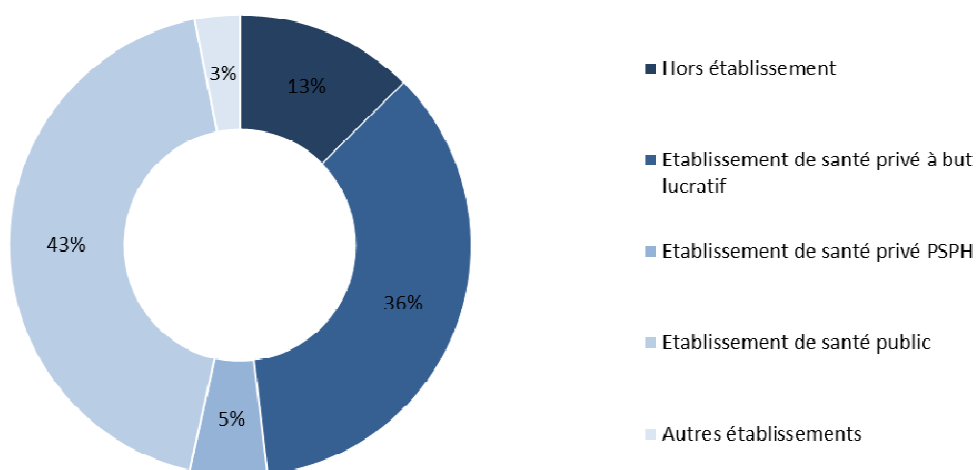
3.2.4. Répartition entre le type de structure de soin et taux d'AIPP

Hors établissement, le pourcentage de dossiers associés à un taux d'AIPP inférieur à 25% est nettement plus fort que la moyenne (76% contre 69% 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 (26% contre 17% au global).

Type établissement	Décès	<25%	=>25%	Total
Hors établissement	181	873	97	1151
	16%	76%	8%	13%
Etablissement de santé privé à but lucratif	256	2408	593	3257
	8%	74%	18%	36%
Etablissement de santé privé PSPH	62	304	130	496
	13%	61%	26%	5%
Etablissement de santé public	779	2449	742	3970
	20%	62%	19%	43%
Autres établissements	12	272	6	290
	4%	94%	2%	3%
Total	1290	6306	1568	9164
	14%	69%	17%	100%

A noter que le lieu de réalisation de l'acte est manquant ou erroné pour 220 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 :

61% des réclamations sont déposées durant l'année de l'acte mis en cause. Ce taux est stable depuis le rapport de 2013, alors qu'il était inférieur à 40% pour ceux de 2011 et 2012. En cumul, près de 75% des réclamations sont déposées dans les 2 ans qui suivent l'accident. Il reste cependant environ 11% de dossiers pour lesquels la réclamation a lieu 5 ans ou plus après l'acte.

- Ecart entre année de réclamation et année de règlement :

23% des dossiers sont réglés en deux ans ou moins. A noter que 38% des dossiers clos ont été traités en plus de 5 ans sur l'ensemble des années 2009-2014, contre 35% pour le cumul des années 2008-2013.

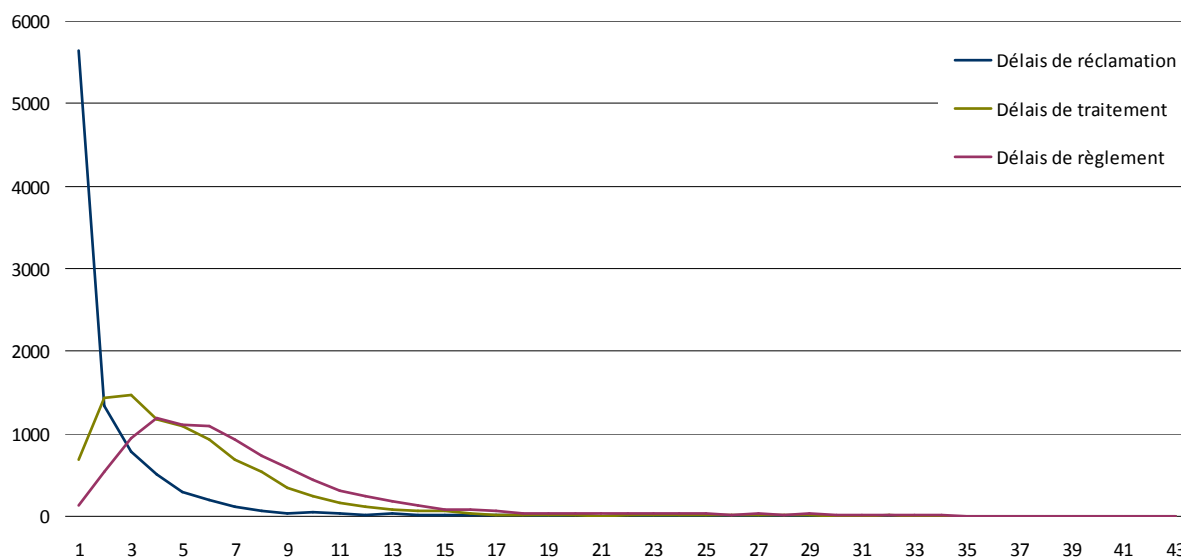
Concernant l'ONIAM spécifiquement, 44% des dossiers ont été traités en moins de 2 ans, et 8% en plus de 5 ans, contre 5% dans le rapport 2014.

- 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 17% des dossiers présentent un écart supérieur à 10 ans. Plusieurs raisons expliquent ce constat (délai du contentieux, délai de consolidation, etc.)

Délais entre acte, réclamation et règlement du dossier

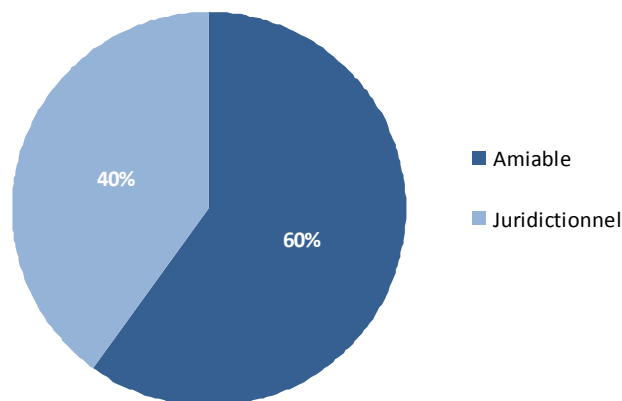


N.B. : Les données concernant les dates de réalisation de l'acte, de réclamation et de règlement du sinistre ne contiennent que les années et non les dates précises (avec le mois et le jour). De ce fait, les délais présentés ci-dessus sont calculés en années pleines. Ce mode de collecte, et par suite 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 indiquée 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 2009-2014. Pour la seule année 2014, le taux de règlements amiables est de 67%, 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 77 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 88% des dossiers ONIAM et 66% des dossiers APHP (contre 92% et 72% dans le rapport précédent, et 94% et 68% dans le rapport 2013) sont réglés par voie amiable sur l'ensemble des dossiers, la proportion de dossiers originaires des assureurs réglés par cette voie est de 51% (en progression de 5 points par rapport au cumul 2008-2013).

	Amiable		Juridictionnel		Global	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
APHP	125	66%	63	34%	188	2%
Assureurs	3451	51%	3380	49%	6831	73%
ONIAM	2007	88%	281	12%	2288	25%
Total	5583	60%	3724	40%	9307	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 55% 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, 50% ont emprunté la voie des CCI. Ce taux est en constante diminution depuis plusieurs années (60% pour le rapport 2014 et 71% pour le rapport 2012). Ceci est dû au développement des transactions directes amiables chez les assureurs.

Par ailleurs, la part des dossiers réglés en juridictionnel empruntant préalablement la voie des CCI (22%) augmente régulièrement depuis plusieurs années. Elle était de 20% dans le rapport 2014 et 13% dans le rapport 2012.

	Règlement	APHP	Assureurs	ONIAM	Global	Pourcentage
Amiable	Hors CCI	67	2618	4	2689	30%
	CCI	58	682	2003	2743	31%
	Sous-total	125	3300	2007	5432	61%
Juridictionnel	Hors CCI	57	2615	15	2687	30%
	CCI	6	489	253	748	8%
	Sous-total	63	3104	268	3435	39%
Total		188	6404	2275	8867	100%

A noter qu'on ignore si les CCI ont émis un avis ou non pour 500 des dossiers de la base d'étude, et que le mode de règlement est manquant ou erroné pour 77 d'entre eux; ainsi au croisement de ces deux axes 517 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 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 proportion de professionnel mis en cause augmente régulièrement depuis 2012 (67% dans ce rapport contre 62% dans le rapport 2012).

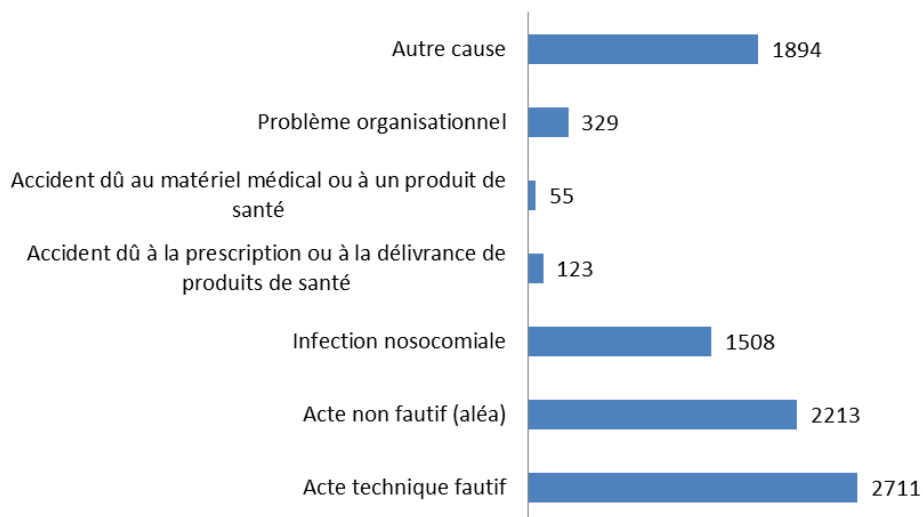
3.2.9. Nature du sinistre

3.2.9.1. Global

Les actes non fautifs (aléa) et les actes techniques fautifs correspondent à la majorité des natures des sinistres (respectivement 25% et 31% des dossiers) ; à noter la baisse de la proportion d'aléas depuis le rapport précédent (29%). Cependant la répartition aléa / faute varie selon l'année de clôture du dossier (cf. 4.2.3).

Les infections nosocomiales représentent près de 17% des dossiers.

Nature du sinistre en nombre de dossiers



A noter que la nature du sinistre est manquante ou erronée pour 389 des dossiers de la base d'étude. De plus 162 dossiers ont pour nature du sinistre un défaut d'information.

3.2.9.2. Par taux d'AIPP

Les actes non fautifs occasionnent moins de décès que la moyenne (7% contre 14%), mais engendrent davantage d'AIPP supérieur à 25% (33% contre 17%).

Les actes techniques fautifs et les infections nosocomiales engendrent davantage d'AIPP de taux inférieur à 25% (respectivement 74% et 78% contre 69%).

	Décès	<25%	=>25%
Acte technique fautif	389	2009	312
	14%	74%	12%
Acte non fautif (aléa)	145	1324	739
	7%	60%	33%
Infection nosocomiale	133	1170	204
	9%	78%	14%
Accident dû à la prescription ou à la délivrance de produits de santé	14	85	24
	11%	69%	20%
Accident dû au matériel médical ou à un produit de santé	2	43	10
	4%	78%	18%
Problème organisationnel	107	210	12
	33%	64%	4%
Autre cause	451	1206	237
	24%	64%	13%
Total	1241	6047	1538
	14%	69%	17%

A noter la nature du sinistre est manquante ou erronée pour 389 des dossiers de la base d'étude, que le taux d'AIPP est manquant ou erroné pour 8 d'entre eux; ainsi au croisement de ces deux axes 396 dossiers ne peuvent pas être analysés. De plus 162 dossiers ont pour nature du sinistre un défaut d'information.

3.2.10. Professions et spécialités concernées

3.2.10.1. 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	478	5,3%
Anesthésie, Réanimation*	20	0,2%
Urgence. Régulation*	61	0,6%
Anatomo-cytopathologiste	25	0,3%
Chirurgie plastique. & esthétique	242	2,7%
Chirurgien-dentiste	376	4,1%
Disciplines biologiques	50	0,5%
Disciplines chirurgicales (hors obstétrique et esthétique)	5636	61,9%
Disciplines médicales avec actes invasifs	94	1,0%
Disciplines médicales sans actes invasifs	994	10,9%
Infirmiers diplômés d'Etat	95	1,0%
Kinésithérapeute	29	0,3%
Obstétrique	455	5,0%
Pharmaciens	10	0,1%
Sage-femme	21	0,2%
Autres	520	5,7%
Total	9106	100%

A noter que la profession ou spécialité concernée est manquante ou erronée pour 275 des dossiers de la base d'étude. * correspond à la nouvelle nomenclature mise en application depuis l'année 2014.

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

3.2.10.2. Par taux d'AIPP

Les spécialités sage-femme, infirmiers diplômés d'Etat, anesthésie-réanimation-urgence-régulation, obstétrique, disciplines médicales avec ou sans actes invasifs et anatomo-cytopathologiste ont un taux de décès nettement supérieur à la moyenne (entre 48% et 24% contre 14%). Ce taux est difficilement généralisable pour les spécialités de sage-femme et anatomo-cytopathologiste à cause du faible nombre de dossiers dans la base d'étude.

Les spécialités de Chirurgie plastique et esthétique, Chirurgien-dentiste et kinésithérapeute ont plus de 90% de leurs dossiers ayant un taux d'AIPP inférieure à 25% (contre 69% en moyenne).

	Décès	<25%	=>25%
Anesthésie, Réanimation. Urgence. Régulation	154	245	78
	32%	52%	16%
Anesthésie, Réanimation*	13	5	2
	65%	25%	10%
Urgence. Régulation*	18	24	19
	30%	39%	31%
Anatomo-cytopathologiste	6	18	1
	24%	72%	4%
Chirurgie plastique. & esthétique	6	227	9
	2%	94%	4%
Chirurgien-dentiste	14	357	5
	4%	95%	1%
Disciplines biologiques	4	42	4
	8%	84%	8%
Disciplines chirurgicales (hors obstétrique et esthétique)	505	3969	1159
	9%	70%	21%
Disciplines médicales avec actes invasifs	23	61	10
	24%	65%	11%
Disciplines médicales sans actes invasifs	281	552	161
	28%	56%	16%
Infirmiers diplômés d'Etat	36	52	7
	38%	55%	7%
Kinésithérapeute	2	27	0
	7%	93%	0%
Obstétrique	138	265	51
	30%	58%	11%
Pharmaciens	1	7	2
	10%	70%	20%
Sage-femme	10	8	3
	48%	38%	14%
Autres	70	414	36
	13%	80%	7%
Total	1281	6273	1547
	14%	69%	17%

*A noter que la profession ou spécialité concernée est manquante ou erronée pour 275 des dossiers de la base d'étude, que le taux d'AIPP est manquant ou erroné pour 8 d'entre eux; ainsi au croisement de ces deux axes 283 dossiers ne peuvent pas être analysés. * correspond à la nouvelle nomenclature mise en application depuis l'année 2014.*

3.2.10.3. Par nature du sinistre

Un acte technique fautif est plus fréquemment rencontré pour les spécialités de chirurgien-dentiste, de chirurgie plastique et esthétique, de kinésithérapeute et disciplines médicales avec actes invasifs (respectivement 97%, 70%, 58% et 57%).

	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	167	91	14	7	6	31	151
	36%	19%	3%	2%	1%	7%	32%
Anesthésie, Réanimation*	7	3	0	0	0	0	10
	35%	15%	0%	0%	0%	0%	50%
Urgence. Régulation*	3	1	1	0	0	0	56
	4%	2%	2%	0%	0%	0%	92%
Anatomo-cytopathologiste	7	9	3	0	0	0	3
	32%	41%	14%	0%	0%	0%	14%
Chirurgie plastique. & esthétique	143	25	21	0	0	1	13
	70%	12%	10%	0%	0%	0%	6%
Chirurgien-dentiste	361	5	2	1	0	0	2
	97%	1%	1%	0%	0%	0%	1%
Disciplines biologiques	5	1	2	36	5	0	1
	10%	2%	4%	72%	10%	0%	2%
Disciplines chirurgicales (hors obstétrique et esthétique)	1309	1791	1242	24	19	105	983
	24%	33%	23%	0%	0%	2%	18%
Disciplines médicales avec actes invasifs	45	5	8	0	1	8	12
	57%	6%	10%	0%	1%	10%	15%
Disciplines médicales sans actes invasifs	315	140	68	41	16	48	295
	34%	15%	7%	4%	2%	5%	32%
Infirmiers diplômés d'Etat	10	16	6	0	1	5	55
	11%	17%	6%	0%	1%	5%	59%
Kinésithérapeute	11	0	0	0	1	4	3
	58%	0%	0%	0%	5%	21%	16%
Obstétrique	173	71	23	2	2	30	142
	39%	16%	5%	0%	0%	7%	32%
Pharmaciens	1	2	0	3	0	0	2
	13%	25%	0%	38%	0%	0%	25%
Sage-femme	8	1	0	0	0	2	10
	38%	5%	0%	0%	0%	10%	48%
Autres	102	33	91	3	3	88	145
	22%	7%	20%	1%	1%	19%	31%
Total	2667	2194	1481	117	54	322	1883
	31%	25%	17%	1%	1%	4%	22%

A noter la nature du sinistre est manquante ou erronée pour 389 des dossiers de la base d'étude, que la profession ou spécialité concernée est manquante ou erronée pour 275 d'entre eux; ainsi au croisement de ces deux axes 504 dossiers ne peuvent pas être analysés. De plus 162 dossiers ont pour nature du sinistre un défaut d'information. * correspond à la nouvelle nomenclature mise en application depuis l'année 2014.

3.3. Analyse financière

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 63% au montant global d'indemnisation, alors qu'ils représentent 74% des dossiers. Cette proportion est en augmentation depuis 2012 (53%) Le coût moyen d'indemnité versée par la solidarité nationale est d'environ 1,7 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. De plus le montant moyen des dossiers indemnisés par l'APHP a augmenté de 21% depuis le rapport précédent, confirmant une augmentation constatée les années passées.

Source	Effectif	Montant global	Pourcentage global	Coût moyen 2009-2014	Coût moyen 2014
APHP	188	19 578 517 €	2%	104 141 €	123 377 €
Assureurs	6905	684 028 671 €	63%	99 063 €	110 800 €
ONIAM	2291	387 658 878 €	36%	169 209 €	165 647 €
Total	9384	1 091 266 066 €	100%	116 290 €	126 305 €

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

Quel que soit l'origine du dossier, le nombre de dossiers décroît avec le montant d'indemnisation.

	APHP	Assureurs	ONIAM	Global	Pourcentage
<50 000 €	104	3809	785	4698	50,1%
<100 000 €	32	1626	612	2270	24,2%
<200 000 €	32	846	421	1299	13,8%
<300 000 €	10	267	190	467	5,0%
<400 000 €	3	111	86	200	2,1%
<500 000 €	1	63	49	113	1,2%
<1M €	4	121	90	215	2,3%
<2M €	2	43	46	91	1,0%
>2M €	0	19	12	31	0,3%
Total	188	6905	2291	9384	100,0%

Plus 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 13% du montant global pour plus de 50% du nombre de dossiers.

Les 31 dossiers de plus de 2 millions d'euros représentent 10% du montant global. Plus largement, les dossiers de plus d'un million d'euros représentent 22% des montants pour 1,3% des effectifs. Ces deux taux sont similaires à ceux du rapport précédent.

	APHP	Assureurs	ONIAM	Global	Pourcentage
<50 000 €	3 018 786 €	109 130 990 €	25 607 846 €	137 757 622 €	13%
<100 000 €	2 229 609 €	113 164 674 €	44 004 597 €	159 398 880 €	15%
<200 000 €	4 933 674 €	115 783 097 €	59 132 437 €	179 849 208 €	16%
<300 000 €	2 434 805 €	65 213 937 €	46 105 955 €	113 754 697 €	10%
<400 000 €	1 023 966 €	38 295 746 €	29 720 810 €	69 040 522 €	6%
<500 000 €	429 572 €	27 663 455 €	21 844 163 €	49 937 190 €	5%
<1M €	3 064 817 €	83 692 912 €	60 400 287 €	147 158 016 €	13%
<2M €	2 443 288 €	61 464 574 €	62 765 026 €	126 672 888 €	12%
>2M €	0 €	69 619 285 €	38 077 758 €	107 697 043 €	10%
Total	19 578 517 €	684 028 670 €	387 658 879 €	1 091 266 066 €	100%

3.3.4. Nature de l'indemnisation

3.3.4.1. Montant global

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

Le montant indemnitaire moyen réglé pour des dossiers juridictionnels est en augmentation. De plus, le montant indemnitaire global moyen des dossiers réglés par voie amiable est inférieur de 2% à celui des dossiers juridictionnels sur le cumul 2009-2014 alors qu'elle était supérieure de 10% dans le précédent rapport, et même de 16% dans le rapport 2013.

Société	Nature de l'indemnisation	Effectif	Montant global	Coût moyen
APHP	Amiable	125	10 087 532 €	80 700 €
	Juridictionnel	63	9 490 985 €	150 651 €
Assureurs	Amiable	3451	322 838 371 €	93 549 €
	Juridictionnel	3380	356 467 135 €	105 464 €
ONIAM	Amiable	2007	313 252 273 €	156 080 €
	Juridictionnel	281	73 621 290 €	261 997 €
Global	Amiable	5583	646 178 176 €	115 740 €
	Juridictionnel	3724	439 579 410 €	118 040 €
Total		9307	1 085 757 586 €	116 660 €

A noter que la nature de l'indemnisation est manquante ou erronée pour 77 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, avec une diminution des dossiers inférieurs à 50 000€ pour le juridictionnel (51% en 2014 et jusqu'à 57% en 2012 contre 49% dans ce rapport).

	Amiable		Juridictionnel		Global	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<50 000 €	2841	51%	1815	49%	4656	50%
<100 000 €	1333	24%	916	25%	2249	24%
<200 000 €	749	13%	542	15%	1291	14%
<300 000 €	284	5%	179	5%	463	5%
<400 000 €	114	2%	85	2%	199	2%
<500 000 €	60	1%	53	1%	113	1%
<1M €	125	2%	89	2%	214	2%
<2M €	59	1%	32	1%	91	1%
>2M €	18	0%	13	0%	31	0%
Total	5583	100%	3724	100%	9307	100%

A noter que la nature de l'indemnisation est manquante ou erronée pour 77 des dossiers de la base d'étude

	Amiable		Juridictionnel		Global	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<50 000 €	2841	61%	1815	39%	4656	100%
<100 000 €	1333	59%	916	41%	2249	100%
<200 000 €	749	58%	542	42%	1291	100%
<300 000 €	284	61%	179	39%	463	100%
<400 000 €	114	57%	85	43%	199	100%
<500 000 €	60	53%	53	47%	113	100%
<1M €	125	58%	89	42%	214	100%
<2M €	59	65%	32	35%	91	100%
>2M €	18	58%	13	42%	31	100%
Total	5583	60%	3724	40%	9307	100%

A noter que la nature de l'indemnisation est manquante ou erronée pour 77 des dossiers de la base d'étude

3.3.5. Montant par professions et spécialités concernées

Le montant moyen est de près de 117 000 € 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 plus de 673 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 119 419 €, comparable au montant moyen global.

Dans les disciplines médicales :

- Le groupe anesthésie, réanimation, urgence et régulation avec un montant global de plus de 87 millions d'euros pour 559 dossiers présente un montant moyen de 155 872€.
- Pour les obstétriciens, on trouve 455 dossiers avec un montant total d'indemnité de plus de 61 millions d'euros soit un montant moyen de 134 856 €.
- Les disciplines médicales sans actes invasifs avec un montant global de plus de 126 millions d'euros pour 994 dossiers présentent un montant moyen de 126 981 €.

Les professions de sage-femme et disciplines médicales avec actes invasifs ont un montant moyen respectivement de 178 814 € et 167 440 €. Toutefois, au vu du nombre de dossiers correspondant à ces professions, ces valeurs sont à prendre avec prudence.

NB : l'écart type mesure la dispersion d'une donnée. Son unité de mesure est celle de la moyenne (ici en euros). Plus sa valeur est importante par rapport à la moyenne, plus les valeurs des montants de dossiers seront dispersées par rapport à cette même moyenne.

	Effectif	Montant total	Montant moyen	Montant médian	Ecart type
Anesthésie, Réanimation. Urgence. Régulation	478	62 310 597 €	130 357 €	50 147 €	236 707 €
Anesthésie, Réanimation*	20	3 645 623 €	182 281 €	99 968 €	201 142 €
Urgence. Régulation*	61	21 176 092 €	347 149 €	51 180 €	1 114 362 €
Anatomo-cytopathologiste	25	2 258 126 €	90 325 €	48 188 €	88 645 €
Chirurgie plastique. & esthétique	242	18 211 906 €	75 256 €	34 838 €	248 503 €
Chirurgien-dentiste	376	13 520 368 €	35 958 €	25 623 €	46 469 €
Disciplines biologiques	50	3 962 101 €	79 242 €	61 460 €	63 841 €
Disciplines chirurgicales (hors obstétrique et esthétique)	5636	673 047 558 €	119 419 €	54 772 €	233 971 €
Disciplines médicales avec actes invasifs	94	15 739 374 €	167 440 €	49 402 €	700 176 €
Disciplines médicales sans actes invasifs	994	126 219 320 €	126 981 €	48 975 €	312 529 €
Infirmiers diplômés d'Etat	95	6 671 215 €	70 223 €	43 500 €	111 500 €
Kinésithérapeute	29	3 277 910 €	113 031 €	39 004 €	216 118 €
Obstétrique	455	61 359 657 €	134 856 €	45 640 €	472 477 €
Pharmaciens	10	1 258 152 €	125 815 €	57 393 €	133 829 €
Sage-femme	21	3 755 092 €	178 814 €	48 041 €	381 769 €
Autres	520	48 688 146 €	93 631 €	42 278 €	192 301 €
Total	9106	1 065 101 238 €	116 967 €		

*A noter que la profession ou spécialité concernée est manquante ou erronée pour 278 des dossiers de la base d'étude. * correspond à la nouvelle nomenclature mise en application depuis l'année 2014.*

Le montant médian, dont les valeurs varient entre 25 000 et 62 000 € selon les professions, est nettement inférieur au montant moyen. Cela révèle la présence de dossiers avec des montants importants (>1M€), en particulier pour l'obstétrique, les disciplines médicales avec actes invasifs, sage-femme et le groupe anesthésie, réanimation, urgence et régulation.

Les écarts-types de l'anesthésie, réanimation, urgence, régulation, de l'obstétrique, des disciplines médicales avec ou sans actes invasifs, des sage-femme 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'anatomocytologiste et les disciplines biologiques, 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	4	Etablissement	Urgence. Régulation	Autre cause	2004	2006	2014	2 709 246
Assureurs	2	Professionnel	Disciplines chirurgicales **	Acte technique fautif	1998	2001	2009	2 901 192
Assureurs	4	Etablissement	Urgence. Régulation	Autre cause	2002	2003	2013	3 447 072
Assureurs	2	Autre	Obstétrique	Acte technique fautif	1998	1998	2012	4 032 686
Assureurs	1	Professionnel	Disciplines médicales sans actes invasifs	Acte technique fautif	1993	1996	2010	4 647 850
Assureurs	3	Etablissement	Disciplines chirurgicales **	Acte technique fautif	2006	2007	2014	5 419 964
Assureurs	4	Etablissement	Urgence. Régulation	Autre cause	1994	1996	2014	7 809 458
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	Disciplines chirurgicales **	Acte technique fautif	2003	2005	2014	2 667 979
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	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 sans actes invasifs	Acte non fautif (aléa)	2002	2003	2012	3 028 056
ONIAM	4	Professionnel	Disciplines médicales avec actes invasifs	Acte non fautif (aléa)	2007	2008	2009	6 648 618
ONIAM	4	Etablissement	Chirurgie plastique. & esthétique	Acte non fautif (aléa)	2007	2009	2014	2 433 076
ONIAM	4	Etablissement	Disciplines chirurgicales **	Acte non fautif (aléa)	2003	2004	2014	2 624 998
ONIAM	2	Professionnel	Non renseigné	Acte non fautif (aléa)	2006	2006	2011	2 094 067
ONIAM	4	Etablissement	Disciplines médicales sans actes invasifs	Acte non fautif (aléa)	2003	2004	2011	3 963 387

* Lieu de l'acte en cause :

1 : Hors établissement

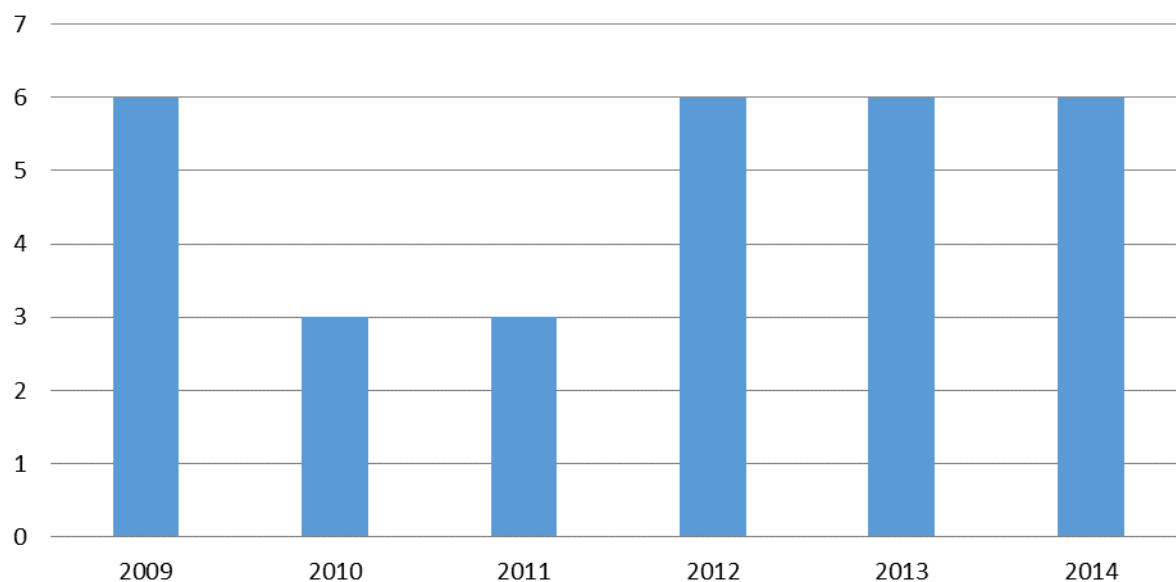
2 : Etablissement de santé privé à but lucratif

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

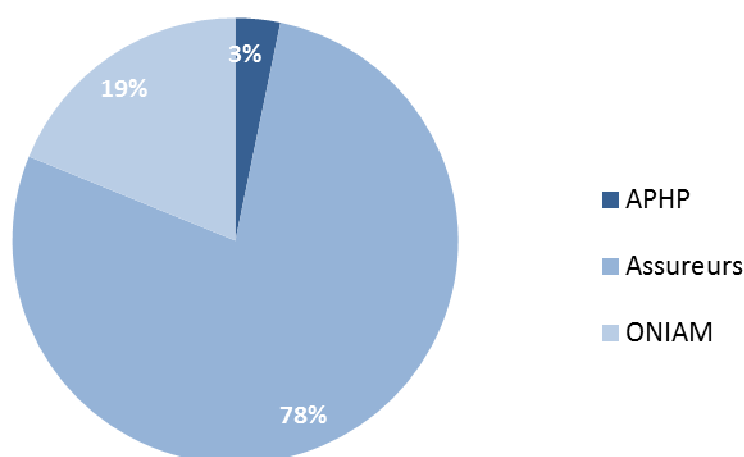


Le nombre de dossiers avec un montant global indemnisé supérieur à 2 millions d'euros montre une stabilisation autour de 6 dossiers par an avec un creux de 2010 à 2011 (3 dossiers).

3.4. Les infections nosocomiales

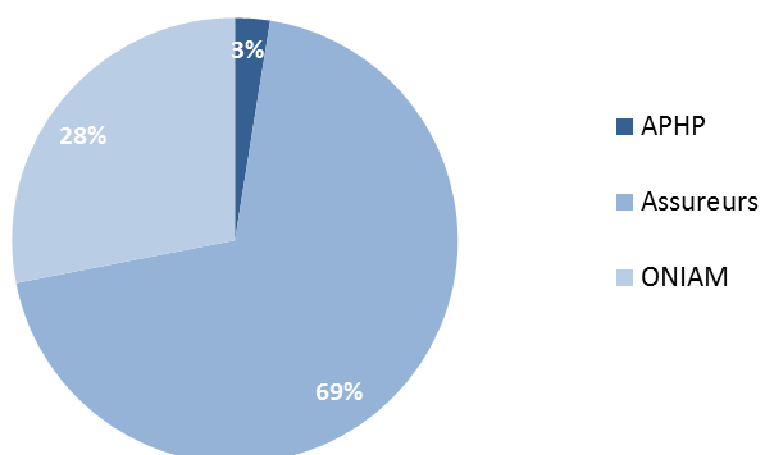
3.4.1. Répartition des effectifs par origine du dossier

Les infections nosocomiales représentent environ 17% des dossiers indemnisés de 2009 à 2014. La proportion de dossiers d'infections nosocomiales provenant des assureurs augmente depuis 2012 (73% contre 78% dans ce rapport), ce qui est logique au vu de l'évolution de la proportion de dossiers provenant des assureurs au global (toute nature du sinistre confondue). Les 1508 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 144 millions d'euros sur les dossiers indemnisés entre 2009 et 2014. La part d'indemnisation des dossiers d'infections nosocomiales provenant des assureurs augmente depuis 2012 (59% contre 69% dans ce rapport), ce qui est logique au vu de l'évolution de la part d'indemnisation des dossiers provenant des assureurs au global (toute nature du sinistre confondue). 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

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Global
APHP	28	26	43	27	43	21	188
	2%	1%	2%	2%	3%	2%	2%
Assureurs	1107	1519	1365	1124	1015 (571)	775	6905
	65%	80%	79%	76%	69%	70%	74%
ONIAM	559	352	317	337	419	307	2291
	33%	19%	18%	23%	28%	28%	24%
Total	1694	1897	1725	1488	1477	1103	9384

Le nombre de dossiers indemnisés est globalement très variable entre 2009 et 2014.

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 baisse de 37% entre 2009 et 2010, puis le nombre de dossiers se stabilise avec un pic en 2013.
- le nombre de dossiers indemnisés par les assureurs chaque année connaît un pic en 2010. Toutefois il est difficile de se prononcer sur le niveau de 2013 à ce jour, car le nombre de dossiers remontés *a posteriori* par les assureurs est important.

4.2. Analyse par effectifs

4.2.1. Taux d'AIPP et décès

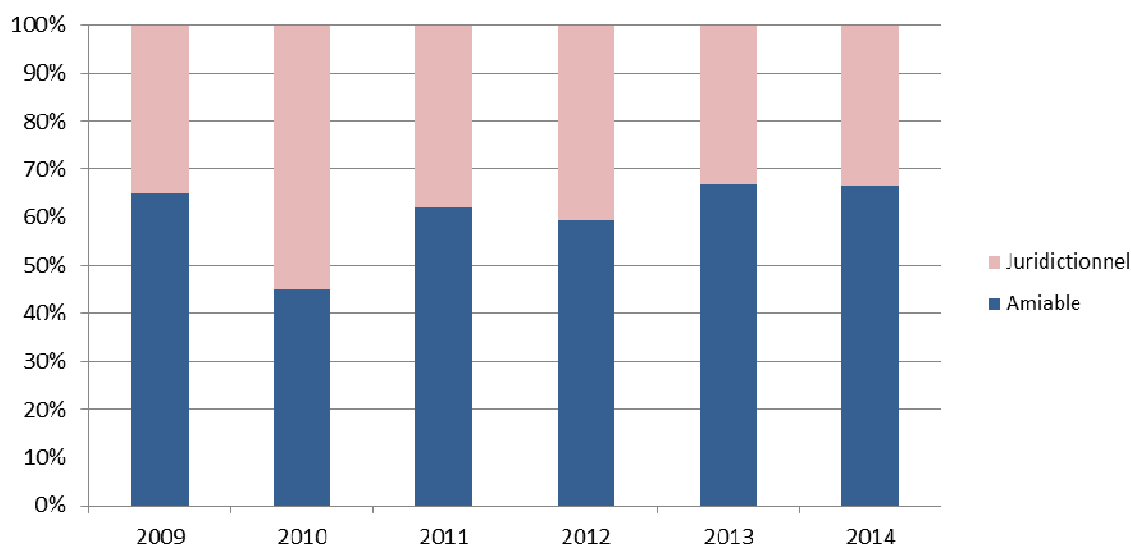
La proportion de dossiers avec un taux d'AIPP inférieur à 10% diminue depuis 2010 (57% en 2010 contre 48% en 2014), alors que la proportion de dossiers avec un taux d'AIPP compris entre 10 et 25% augmente durant cette même période (13% en 2010 contre 21% en 2014).

Attention : les nouvelles données qu'on reçoit chaque année se répartissent sur différentes années de règlement, mettant en évidence une évolution pouvant être contradictoire avec celle constatée lors de la comparaison des données au global des différents rapports. (cf. 3.2.3)

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 2009 et 2014, semble s'établir autour des 65% d'amiable.

Nature de l'indemnisation



4.2.3. Nature du sinistre

Le taux d'actes techniques fautifs reste relativement stable, avec toutefois une baisse en 2011 (26% contre 31% en moyenne).

Après une baisse de 2009 à 2011 (de 31% à 17%), le taux d'actes non fautifs augmente jusqu'en 2013 (à 24%).

La proportion des infections nosocomiales a connu un creux en 2011, suivi d'un retour vers les valeurs rencontrées auparavant (17%).

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Acte technique fautif	474	564	424	463	453	333	2711
	30%	32%	26%	33%	33%	32%	31%
Acte non fautif (aléa)	503	549	272	308	335	246	2213
	31%	31%	17%	22%	24%	24%	25%
Infection nosocomiale	293	383	236	221	230	145	1508
	18%	21%	14%	16%	17%	14%	17%
Accident dû à la prescription ou à la délivrance de produits de santé	50	32	9	12	10	10	123
	3%	2%	1%	1%	1%	1%	1%
Accident dû au matériel médical ou à un produit de santé	13	17	8	4	7	6	55
	1%	1%	0%	0%	1%	1%	1%
Problème organisationnel	88	69	64	52	35	21	329
	5%	4%	4%	4%	3%	2%	4%
Autre cause	183	171	617	329	317	277	1894
	11%	10%	38%	24%	23%	27%	21%
Total	1604	1785	1630	1389	1387	1038	8833

A noter que la nature du sinistre est manquante ou erronée pour 389 des dossiers de la base d'étude. De plus 162 dossiers ont pour nature du sinistre un défaut d'information.

4.2.4. 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 69% des dossiers indemnisés en 2014.

Pour les disciplines médicales sans actes invasifs, on constate une baisse régulière depuis 2010 (13% en 2010 et 7% en 2014).

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 indemnités a connu une forte diminution en 2011, et à partir de 2012 une augmentation régulière, avec peut-être une baisse en 2014 (à confirmer avec les données à venir). 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 un montant global stable avec un pic en 2010.

- Pour l'ONIAM, l'irrégularité des montants indemnisés chaque année ne permet pas de dégager une tendance statistique.

- 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.

Source	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Global
APHP	2 306 514 €	3 720 846 €	3 479 477 €	3 231 404 €	4 249 369 €	2 590 907 €	19 578 517 €
	1%	2%	2%	2%	2%	2%	2%
Assureurs	105 947 937 €	139 745 915 €	116 479 680 €	117 207 571 €	118 777 639 €	85 869 929 €	684 028 671 €
	53%	69%	68%	65%	60%	62%	63%
ONIAM	92 412 452 €	59 287 756 €	50 622 988 €	61 100 817 €	73 381 198 €	50 853 667 €	387 658 878 €
	46%	29%	30%	34%	37%	37%	36%
Total	200 666 903 €	202 754 517 €	170 582 145 €	181 539 792 €	196 408 206 €	139 314 503 €	1 091 266 066 €

4.3.2. Montant moyen annuel

L'analyse du montant moyen indemnisé chaque année montre une baisse jusqu'en 2011, suivie ensuite d'une augmentation jusqu'en 2013.

Pour l'APHP, le montant moyen d'indemnité est très irrégulier. En parallèle, le montant moyen pour l'ONIAM est plutôt régulier. Enfin pour les assureurs, après la baisse en 2011 du montant moyen, ce dernier augmente jusqu'en 2013.

Source	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Global
APHP	82 376 €	143 109 €	80 918 €	119 682 €	98 823 €	123 377 €	104 141 €
Assureurs	95 707 €	91 999 €	85 333 €	104 277 €	117 022 €	110 800 €	99 063 €
ONIAM	165 317 €	168 431 €	159 694 €	181 308 €	175 134 €	165 647 €	169 209 €
Total	118 457 €	106 882 €	98 888 €	122 003 €	132 978 €	126 305 €	116 290 €

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 2009 à 2014 se répartit comme suit :

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Global
APHP	12	5	8	9	10	5	49
	4%	1%	3%	4%	4%	3%	3%
Assureurs	222	329	186	171	167(108)	100	1175
	76%	86%	79%	77%	73%	69%	78%
ONIAM	59	49	42	41	53	40	284
	20%	13%	18%	19%	23%	28%	19%
Total	293	383	236	221	230	145	1508

La tendance de cette évolution suit celle du nombre de dossiers indemnisés toutes natures de sinistre confondues. La proportion de dossiers indemnisés pour des infections nosocomiales est de 17% des effectifs en 2009, puis connaît un pic important en 2010 avant d'osciller autour de 15%.

A noter le pic important du nombre de dossiers de source Assureurs en 2010.

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 2009 à 2014 se répartit comme suit :

Source	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Global
APHP	443 952 €	381 490 €	939 800 €	765 472 €	545 783 €	573 676 €	3 650 173 €
	2%	1%	4%	3%	2%	4%	3%
Assureurs	14 546 429 €	22 201 902 €	14 672 329 €	21 715 473 €	15 894 126 €	10 960 557 €	99 990 816 €
	62%	74%	66%	80%	62%	69%	69%
ONIAM	8 365 352 €	7 504 043 €	6 515 716 €	4 570 300 €	9 179 237 €	4 301 353 €	40 436 001 €
	36%	25%	29%	17%	36%	27%	28%
Total	23 355 733 €	30 087 435 €	22 127 845 €	27 051 245 €	25 619 146 €	15 835 586 €	144 076 990 €

Le montant global annuel pour des infections nosocomiales a augmenté entre 2009 et 2010. Une baisse importante est observée en 2011 principalement liée à une baisse observée au niveau des assureurs.

La part d'indemnisation pour les infections nosocomiales a augmenté dès 2009 pour diminuer à partir de 2012. En 2014, 11% du montant global d'indemnisation correspond aux infections nosocomiales.