



Rapport d'activité

2012

Années 2006 à 2011.

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.

SOMMAIRE

1. PRESENTATION GENERALE.....	6
2. PRESENTATION DES DONNEES	10
2.1. STRUCTURE DE LA BASE DE DONNEES	10
2.2. PRETRAITEMENT DES DONNEES.....	10
2.2.1. <i>Traitement des dossiers multi-indemnisés</i>	10
2.2.2. <i>Traitement des dossiers dupliqués</i>	10
2.2.3. <i>Validité des montants d'indemnisation</i>	11
2.2.4. <i>Règles de gestion</i>	11
2.2.5. <i>Tests de cohérence</i>	11
2.2.6. <i>Volumétrie des données</i>	11
2.2.7. <i>Données manquantes</i>	12
2.2.8. <i>Mise en œuvre d'un test statistique</i>	12
3. ANALYSE GLOBALE DES DONNEES.....	13
3.1. SOURCES D'INFORMATION.....	13
3.2. ANALYSE PAR EFFECTIFS	13
3.2.1. <i>Répartition par sexe</i>	13
3.2.2. <i>Répartition décès - non décès</i>	14
3.2.3. <i>Répartition des dossiers par taux d'AIPP</i>	14
3.2.4. <i>Répartition entre le type de structure de soin et taux d'AIPP</i>	15
3.2.5. <i>Délais entre acte, réclamation et règlement</i>	16
3.2.6. <i>Nature de l'indemnisation</i>	17
3.2.7. <i>Avis des CCI</i>	18
3.2.8. <i>Mises en cause</i>	18
3.2.9. <i>Circonstances du sinistre</i>	18
3.2.10. <i>Nature du sinistre</i>	19
3.2.11. <i>Professions et spécialités concernées</i>	20
3.3. ANALYSE FINANCIERE	21
3.3.1. <i>Montant global moyen par origine des dossiers</i>	21
3.3.2. <i>Répartition du nombre de dossiers par tranche de montants et origine des dossiers</i>	21
3.3.3. <i>Répartition du montant global par tranche et origine des dossiers</i>	22
3.3.4. <i>Nature de l'indemnisation</i>	22
3.3.5. <i>Montant par professions et spécialités concernées</i>	24
3.3.6. <i>Dossiers de plus de 2 Millions d'euros</i>	25
3.4. LES INFECTIONS NOSOCOMIALES.....	26
3.4.1. <i>Répartition des effectifs par origine du dossier</i>	26
3.4.2. <i>Répartition des montants par origine du dossier</i>	26
4. TENDANCES ET EVOLUTION.....	27
4.1. SOURCES D'INFORMATION.....	27
4.2. ANALYSE PAR EFFECTIFS	27
4.2.1. <i>Taux d'AIPP et décès</i>	27
4.2.2. <i>Nature de l'indemnisation</i>	28
4.2.3. <i>Circonstances du sinistre</i>	28
4.2.4. <i>Nature du sinistre</i>	28
4.2.5. <i>Professions et spécialités concernées</i>	29
4.3. ANALYSE FINANCIERE	29

4.3.1. Montant global annuel	29
4.3.2. Montant global moyen.....	30
4.3.3. Montant global et moyen : visualisation graphique.....	30
4.4. LES INFECTIONS NOSOCOMIALES.....	30
4.4.1. Evolution des effectifs par origine du dossier	30
4.4.2. Evolution des montants par origine du dossier.....	31

1. Présentation générale

Ce quatrième rapport concernant les années 2006 à 2011 dresse le tableau de plus de 7 300 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 2006 à 2011.

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, 247 dossiers ajoutés à l'analyse viennent ainsi mettre à jour certains résultats publiés dans le rapport précédent concernant les années 2006 à 2010.**

Parmi les 7 771 dossiers collectés ont été exclus du périmètre de l'étude 365 dossiers :

- 271 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)
- 89 dossiers inférieurs au seuil de 15 000 €
- 5 dossiers dupliqués dans la base.

Cette étude porte finalement sur 7 306 dossiers clos au cours des années 2006 à 2011 pour une charge globale de 821 154 359 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 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.

Dans le but de répondre à la question : “L'année 2011 se distingue-t-elle significativement du cumul des années 2006 à 2011 ?”, 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 2011 est différente du cumul des années 2006 à 2011”. 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 2011 est en ligne avec l'ensemble de la période 2006-2011.

Au fil des rapports une modification de la structure de la base de données a été suggérée par les membres de l'Observatoire Cependant une modification trop précoce ou trop fréquente de la structure de la base de données aurait présenté deux inconvénients de nature différente : le manque de visibilité en termes de tendances et d'évolution et la lourdeur des développements à apporter aux systèmes informatiques des fournisseurs de données. C'est la raison pour laquelle les quelques corrections envisagées ne porteront que sur les données recueillies en 2014.

ANALYSE GLOBALE DES ANNEES 2006 A 2011

La majorité des dossiers enregistrés dans la base de données de l'ORM est issue des assureurs : 67%. Simultanément le taux des dossiers issus de l'ONIAM est 31 %.

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

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

Les actes non fautifs (aléa) restent encore les plus nombreux (31% des dossiers), devant les actes techniques fautifs (29% des dossiers).

Les infections nosocomiales représentent 18% des dossiers indemnisés : dans 73% des dossiers par les assureurs et dans 22% des cas par l'ONIAM. Mais le montant indemnitaire global (99 millions d'euros) est supporté à 59% par les assureurs et à 38% par l'ONIAM.

Les délais entre acte, réclamation et règlement

Un peu moins de 40% des réclamations sont déposées durant l'année de l'acte mis en cause. En cumul, près de 78% 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.

Un peu plus du quart des dossiers sont réglés en moins de deux ans. 35% des dossiers clos ont été traités en plus de 5 ans sur l'ensemble des années 2006-2011, contre 26% pour le cumul des années 2006-2010.

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, contre 10% pour le cumul des années 2006-2010.

Procédures amiables et procédures judiciaires

62% des dossiers, représentant 68% du montant indemnitaire global ont été réglés par voie amiable sur l'ensemble des années 2006-2011 avec un montant indemnitaire global moyen par voie amiable 40% supérieur à celui des dossiers réglés par voie judiciaire.

La proportion de dossiers réglés à l'amiable varie selon leur origine. En effet, si près de 96% des dossiers ONIAM sont réglés par voie amiable sur l'ensemble des dossiers, « seulement » 46% des dossiers originaires des assureurs ont été réglés par cette voie.

Avis des CCI

Pour les dossiers réglés par voie amiable, sur les six dernières années environ 71% ont emprunté préalablement la voie des CCI contre 74 % pour les dossiers réglés entre 2006 et 2010.

Pour les dossiers réglés en judiciaire, un peu moins de 13% ont emprunté préalablement la voie des CCI, ce taux est stable par rapport au cumul des années précédentes.

Professions et spécialités concernées

Le montant indemnitaire global moyen se situe dans une fourchette comprise entre 41 000€ et 147 000€ (exclusion faite des disciplines dont le nombre de dossiers n'est pas significatif : sage-femme, pharmaciens et professions paramédicales). Il varie selon les professions et les spécialités mais compte-tenu des effectifs, ces variations doivent être considérées avec prudence. Les tendances observées sont dans la continuité de celles observées en 2010.

Les montants indemnitaires les plus importants concernent les disciplines chirurgicales hors obstétrique et chirurgie esthétique avec un montant global de 489 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'un peu plus de 113 000 €.

Dans les disciplines médicales :

- Le groupe anesthésie, réanimation, urgence et régulation avec un montant global de près de 68 millions d'euros pour 458 dossiers présente un montant moyen de près de 148 000 € ;
- Les autres disciplines médicales (hors biologie et anatomo-cytologie) avec un montant global de plus de 109 millions d'euros pour 832 dossiers présentent un montant moyen d'un peu moins de 132 000 €.

Pour les obstétriciens, on trouve 358 dossiers avec un montant global d'indemnité de près de 39 millions d'euros soit un montant moyen de près de 108 000 €.

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 1,6 millions d'euros par dossier en moyenne.

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 six dernières années, le montant global moyen est d'un peu plus de 112 000 € sans évolution significative.

La part des créances des organismes sociaux et assimilés dans le montant global (indemnités versées à la victime plus prise en charge des tiers-payeurs) était de près d'un tiers dans le précédent rapport. Le détail des années précédentes était déjà biaisé par un fort taux de dossiers exclus du calcul en raison des données manquantes. Pour les mêmes raisons cette part ne peut être chiffrée significativement dans le présent rapport.

La part du montant global d'indemnisation à la charge des assureurs (53%) s'est un peu accentuée et dépasse celle de la solidarité nationale (45%)

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 33% du montant global pour 3,5% des effectifs (253 dossiers)
- Les dossiers de plus d'un million d'euros représentent 19 % du montant global pour 1,2% des effectifs (86 dossiers)
- Les dossiers de plus de 2 millions d'euros représentent 8% du montant global pour 0,3% des effectifs (20 dossiers)

La répartition par tranche de montant est statistiquement stable.

TENDANCES ET EVOLUTION

Le nombre de dossiers indemnisés est globalement en augmentation depuis 2006 et semble se stabiliser sur 2011. Cependant, cette variation n'est pas identique selon les sources des dossiers.

Les dossiers indemnisés par l'APHP se stabilisent après une forte augmentation en 2007 suivie d'une baisse mais le nombre de dossiers concernés influence peu la tendance globale.

Le nombre de dossiers indemnisés par l'ONIAM entre 2006 et 2009 a subi une croissance très forte. Cependant en 2010 le nombre des dossiers indemnisés a baissé de plus de 30% par rapport à 2009. Le nombre de dossier en 2011 est stable par rapport à 2010.

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, d'autant que le nombre de dossiers remontés *a posteriori* par les assureurs est important, il est donc difficile de se prononcer sur le niveau de 2011 à ce jour.

Procédures amiables et procédures juridictionnelles

Le rapport amiable / juridictionnel, bien qu'irrégulier entre 2006 et 2011, semble s'établir autour des 70% d'amiable.

Circonstance du sinistre

La proportion de dossiers indemnisés pour des actes de soin, qui reste de loin la première cause d'accident, semble en faible recul après une hausse importante de 2006 à 2008. La proportion des actes de diagnostic qui a diminué de 2006 et 2009 se stabilise autour des 9%.

Nature du sinistre

Le taux d'actes techniques fautifs reste relativement stable. L'année 2011 présente toutefois un taux sensiblement plus faible que les autres années (25% contre 29% en moyenne). Après un palier élevé en 2009 et 2010, le nombre de dossiers indemnisés pour actes non fautifs est statistiquement inférieur à la moyenne des actes non fautifs sur les 6 ans.

La proportion des infections nosocomiales indemnisées reste statistiquement stable sur les 6 années considérées, entre 18 et 21% des dossiers (en effectifs). Cependant, on note une légère augmentation du taux au cours de l'année 2010 et une forte baisse en 2011.

Professions et spécialités concernées

Les spécialités chirurgicales hors obstétrique et esthétique, qui représentent plus de la moitié des dossiers indemnisés, avaient accentué leur prédominance, représentant plus de 60% des dossiers indemnisés en 2008 et 2009. Cette proportion progresse en 2011 (à 64%).

Montant global indemnisé

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

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 décroissante. De même, la tendance croissante qui s'est dessinée sur le montant total indemnisé par l'ONIAM n'est pas confirmée à partir de 2010. En parallèle, le montant moyen versé par l'ONIAM pour chaque dossier reste assez stable entre 2007 et 2011 (à noter le montant atypique de 2009).

Le nombre de dossiers avec un montant global indemnisé supérieur à 2 millions d'euros (1 à 3 par an) s'est élevé à 9 en 2007.

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 2011.

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 2010, cela concerne 247 dossiers, qui viennent donc mettre à jour certains résultats publiés dans le rapport précédent concernant les années 2006 à 2010.

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 :

- 271 dossiers avec un taux de prise en charge inférieur à 50%. Ces lignes ont été exclues du périmètre de l'étude,
- 404 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 20 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 toujours 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. 89 dossiers ont été exclus à ce titre.

2.2.4. Règles de gestion

Atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychologique 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'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 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 2011. 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 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 2011. L'exécution de ce test n'a révélé aucune anomalie.

- Tests sur le montant indemnitaire global réglé

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

2.2.6. Volumétrie des données

Après le travail de prétraitement et de fiabilisation des données, la base de l'Observatoire contient 7306 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 moins de 1% de données manquantes en nombre de dossier. A noter toutefois que la structure de l'enquête a été modifiée pour la partie Assureurs engendrant un nombre de données manquantes plus important qu'auparavant.

769 dossiers possèdent une année de naissance de la victime inexploitable (dont 626 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.

La variable « taux d'AIPP » contient 337 données manquantes. Cela représente environ 5% des dossiers de la base.

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

La variable « nature du sinistre » est inexploitable pour 222 dossiers (manquante ou erronée), soit un peu plus de 3% des dossiers.

2.2.8. Mise en œuvre d'un test statistique

Dans le but de répondre à la question suivante : "l'année 2011 se distingue-t-elle significativement du cumul des années 2006 à 2011 ?", un test statistique a été mis en œuvre lorsque les données le permettent.

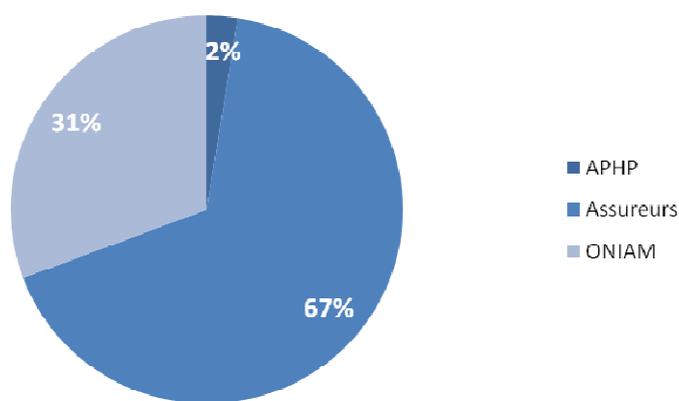
Le principe de ce test est d'attribuer une probabilité "d'avoir raison" lorsque l'on affirme que "la seule année 2011 est différente du cumul des années 2006 à 2011". Il a été décidé d'accepter le fait que l'année est significativement différente du cumul lorsque la probabilité d'avoir raison est d'au 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 2011.

3.1. Sources d'information

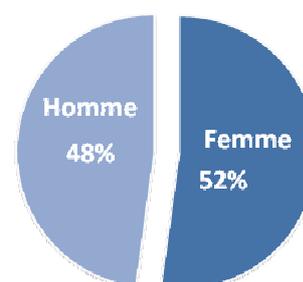
Comme c'était le cas lors de la création de l'Observatoire, la majorité des dossiers enregistrés dans les bases de données de l'ORM sont issus des assureurs : 67%. Ce taux est en augmentation par rapport au cumul des années 2006-2010, pour lequel la proportion des dossiers portés par les assureurs était de 63%.



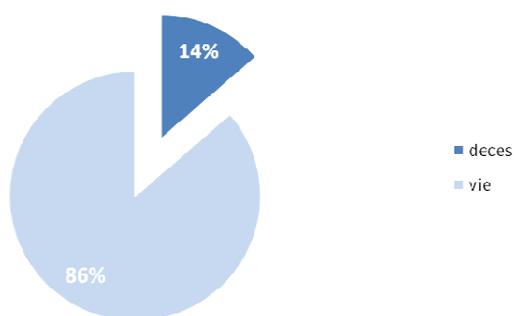
3.2. Analyse par effectifs

3.2.1. Répartition par sexe

52,3% des dossiers indemnisés entre 2006 et 2011 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

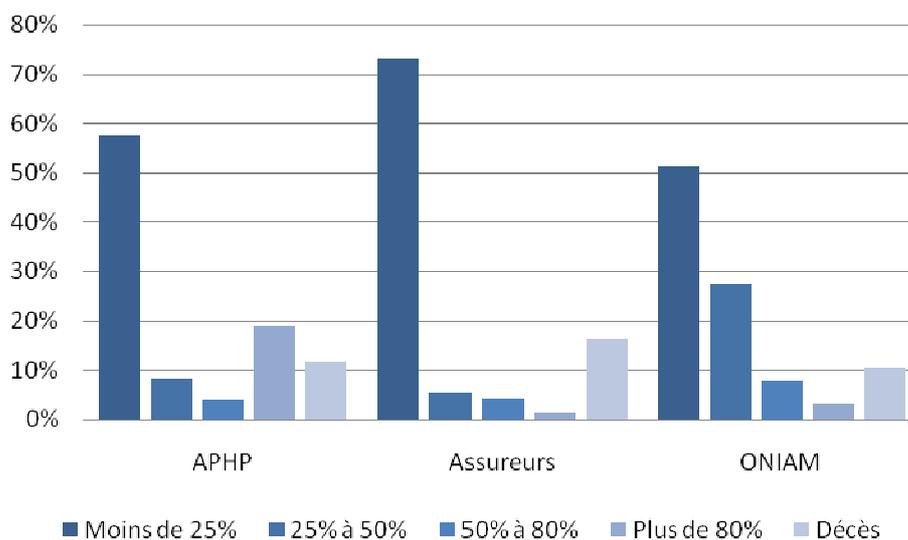


993 des 7 298 dossiers de l'Observatoire concernent une victime décédée des suites de l'accident médical. Ce taux est statistiquement stable par rapport au cumul des années 2006-2010.

3.2.3. Répartition des dossiers par taux d'AIPP

Sur les années 2006-2011, 46% des dossiers concernent des accidents ayant provoqué un taux d'AIPP inférieur à 10%. Ce taux est stable par rapport au cumul des années 2006-2010.

Répartition des dossiers par taux d'AIPP



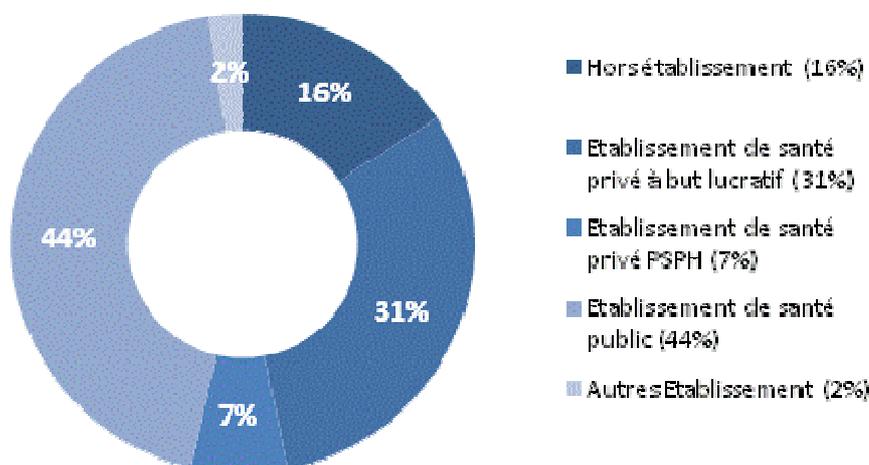
3.2.4. Répartition entre le type de structure de soin et taux d'AIPP

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 (77% 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%.

	Décès	<25%	=> 25%	Total
Hors établissement	166	871	97	1134
	15%	77%	9%	100%
Etablissement de santé privé à but lucratif	223	1497	510	2230
	10%	67%	23%	100%
Etablissement de santé privé PSPH	49	267	146	462
	11%	58%	32%	100%
Etablissement de santé public	545	1758	644	2947
	18%	60%	22%	100%
Autres Etablissement	9	144	11	164
	5%	88%	7%	100%
Total	992	4537	1408	6937
	14%	65%	20%	100%

A noter que le lieu de réalisation de l'acte est manquant ou erroné pour 34 des dossiers de la base d'étude, que l'issue et le taux d'AIPP sont manquants ou erronés pour 337 d'entre eux=> au croisement de ces deux axes 369 dossiers ne peuvent pas être analysés



3.2.5. Délais entre acte, réclamation et règlement

- Ecart entre année de réalisation et année de réclamation

Un peu moins de 40% des réclamations sont déposées durant l'année de l'acte mis en cause. En cumul, près de 78% 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

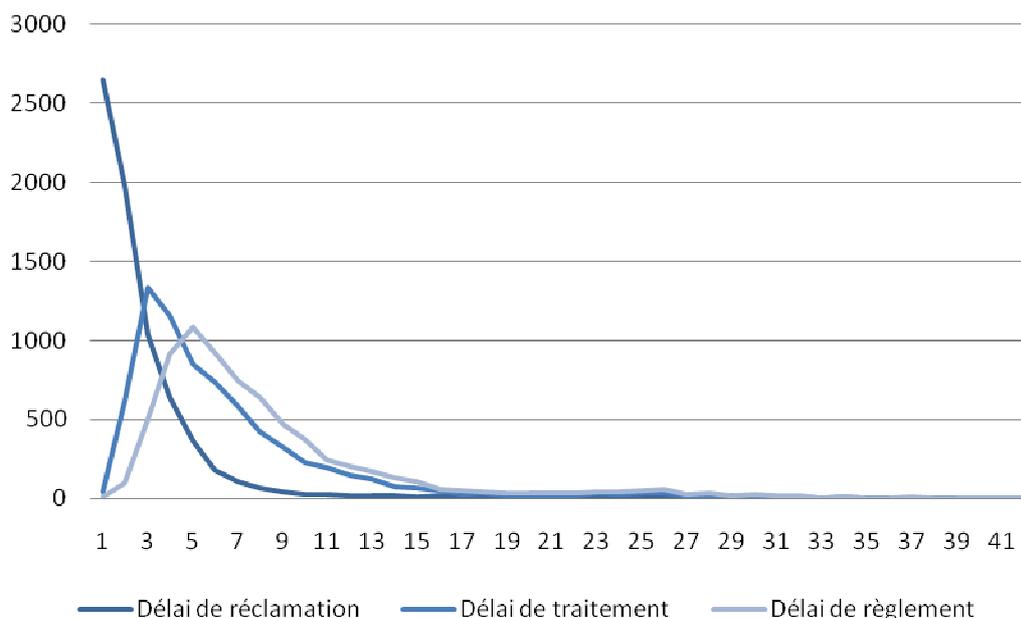
Un peu plus du quart des dossiers sont réglés en moins de deux ans. A noter que 35% des dossiers clos ont été traités en plus de 5 ans sur l'ensemble des années 2006-2011, contre 26% pour le cumul des années 2006-2010.

- 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 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.

Délais entre acte, réclamation et règlement du dossier

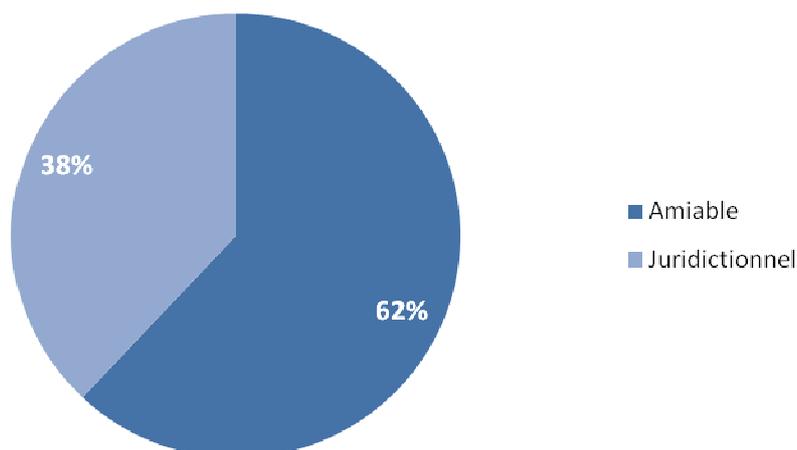


N.B. : Les données concernant les dates de réalisation de l'acte, de réclamation et de règlement du sinistre ne contiennent que les années et non les dates précises (avec le mois et le jour). De ce fait, les délais présentés ci-dessus sont calculés en années pleines. Ce mode de collecte, et par suite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

3.2.6. Nature de l'indemnisation

3.2.6.1. Global

Environ 62% des dossiers (en nombre) ont été réglés par voie amiable sur l'ensemble des années 2006-2011. Pour la seule année 2011, le taux de règlements amiables est de 64%, en ligne avec le taux observé sur l'ensemble de la période.



A noter que la nature de l'indemnisation est manquante ou erronée pour 41 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 96% des dossiers ONIAM sont réglés par voie amiable sur l'ensemble des dossiers, « seulement » 46% des dossiers originaires des assureurs ont été réglés par cette voie.

	Amiable		Juridictionnel		Global	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
APHP	125	67%	61	33%	186	3%
Assureurs	2239	46%	2598	54%	4837	67%
ONIAM	2142	96%	100	4%	2242	31%
Total	4506	62%	2759	38%	7265	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 58% des dossiers contre 62% 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 64%.

3.2.7. Avis des CCI

Pour les dossiers réglés par voie amiable, sur les six dernières années 71% ont emprunté préalablement la voie des CCI contre 74 % pour les dossiers réglés entre 2006 et 2010 suite à une baisse importante du nombre de dossiers amiables passés préalablement par la voie des CCI à partir de 2010.

Pour les dossiers réglés en juridictionnel, un peu moins de 13% ont emprunté préalablement la voie des CCI, ce taux est stable par rapport à 2010.

	Règlement	APHP	Assureurs	ONIAM	Global	Pourcentage
Amiable	Hors CCI	66	1167	12	1245	18%
	CCI	55	909	2130	3094	45%
	Sous-total	121	2076	2142	4339	64%
Juridictionnel	Hors CCI	54	2057	19	2130	31%
	CCI	4	265	68	337	5%
	Sous-total	58	2322	87	2467	36%
Total		179	4398	2229	6806	100%

A noter que l'avis des CCI est manquant ou erroné pour 492 des dossiers de la base d'étude, que le mode de règlement est manquant ou erroné pour 41 d'entre eux=> au croisement de ces deux axes 500 dossiers ne peuvent pas être analysés

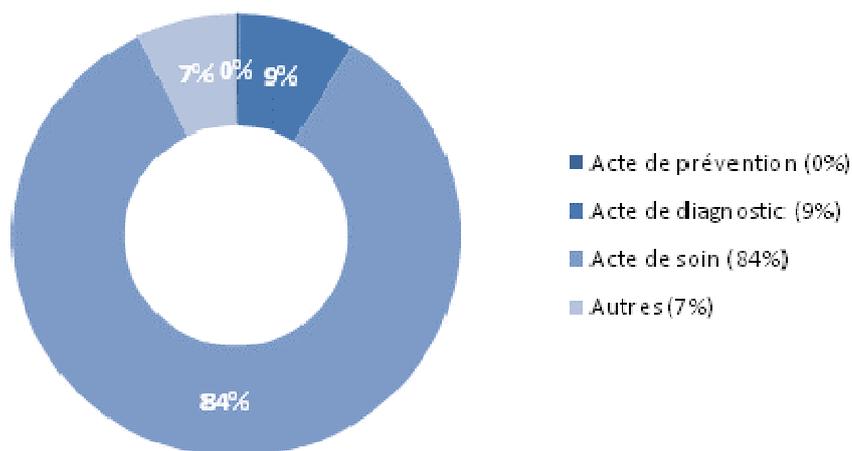
3.2.8. Mises en cause

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 responsabilité des professionnels est majoritairement mise en cause (62% des dossiers sur l'ensemble des établissements privés).

3.2.9. Circonstances du sinistre

Les actes de soin sont naturellement très nettement la première cause d'accidents (environ 84% des cas).

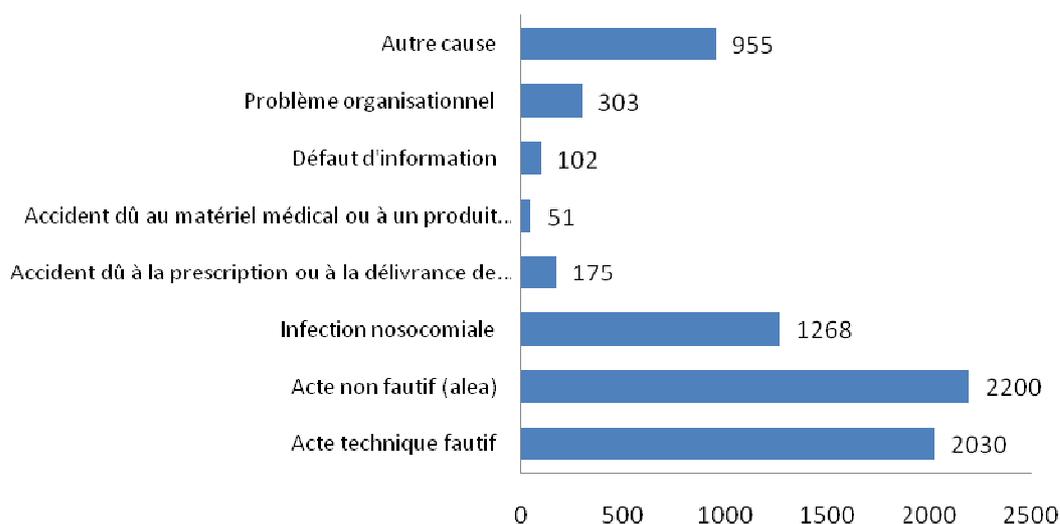


3.2.10. Nature du sinistre

Les actes non fautifs (aléa) sont plus nombreux que les actes fautifs (2200 dossiers en aléa, soit 31% des dossiers, contre 2030 actes techniques fautifs, soit 29% des dossiers). Cependant la répartition aléa / faute varie selon l'année de clôture du dossier (cf. 4.2.5).

Les infections nosocomiales représentent près de 18% des dossiers.

Nature du sinistre en nombre de dossiers



A noter que la nature du sinistre est manquante ou erronée pour 222 des dossiers de la base d'étude

3.2.11. Professions et spécialités concernées

En nombre de dossiers, les disciplines chirurgicales sont de loin les premières sources de dossiers indemnisés (près de 60% des dossiers).

	Effectif	Pourcentage
Anesthésie, Réanimation, Urgence, Régulation	458	6,36%
Anatomo-cytopathologiste	25	0,35%
Chirurgie plastique, & esthétique	166	2,31%
Chirurgien-dentiste	248	3,45%
Disciplines biologiques	65	0,90%
Disciplines chirurgicales (hors obstétrique et esthétique)	4 312	59,92%
Disciplines médicales	832	11,56%
Infirmiers diplômés d'Etat	56	0,78%
Kinésithérapeute	23	0,32%
Obstétrique	358	4,97%
Pharmaciens	7	0,10%
Professions paramédicales	6	0,08%
Sage-femme	8	0,11%
Autres	632	8,78%
Total	7196	100%

A noter que la profession ou spécialité concernée est manquante ou erronée pour 110 des dossiers de la base d'étude

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

3.3. Analyse financière

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

Source	Effectif	Global	Montant moyen 2006-2011	Pourcentage global	Montant moyen 2011
APHP	186	14 548 281 €	78 217 €	2%	70 321 €
Assureurs	4875	434 335 934 €	89 095 €	53%	76 180 €
ONIAM	2245	372 270 144 €	165 822 €	45%	159 694 €
Total	7306	821 154 359 €	112 395 €	100%	98 234 €

Le montant moyen de l'année 2011 est significativement stable pour l'ONIAM et les assureurs.

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

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

	APHP	Assureurs	ONIAM	Global
<50 000 €	121	2 887	730	3 738
<100 000 €	30	1 076	634	1 740
<200 000 €	19	529	409	957
<300 000 €	8	169	188	365
<400 000 €	3	58	99	160
<500 000 €	2	41	50	93
<1M €	2	80	85	167
<2M €	1	26	39	66
>2M €	.	9	11	20
Total	186	4 875	2 245	7 306

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 €.

3.3.3. 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 un peu plus de 50% du nombre de dossiers.

Les 20 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% des montants pour 1% des effectifs. Pour le cumul des années 2006-2010, ces deux taux étaient respectivement de 19,1% et 1,2%. Ils sont statistiquement stables.

	APHP	Assureurs	ONIAM	Global	Pourcentage
<50 000 €	3 318 575 €	80 259 603 €	23 740 796 €	107 318 974 €	13%
<100 000 €	2 096 070 €	74 341 443 €	45 327 873 €	121 765 386 €	15%
<200 000 €	2 712 857 €	72 324 537 €	57 501 097 €	132 538 491 €	16%
<300 000 €	1 947 417 €	41 264 270 €	46 232 721 €	89 444 408 €	11%
<400 000 €	1 035 923 €	20 193 379 €	34 034 097 €	55 263 399 €	7%
<500 000 €	825 758 €	17 735 847 €	22 375 584 €	40 937 189 €	5%
<1M €	1 508 976 €	56 802 859 €	58 567 054 €	116 878 889 €	14%
<2M €	1 102 705 €	36 694 866 €	51 097 247 €	88 894 818 €	11%
>2M €	0 €	34 719 130 €	33 393 675 €	68 112 805 €	8%
Total	14 548 281 €	434 335 934 €	372 270 144 €	821 154 359 €	100%

3.3.4. Nature de l'indemnisation

3.3.4.1. Montant global

68% du montant indemnitaire global versé est réglé par voie amiable. En effectifs, les dossiers amiables représentent 62% 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.

	Effectif	Global	Montant moyen
Amiable	4 506	558 699 542 €	123 990 €
Juridictionnel	2 759	259 312 013 €	93 988 €
Total	7 265	818 011 555 €	217 978 €

A noter que la nature de l'indemnisation est manquante ou erronée pour 41 des dossiers de la base d'étude

3.3.4.2. Nombre de dossiers par tranche de montants

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

	Amiable		Juridictionnel		Global	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<50 000 €	2 146 €	48%	1 570 €	57%	3 716 €	51%
<100 000 €	1 102 €	24%	629 €	23%	1 731 €	24%
<200 000 €	631 €	14%	319 €	12%	950 €	13%
<300 000 €	265 €	6%	98 €	4%	363 €	5%
<400 000 €	113 €	3%	47 €	2%	160 €	2%
<500 000 €	65 €	1%	28 €	1%	93 €	1%
<1M €	118 €	3%	48 €	2%	166 €	2%
<2M €	51 €	1%	15 €	1%	66 €	1%
>2M €	15 €	0%	5 €	0%	20 €	0%
Total	4 506 €	100%	2 759 €	100%	7 265 €	100%

A noter que la nature de l'indemnisation est manquante ou erronée pour 41 des dossiers de la base d'étude

3.3.5. Montant par professions et spécialités concernées

Le montant moyen est d'un peu plus de 113 000€. 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 proche de 489 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 113 000€.

Dans les disciplines médicales :

- Le groupe anesthésie, réanimation, urgence et régulation avec un montant global de près de 68 millions d'euros pour 458 dossiers présente un montant moyen de près de 148 000€ ;
- Les autres disciplines médicales (hors biologie et anatomo-cytologie) avec un montant global d'un peu moins de 110 millions d'euros pour 832 dossiers présentent un montant moyen d'environ 132 000€.

Pour les obstétriciens, on trouve 358 dossiers avec un montant global d'indemnité de près de 39 millions d'euros soit un montant moyen de 108 000€.

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 1,6 millions d'euros par dossier en moyenne.

Les tendances observées sont dans la continuité de celles observées en 2010.

	Effectif	Global	Montant moyen
Anesthésie, Réanimation, Urgence, Régulation	458	67 701 644 €	147 820 €
Anatomo-cytopathologiste	25	2 255 554 €	90 222 €
Chirurgie plastique, & esthétique	166	11 466 033 €	69 072 €
Chirurgien-dentiste	248	10 141 452 €	40 893 €
Disciplines biologiques	65	5 092 132 €	78 340 €
Disciplines chirurgicales (hors obstétrique et esthétique)	4 312	488 998 883 €	113 404 €
Disciplines médicales	832	109 509 636 €	131 622 €
Infirmiers diplômés d'Etat	56	4 442 608 €	79 332 €
Kinésithérapeute	23	1 591 488 €	69 195 €
Obstétrique	358	38 611 907 €	107 854 €
Pharmaciens	7	542 102 €	77 443 €
Professions paramédicales	6	307 143 €	51 191 €
Sage-femme	8	12 633 565 €	1 579 196 €
Autres	632	60 646 719 €	95 960 €
Total	7 196	813 940 866 €	113 110 €

A noter que la profession ou spécialité concernée est manquante ou erronée pour 110 des dossiers de la base d'étude

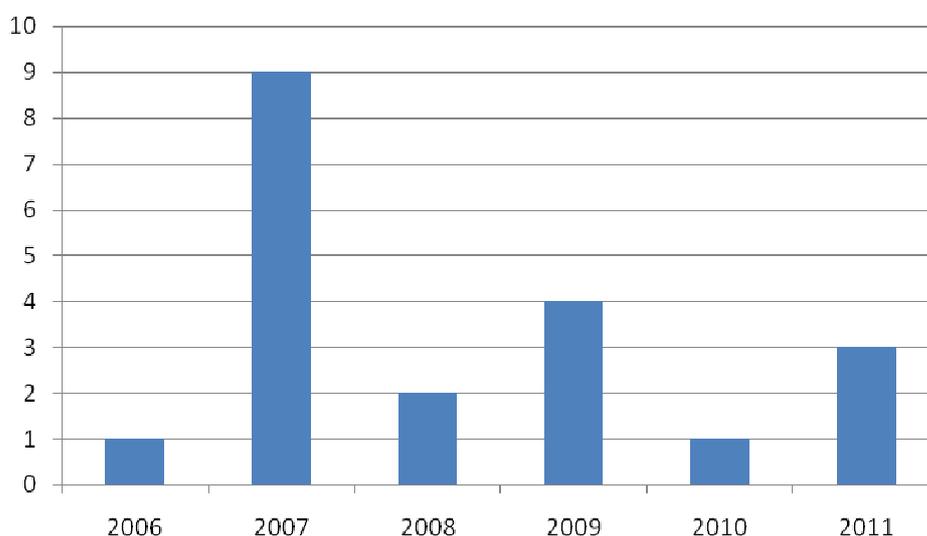
3.3.6. Dossiers de plus de 2 Millions d'euros

On dénombre 3 dossiers concernant la profession « sage-femme » parmi les 20 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 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%
ONIAM	Etablissement de santé privé à but lucratif	Etablissement	Disciplines chirurgicales (hors obstétrique et esthétique)	Acte non fautif (alea)	2003	2003	2008	2 117 610
ONIAM	Etablissement de santé public	Etablissement	Disciplines chirurgicales (hors obstétrique et esthétique)	Acte non fautif (alea)	2003	2004	2007	2 620 798
ONIAM	Etablissement de santé public	Etablissement	Anesthésie, Réanimation, Urgence, Régulation	Acte non fautif (alea)	2001	2003	2007	2 776 692
ONIAM	Etablissement de santé public	Professionnel	Disciplines chirurgicales (hors obstétrique et esthétique)	Acte non fautif (alea)	2003	2004	2009	2 263 630
ONIAM	Etablissement de santé public	Etablissement	Disciplines chirurgicales (hors obstétrique et esthétique)	Acte non fautif (alea)	2002	2003	2007	2 121 579
ONIAM	Etablissement de santé privé à but lucratif	Professionnel	Disciplines chirurgicales (hors obstétrique et esthétique)	Acte non fautif (alea)	2000	2005	2007	2 918 652
ONIAM	Hors établissement	Professionnel	Disciplines médicales	Acte non fautif (alea)	2004	2005	2008	3 154 955
ONIAM	Etablissement de santé public	Professionnel	Disciplines chirurgicales (hors obstétrique et esthétique)	Acte non fautif (alea)	2002	2005	2010	2 713 687
ONIAM	Etablissement de santé public	Professionnel	Autres professions médicales	Acte non fautif (alea)	2007	2008	2009	6 648 618
Assureurs	Etablissement de santé public	Etablissement	Sage-femme	Problème organisationnel	1978	1982	2006	5 745 616
Assureurs	Etablissement de santé public	Etablissement	Sage-femme	Problème organisationnel	1995	1998	2007	2 842 634
Assureurs	Etablissement de santé public	Etablissement	Disciplines médicales	Acte technique fautif	2001	2002	2007	7 482 288
Assureurs	Hors établissement	Professionnel	Autres professions médicales	Autre cause	1988	1988	2007	3 717 172
Assureurs	Etablissement de santé public	Etablissement	Anesthésie, Réanimation, Urgence, Régulation	Acte technique fautif	1995	1995	2007	2 800 032
Assureurs	Etablissement de santé public	Etablissement	Sage-femme	Autre cause	1998	2005	2007	3 735 918
Assureurs	Etablissement de santé privé à but lucratif	Professionnel	Disciplines chirurgicales (hors obstétrique et esthétique)	Acte technique fautif	1998	2001	2009	2 901 192
Assureurs	Etablissement de santé privé à but lucratif	Professionnel	Disciplines chirurgicales (hors obstétrique et esthétique)	Acte technique fautif	2001	2002	2009	2 494 278
ONIAM	Etablissement de santé public	Etablissement	Disciplines médicales	Acte non fautif (alea)	2003	2004	2011	3 963 387
ONIAM	Etablissement de santé privé à but lucratif	Professionnel	Obstétrique	Acte non fautif (alea)	2006	2006	2011	2 094 067
Assureurs	Etablissement de santé privé à but lucratif	Professionnel	Chirurgie plastique, & esthétique	Acte technique fautif	2006	2007	2011	3 000 000

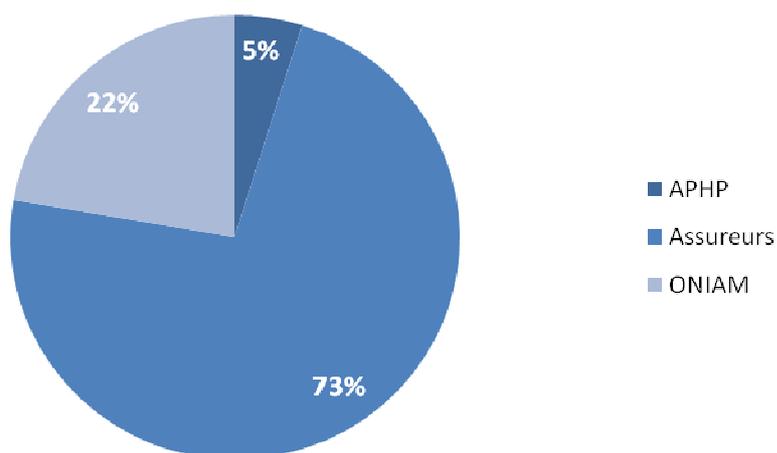
Répartition du nombre de dossiers de plus de 2 millions d'euros par année de règlement



3.4. Les infections nosocomiales

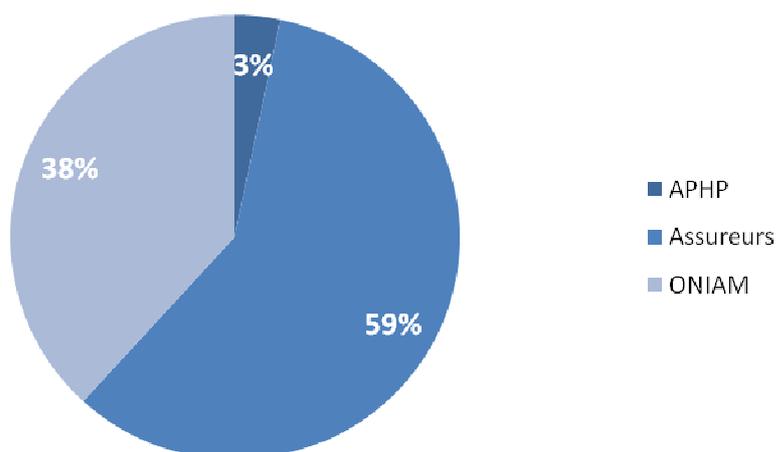
3.4.1. Répartition des effectifs par origine du dossier

Les infections nosocomiales représentent environ 18% des dossiers indemnisés de 2006 à 2011. Les 1268 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 99 millions d'euros sur les dossiers indemnisés entre 2006 et 2011. Il se répartit comme suit :



4. Tendances et évolution

4.1. Sources d'information

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Global
APHP	29	44	36	28	21	28	186
	5%	3%	4%	2%	1%	2%	3%
Assureurs	335	926	488	997	1281	848	4875
	62%	69%	50%	63%	77%	71%	67%
ONIAM	177	379	461	559	352	317	2245
	33%	28%	47%	35%	21%	27%	31%
Total	541	1349	985	1584	1654	1193	7306

Le nombre de dossiers indemnisés est globalement en augmentation depuis 2006 et semble se stabiliser sur 2011.

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

Les dossiers indemnisés par l'APHP se stabilisent après une forte augmentation en 2007 suivie d'une baisse mais le nombre de dossiers concernés influence peu la tendance globale.

Le nombre de dossiers indemnisés par l'ONIAM entre 2006 et 2009 a subi une très forte croissance. Cependant, en 2010, le nombre des dossiers indemnisés a baissé de plus de 30% par rapport à 2009. Le nombre de dossier en 2011 est stable par rapport à 2010.

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, d'autant que le nombre de dossiers remontés à posteriori par les assureurs est important, il est donc difficile de se prononcer sur le niveau de 2011 à ce jour.

4.2. Analyse par effectifs

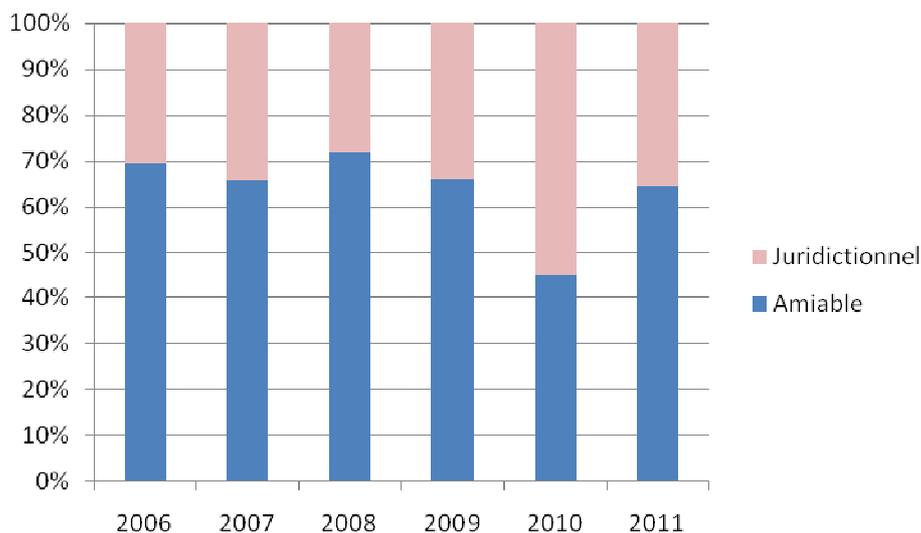
4.2.1. Taux d'AIPP et décès

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

4.2.2. Nature de l'indemnisation

L'année 2010 a marqué une plus faible proportion de dossiers réglés par voie amiable (environ 45% des dossiers), le rapport amiable / juridictionnel, bien qu'irrégulier entre 2006 et 2011, semble s'établir autour des 70% d'amiable.

Nature de l'indemnisation



4.2.3. Circonstances du sinistre

La proportion de dossiers indemnisés pour des actes de soin, de loin la première cause d'accident, semble en faible recul après une hausse importante de 2006 à 2008. Les dossiers indemnisés pour des actes de soin représentaient ainsi 81% des dossiers en 2011 contre 88% en 2008 se rapprochant ainsi du niveau de 2006.

La proportion des actes de diagnostic a diminué entre 2006 et 2009 pour passer de 11% à environ 6%, elle semble aujourd'hui se stabiliser autour des 9%. La tendance à la baisse constatée sur les 4 dernières années ne se confirme donc plus.

4.2.4. Nature du sinistre

Le taux d'actes techniques fautifs reste relativement stable au cours des 6 années étudiées. L'année 2011 présente toutefois un taux sensiblement plus faible que les autres années (25% contre 29% en moyenne).

Après un palier élevé en 2009 et 2010, le taux d'actes non fautifs est en baisse sur 2011 en nombre de dossiers indemnisés. Au cours de l'année 2011, le nombre de dossiers indemnisés pour actes non fautifs est statistiquement inférieur à la moyenne des actes non fautifs sur les 6 ans.

La proportion des infections nosocomiales indemnisées reste statistiquement stable sur les 6 années considérées, entre 18 et 21% des dossiers (en effectifs). Cependant, on note une légère augmentation du taux au cours de l'année 2010 et une forte baisse en 2011.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Acte technique fautif	141	412	241	448	496	292	2030
	28%	32%	25%	29%	31%	25%	29%
Acte non fautif (alea)	138	339	392	502	547	282	2200
	27%	26%	41%	32%	34%	24%	31%
Infection nosocomiale	96	238	184	279	345	126	1268
	19%	18%	19%	18%	21%	11%	18%
Accident dû à la prescription ou à la délivrance de produits de santé	18	40	29	49	31	8	175
	4%	3%	3%	3%	2%	1%	2%
Accident dû au matériel médical ou à un produit de santé	6	9	5	12	14	5	51
	1%	1%	1%	1%	1%	0%	1%
Défaut d'information	8	22	8	20	23	21	102
	2%	2%	1%	1%	1%	2%	1%
Problème organisationnel	28	76	33	85	57	24	303
	6%	6%	3%	6%	4%	2%	4%
Autre cause	71	151	59	150	100	424	955
	14%	12%	6%	10%	6%	36%	13%
Total	506	1287	951	1545	1613	1182	7084

A noter que la nature du sinistre est manquante ou erronée pour 222 des dossiers de la base d'étude

4.2.5. Professions et spécialités concernées

Les spécialités chirurgicales hors obstétrique et esthétique, qui représentent plus de 50% des dossiers indemnisés, avaient accentué leur prédominance, représentant plus de 60% des dossiers indemnisés en 2008 et 2009. Cette proportion progresse en 2011 (à 64%).

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 augmenté entre 2006 et 2010, mais cette augmentation reste irrégulière sur la période. La croissance semble marquer une pause en 2011, toutefois cette pause doit être interprétée avec précaution compte tenu du faible nombre relatif de dossiers assureurs fournis pour 2011.

L'augmentation en montant d'indemnité 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.

Source	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Global
APHP	3 051 689 €	3 239 172 €	1 794 661 €	2 306 514 €	2 187 252 €	1 968 992 €	14 548 281 €
	5,31%	2,05%	1,35%	1,25%	1,28%	1,68%	1,77%
Assureurs	33 868 871 €	91 028 061 €	45 490 303 €	90 142 168 €	109 205 831 €	64 600 700 €	434 335 934 €
	58,99%	57,64%	34,18%	48,76%	63,98%	55,12%	52,89%
ONIAM	20 496 228 €	63 654 326 €	85 796 393 €	92 412 452 €	59 287 756 €	50 622 988 €	372 270 144 €
	35,70%	40,31%	64,47%	49,99%	34,74%	43,20%	45,33%
Total	57 416 788 €	157 921 560 €	133 081 357 €	184 861 134 €	170 680 840 €	117 192 680 €	821 154 359 €

4.3.2. Montant global moyen

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

Source	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Global
APHP	105 231 €	73 618 €	49 852 €	82 376 €	104 155 €	70 321 €	78 217 €
Assureurs	101 101 €	98 302 €	93 218 €	90 413 €	85 250 €	76 180 €	89 095 €
ONIAM	115 798 €	167 953 €	186 109 €	165 317 €	168 431 €	159 694 €	165 822 €
Total	106 131 €	117 066 €	135 108 €	116 705 €	103 193 €	98 234 €	112 395 €

4.3.3. 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.

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 décroissante.

De même la tendance croissante qui s'est dessinée sur le montant total indemnisé par l'ONIAM n'est pas confirmée à partir de 2010. En parallèle le montant moyen versé par l'ONIAM pour chaque dossier reste assez stable entre 2007 et 2011.

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 2011 se répartit comme suit :

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Global
APHP	10	16	15	12	5	4	62
	10%	7%	8%	4%	1%	3%	5%
Assureurs	59	180	106	207	290	81	923
	61%	76%	58%	74%	84%	64%	73%
ONIAM	27	42	63	60	50	41	283
	28%	18%	34%	22%	14%	33%	22%
Total	96	238	184	279	345	126	1 268

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

4.4.2. Evolution des montants par origine du dossier

L'évolution de la répartition du montant global indemnisé pour des infections nosocomiales au cours des années 2006 à 2011 se répartit comme suit :

Source	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Global
APHP	315 183 € 4,58%	940 610 € 5,29%	835 194 € 6,14%	443 952 € 2,04%	381 490 € 1,47%	323 695 € 2,54%	3 240 124 € 3,28%
Assureurs	3 591 959 € 52,20%	11 264 754 € 63,32%	6 279 532 € 46,19%	12 712 885 € 58,29%	17 985 763 € 69,24%	5 969 814 € 46,84%	57 804 707 € 58,51%
ONIAM	2 973 701 € 43,22%	5 584 013 € 31,39%	6 479 538 € 47,66%	8 653 939 € 39,68%	7 608 789 € 29,29%	6 450 491 € 50,62%	37 750 471 € 38,21%
Total	6 880 843 €	17 789 376 €	13 594 264 €	21 810 776 €	25 976 042 €	12 744 000 €	98 795 302 €

Le montant global annuel pour des infections nosocomiales a augmenté entre 2006 et 2010. Une baisse importante est observée en 2011 principalement liée à une baisse observée au niveau des assureurs.