

II. Rechtbank van eerste aanleg van Henegouwen, afdeling Charleroi, 27 oktober 2023

Juridische aspecten - 31 maart 2010 - Wet op de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg

In deze zaak werd het Fonds gedagvaard om te verschijnen naar aanleiding van een door de verzoeker ontoereikend geacht voorstel tot schadevergoeding.

Aangezien het om een burgerrechtelijke aansprakelijkheidszaak ging, heeft het Fonds de verzekeraar van de zorgverlener als borg of als partij in vrijwaring gedagvaard.

Gelet op het feit dat de aanvrager zich niet aan de vervaltermijn van artikel 27 van de wet van 31 maart 2010 heeft gehouden, verliest hij het recht om een vordering in te stellen tegen het Fonds met betrekking tot de schadevergoeding.”

... t./FMO en ...

A.R. 22/233/A

...

II. Objet des demandes

Au termes de ses dernières conclusions, le demandeur au principal sollicite à titre principal la condamnation du FAM au paiement de la somme de 61.866,63 EUR à majorer des intérêts compensatoires au taux légal à dater des différentes dates reprises en termes de conclusions, ainsi qu'aux frais et dépens de l'instance liquidés à 4.037,58 EUR en ce compris une indemnité de procédure de 3.750,00 EUR.

À titre subsidiaire et avant dire droit, le demandeur au principal sollicite la désignation d'un médecin avec pour mission en substance de dire si des manquements dans la prise en charge d'... au regard des règles de l'art ont été commis par les praticiens lors de l'intervention du ... et dans le suivi post-opératoire, et dans ce cas, décrire les éventuelles fautes commises dans le suivi post-opératoire et à qui ils sont imputables, et donner son avis sur le lien de causalité entre les manquements et le décès d'...

À titre subsidiaire, le demandeur au principale sollicite la condamnation de la défenderesse sur incident au paiement de la somme de 61.866,63 EUR à majorer des intérêts compensatoires au taux légal à dater des différentes dates reprises en termes de conclusions, ainsi qu'aux frais et dépens de l'instance liquidés à 4.037,58 EUR en ce compris une indemnité de procédure de 3.750,00 EUR.

Par voie de conclusions, le défendeur au principal conteste la recevabilité de la demande et conclut également à son non-fondement et demande la condamnation du demandeur au principal aux frais et dépens de l'instance soit une indemnité de procédure liquidée à 4.500,00 EUR.

À titre subsidiaire, le FAM demande la réduction de l'indemnisation aux montants tels que repris dans ses conclusions et s'oppose à l'exécution provisoire du présent jugement, ou demande à tout le moins à être autorisé à cantonner les fonds litigieux.

Le défendeur au principal a formé une demande en garantie et demande la condamnation de la défenderesse en garantie à payer les frais d'expertise payés ... à concurrence de 4.027,02 EUR et la condamner aux frais et dépens de l'instance soit une indemnité de procédure de 975,00 EUR.

En tout état de cause, la défenderesse au principal demande de déclarer le présent jugement commun et opposable à la défenderesse en garantie.

Aux termes de ses dernières conclusions, la défenderesse en garantie ne conteste pas la recevabilité de la demande en garantie et de la demande incidente mais conclut à leur non-fondement et demande la condamnation des demanderesses en garantie et sur incident aux frais et dépens de l'instance soit une indemnité de procédure de 4.500,00 EUR.

III. Discussion

- *Recevabilité*

La recevabilité des demandes en garantie et incidente n'est pas contestée et il n'apparaît pas qu'un moyen d'irrecevabilité devrait être soulevé d'office par le Tribunal.

Les demandes en garantie et incidente sont recevables.

Le défendeur au principal conteste la recevabilité de la demande principale au motif que le demandeur au principal n'a pas respecté le délai prescrit à peine de déchéance par l'article 27 de la loi du 31 mars 2010.

À juste titre, le demandeur fait valoir qu'il ne s'agit pas d'un argument de recevabilité mais bien de fondement.

Conformément aux articles 17 et 18 du Code judiciaire, l'action ne peut être admise si le demandeur n'a pas qualité et intérêt pour la former. La qualité s'apprécie également dans le chef du défendeur.

L'intérêt consiste en tout avantage matériel ou moral, effectif mais non théorique que le demandeur peut retirer de la demande au moment où il la forme. L'intérêt doit être concret, légitime, personnel et direct, né et actuel.

En outre, "*La partie au procès qui soutient être titulaire d'un droit subjectif a qualité et intérêt pour former la demande, même si ce droit est contesté, dès lors que l'instruction quant à l'existence ou à la portée du droit subjectif invoqué, ne concerne pas la recevabilité mais le bien-fondé de la demande*"¹

Tel est bien le cas en l'espèce.

L'exception de chose jugée, la prescription ou encore la forclusion donnent lieu à des défenses qualifiées de "*fiens de non-recevoir*"; lesquelles ne relèvent pas à proprement parler de la recevabilité de la demande.

Par ailleurs, il n'apparaît pas qu'un moyen d'irrecevabilité devrait être soulevé d'office par le Tribunal.

La demande principale est recevable.

1. Cass. 26.01.2017, J.L.M.B. 2017, liv. 33, 1557 ; Cass. 02.04.2004, Arr. Cass. 2004, liv. 4, 597.

- *Sur la déchéance d'agir à l'encontre du FAM*

Conformément à l'article 4 de la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé :

"Le Fonds indemnise la victime ou ses ayants droit conformément au droit commun :

1° lorsque le dommage trouve sa cause dans un accident médical sans responsabilité, pour autant que le dommage réponde à l'une des conditions de gravité prévues à l'article 5 ;

2° lorsque le Fonds est d'avis ou qu'il est établi que le dommage trouve sa cause dans un fait engageant la responsabilité d'un prestataire de soins, dont la responsabilité civile n'est pas ou pas suffisamment couverte par un contrat d'assurance ;

3° lorsque le Fonds est d'avis que le dommage trouve sa cause dans un fait engageant la responsabilité, pour autant que le dommage réponde à l'une des conditions de gravité prévues à l'article 5 ;

4° lorsque l'assureur couvrant la responsabilité du prestataire de soins qui a causé le dommage formule une offre d'indemnisation que le Fonds juge manifestement insuffisante."

En l'espèce, le FAM a émis un avis le ... aux termes duquel elle retient la responsabilité de plusieurs prestataires de soins, responsabilité contestée par l'assureur ... par courrier du ... En outre, il n'est pas contesté que compte tenu du décès de la patiente, les conditions de gravité visées à l'article 5 de la loi sont rencontrées.

L'article 25 de la loi précitée dispose que :

"§ 1^{er}

Lorsque l'avis conclut qu'il y a lieu à indemnisation en vertu de l'article 4, 1°, ou 2°, et pour autant que, si l'hypothèse est celle de l'article 4, 1°, le dommage présente la gravité prévue à l'article 5, le Fonds, dans les trois mois de la notification de l'avis, adresse au demandeur, par envoi recommandé, une offre d'indemnisation.

Dans l'hypothèse visée à l'article 4, 3°, lorsque le Fonds se substitue à l'assureur du prestataire de soins en application de l'article 30, il adresse au demandeur, par envoi recommandé, une offre d'indemnisation, dans les trois mois de la notification de la décision du prestataire de soins ou de son assureur de contester la responsabilité du prestataire de soins.

Dans cette même hypothèse, lorsque le Fonds se substitue à l'assureur du prestataire de soins en application de l'article 32, il adresse au demandeur, par envoi recommandé, une offre d'indemnisation, dans les trois mois qui suivent l'expiration du délai d'un mois laissé à l'assureur pour répondre au rappel du Fonds.

Dans l'hypothèse visée à l'article 4, 4°, lorsque le Fonds se substitue à l'assureur du prestataire de soins en application de l'article 31, il adresse au demandeur, par envoi recommandé, une offre d'indemnisation dans les trois mois de la notification de son avis motivé sur l'insuffisance manifeste de l'offre de l'assureur."

En l'espèce, le FAM a adressé une première offre d'indemnisation au demandeur par courrier du ... soit au-delà du délai de trois mois à dater de la notification par la ..., de la contestation de responsabilité ; ce délai ne constituant toutefois qu'un délai d'ordre.

Dans cette hypothèse, l'article 26 de la loi prévoit que :

"§ 1^{er}

Le demandeur dispose d'un délai de trois mois pour accepter l'offre d'indemnisation du Fonds.

À défaut de réaction de la part du demandeur dans ce délai, le Fonds lui adresse un rappel par envoi recommandé.

À défaut de réaction de la part du demandeur dans un délai d'un mois suivant ce rappel, l'offre est présumée refusée. L'attention du demandeur est attirée, dans la lettre de rappel, sur les conséquences d'une absence de réaction de sa part.

Dans le mois de l'acceptation expresse de l'offre, le Fonds paie au demandeur l'indemnisation proposée.

§ 2

Avant de prendre position sur l'offre du Fonds, le demandeur peut également, dans le délai prévu au § 1^{er}, formuler des observations sur l'offre du Fonds, auxquelles le Fonds est tenu de répondre. S'il estime opportun au vu des observations du demandeur, le Fonds peut adapter le montant de son offre. Les délais prévus au § 1^{er} sont suspendus pendant la durée de l'examen des observations par le Fonds, sans que le délai restant à courir puisse jamais être inférieur à deux mois.

Le Fonds adresse sa réponse avec, le cas échéant, l'offre adaptée, par envoi recommandé au demandeur. Cette lettre mentionne la date d'expiration du délai encore disponible, ainsi que les conséquences d'une absence de réaction de sa part.

Le demandeur ne peut adresser d'observations qu'à une seule reprise."

En l'espèce, le demandeur au principal a formulé ses observations par courrier du ... ce qui a eu pour effet de suspendre le délai restant à courir jusqu'à la notification de l'offre adaptée par le FAM par courrier du À cette date, il restait à courir un délai de un mois et 22 jours à courir pour accepter l'offre d'indemnisation, ce délai étant porté à deux mois conformément à la disposition précitée, soit au ...

Il ressort du courrier adressé par le FAM en date du ... que celui-ci attire expressément l'attention du demandeur au principal sur le fait que : "cette offre est définitive et que vous disposez d'un délai de deux mois pour l'accepter".

En annexe se trouve l'offre d'indemnisation adaptée, dont le demandeur au principal a nécessairement pris connaissance pour connaître le montant proposé par le FAM et à l'article 6 de laquelle est indiqué expressément :

"À peine de déchéance, si le soussigné de seconde part conteste la présente offre d'indemnisation, elle porte conformément au Code judiciaire la contestation, devant le Tribunal de première instance avant l'expiration du délai prévu à l'article 26, § 1^{er}, le cas échéant prolongé conformément au § 2 de ce même article. Dans le cadre de cette procédure, le soussigné de première part n'est lié ni par son avis ni par son offre"

Ce courrier est également adressé en copie au conseil de ...

Le demandeur au principal ne peut donc raisonnablement soutenir ne pas avoir été informé du délai dans lequel il pouvait faire valoir ses droits et exercer un recours devant le Tribunal de céans.

L'article 27 de la loi du 31 mars 2010 dispose que :

"À peine de déchéance, le demandeur qui conteste l'offre d'indemnisation du Fonds porte, conformément au Code judiciaire la contestation, devant le tribunal avant l'expiration du délai prévu à l'article 26, § 1^{er}, le cas échéant prolongé conformément au § 2 de ce même article. Dans le cadre de cette procédure, le Fonds n'est lié ni par son avis ni par son offre."

En l'espèce, il ressort des éléments soumis à l'appréciation du Tribunal que la citation introductive d'instant a été signifiée le ..., soit après l'expiration du délai prévu par l'article 27 de la loi précitée.

Par conséquent, le demandeur au principal est déchu de son droit d'agir contre le défendeur au principal en indemnisation.

- *Sur la demande incidente à l'égard ...*

Se basant sur le rapport d'expertise du Docteur ... et de l'avis du FAM qui en a découlé, le demandeur au principal forme une demande d'indemnisation à l'égard de la ..., assureur en responsabilité civile professionnelle des différents prestataires de soins dont la responsabilité est recherchée sur la base des articles 1382 et suivants de l'ancien Code civil.

Conformément aux règles d'administration de la preuve visées aux articles 8.4 et suivants du nouveau code civil, il appartient au demandeur au principal d'établir avec un degré raisonnable de certitude les conditions de mise en œuvre de cette responsabilité.

Ainsi, le demandeur au principal fait grief aux prestataires de soins concernés d'avoir commis une faute professionnelle, laquelle consiste selon lui en une erreur médicale.

Il appartient donc au demandeur au principal de démontrer successivement :

- une erreur constitutive d'un manquement professionnel dans le chef des différents prestataires de soins visés dans le cadre de l'intervention subie par sa mère le ... et/ou dans le cadre du suivi post-opératoire
- le caractère fautif de cette erreur ou de ce manquement
- l'existence d'un dommage consécutif à cette intervention
- le lien causal entre la faute et le dommage vanté.

En matière de responsabilité médicale, il importe de ne pas procéder par un raisonnement *a posteriori*, à savoir partir d'un diagnostic connu pour remonter le cours des événements et se focaliser sur quelques indices ou hypothèses qui auraient pu conduire à un diagnostic plus adéquat au regard de la suite, mais bien de se replacer autant que faire se peut dans les circonstances concrètes de la cause.

En l'espèce, le demandeur au principal produit l'avis du Fonds des Accidents Médicaux établi le ... sur la base du rapport d'expertise établi par le Docteur ... le ... lequel retient la responsabilité des prestataires de soins concernés considérant deux manquements dans le suivi postopératoire de Madame ... à savoir :

- une erreur dans la posologie d'héparine administrée ayant engendré un surdosage et une tendance hémorragique
- l'absence d'intervention chirurgicale alors que l'état de la patiente se dégradait.

En matière de responsabilité médicale, il suffit que la victime produise un ou plusieurs rapports médicaux révélant l'existence d'indices suffisamment sérieux d'éventuels manquements aux règles de l'art de guérir dans le chef du praticien dont la responsabilité est recherchée pour établir tout le moins la vraisemblance des faits allégués et justifier le cas échéant une mesure d'expertise judiciaire.

En ce qui concerne plus particulièrement l'avis du Fonds des Accidents Médicaux, il est établi que l'expertise mise en place par l'article 17 de la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant des soins de santé n'est ni une expertise amiable, ni une expertise judiciaire, et ne présente pas les mêmes garanties que l'expertise judiciaire puisqu'à l'inverse du juge, le Fonds des Accidents Médicaux n'est pas un tiers totalement neutre, dès lors que les conclusions de l'expertise auront une incidence sur ses propres droits et obligations.

Si le Fonds des Accidents Médicaux n'apparaît pas comme un organe totalement impartial, il ne s'en déduit pas pour autant que l'expertise qu'il a diligentée doit être purement et simplement écartée dans le cadre d'un débat judiciaire ultérieur : le juge apprécie si le rapport auquel elle aboutit contient des éléments pouvant être retenus à titre de renseignements, de présomptions, voire même de preuves.

En l'espèce, l'avis du Fonds des Accidents Médicaux se fonde sur le rapport établi par le Docteur ..., neurochirurgien, lequel conclut avec vraisemblance à l'existence de plusieurs manquements fautifs dans le chef des différents prestataires de soins visés.

Partant, si le rapport d'expertise médicale établi par le Docteur ... dans le cadre d'une mission lui confiée par le FAM, ne peut être pris en considération tel quel comme établissant avec un degré raisonnable de certitude l'existence de fautes dans le chef des prestataires de soins en lien causal avec le décès de la patiente, engageant ainsi leur responsabilité professionnelle, il n'en demeure pas moins que ce rapport constitue un élément suffisant à établir que cette responsabilité n'est pas exclue.

Partant la désignation d'un expert médecin dans le cadre d'une mesure d'expertise judiciaire s'avère nécessaire pour la solution du litige.

Le Tribunal réserve donc à statuer sur le fondement de la demande incidente eu égard à la mesure avant dire droit ordonnée au dispositif du présent jugement.

- *Sur la demande en garantie formée à l'égard ...*

Conformément à l'article 20 de la loi du 31 mars 2010 :

"La procédure devant le Fonds est gratuite pour le demandeur.

Le cas échéant, les frais d'expertise sont à charge du prestataire de soins responsable du dommage et de son assureur, si la responsabilité du prestataire a été reconnue par lui ou son assureur ou si elle a été établie par une décision judiciaire coulée en force de chose jugée."

En exécution de cette disposition, le défendeur au principal entend réclamer à la défenderesse en intervention forcée le remboursement des frais d'expertise décaissés en date du ... à concurrence de 4.027,02 EUR.

Compte tenu de la mesure d'instruction qui sera ordonnée par le présent jugement, visant à déterminer la responsabilité des assurés de la défenderesse en garantie, et partant à statuer sur le fondement de la demande incidente formée par le demandeur au principal, il est à ce stade prématuré de statuer sur le fondement la demande en intervention forcée et il sera donc réservé à statuer sur ce point.

IV. Les dépens

Le Tribunal n'étant de sa saisine, il sera réservé à statuer sur les frais et dépens de l'instance, à l'exception des frais et dépens relatifs à la demande principale.

Le demandeur au principal succombe dans sa demande à l'égard du défendeur au principal et sera dès lors condamné à une indemnité de procédure liquidée à 4.500,00 EUR (montant de base indexé au 01.11.2022)

Par ces motifs,

Le tribunal, statuant contradictoirement,

Vu les dispositions de la loi du 15 juin 1935 sur l'emploi des langues en matière judiciaire, usage de la langue française ayant été fait ;

Reçoit les demandes principale, incidente et en intervention ;

Dit la demande principale non fondée ;

En déboute le demandeur au principal ... ;

Condamne ... aux frais et dépens de l'instance relatif à la demande principale, liquidés à une indemnité de procédure de 4.500,00 EUR (montant de base indexé au 01.11.2022)

...