



## FONDS DES ACCIDENTS MÉDICAUX

### Avis du Fonds des accidents médicaux rendu en vertu de l'article 21 de la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé.

Vu la demande d'avis introduite le 14 novembre 2012 par Y concernant feu Madame X née le ... 1934 et décédée le ... 2012;

Vu l'accusé de réception envoyé le 18 janvier 2013, conformément à l'article 15 alinéa 1<sup>er</sup> de la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé (ci-après, la loi) ;

Vu le dossier médical interne constitué des pièces communiquées à l'appui de la demande d'avis et de celles obtenues à l'initiative du Fonds des accidents médicaux (ci-après, le Fonds) ;

Vu l'avis technique rendu le 11 mai 2015 par le Professeur Q2 à la demande du Fonds en exécution de l'article 17 § 1 de la loi ;

Vu le rapport d'expertise contradictoire rendu le 10 août 2015 par le Docteur Q1 à la demande du Fonds, en exécution de l'article 17 § 2 de la loi.

Demandeur :

Monsieur Y

Prestataires de soins concernés :

Professeur A

Docteur B

Docteur C

CH K

Assureur RC du CH K:

R

## I. FAITS

- Le 03/01/2012, Madame X, 78 ans, est hospitalisée au Service des Urgences du CH K, pour une altération de l'état général avec épigastralgies et hématemèse suite à une gastro-entérite. À l'examen radiographique du thorax on constate un état de sub-œdème aigu des poumons (OAP) sans dyspnée. La patiente est hospitalisée en cardiologie du 4/01/2012 au 11/01/2012. Il était prévu qu'elle revoie le Docteur D pour envisager un cathétérisme cardiaque.
- Le 12/02/2012, Madame X subit une gastroscopie montrant une œsophagite de grade A, une ébauche de hernie hiatale et une gastrite antrale ulcérée.
- Le 23/02/2012, la patiente est hospitalisée en urgence au CH K pour diarrhée aiguë et douleurs abdominales. Elle quitte le service après réhydratation.
- Le 26/02/2012, la patiente appelle le SMUR de Bra suite à des douleurs thoraciques et désaturation. Le diagnostic retenu est un OAP. Elle est hospitalisée en cardiologie jusqu'au 6/03/2012. On remarque à l'échographie une vaste akinésie apicale. La fraction d'éjection du ventricule gauche est mesurée à 35%.
- Du 21/04/2012 au 23/04/2012, Madame X est hospitalisée à l'Unité de Soins Intensifs du CH K pour un OAP. Le diagnostic d'OAP est retenu dans un contexte de la cardiopathie ischémique avec fonction ventriculaire altérée, sans ischémie résiduelle.
- Le rapport de service de médecine du 23/04/2012 fait allusion à une discussion avec la famille suite à laquelle il est décidé de ne pas effectuer de réanimation en cas de malaise grave.
- Madame X est à nouveau hospitalisée du 2/05/2012 au 15/05/2012 au CH K pour sub-OAP et cardiopathie ischémique valvulaire.
- Le 09/05/2012, la patiente subit un cathétérisme cardiaque qui permet d'identifier différentes sténoses coronariennes ainsi qu'une insuffisance mitrale majeure de grade 4. Devant l'absence d'alternative thérapeutique et le risque vital, la décision est prise de réaliser un triple pontage aorto-coronaire ainsi qu'une plastie de la valve mitrale malgré l'âge et l'état de la patiente.
- Madame X est finalement opérée en semi-urgence en date du 15/05/2012 par le Docteur A et le Docteur B, chirurgiens cardiaques au CH K, et ce au vu de la précarité respiratoire et la présence constante de signes de surcharge. Madame X décédera malheureusement en fin d'intervention lors du sevrage de la circulation extracorporelle, une décompensation coronaire droite s'est installée causant une oxygénation insuffisante du myocarde, causant le décès.

## II. CADRE LEGAL DE LA DEMANDE

Dans un délai indicatif de six mois à compter de la réception de la demande, le Fonds indique, dans un avis motivé, s'il estime que le dommage résultant de soins de santé trouve l'une de ses causes dans la responsabilité d'un ou de plusieurs prestataires de soins, ou dans un accident médical sans responsabilité, ou encore qu'il ne relève d'aucune de ces catégories<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Art 21, al 1<sup>er</sup>, Loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé.

Au terme de l'article 4 de la loi du 31 mars 2010, le Fonds indemnise la victime ou ses ayants droit dans quatre cas :

- Un accident médical sans responsabilité à condition que le dommage soit suffisamment grave<sup>2</sup> ;
- Un prestataire de soins est responsable mais sa responsabilité n'est pas ou pas suffisamment assurée<sup>3</sup> ;
- Un prestataire de soins est responsable, mais celui-ci ou son assureur conteste sa responsabilité ou ne fait pas d'offre d'indemnisation. Le dommage doit en outre être suffisamment grave<sup>4</sup> ;
- L'assureur du prestataire responsable a fait une offre d'indemnisation que le Fonds juge manifestement insuffisante<sup>5</sup>.

### III. EVALUATION DE LA DEMANDE

#### III. 1 : Eléments constitutifs du dossier médical interne :

L'avis du Fonds est rendu au regard des éléments constitutifs du dossier médical interne. Celui-ci comprend les faits exposés dans le formulaire de demande ainsi que les pièces médicales fournies par le demandeur ou obtenues par le Fonds conformément à l'article 15 de la loi du 31 mars 2010.

En l'espèce, le dossier médical interne contient également le rapport d'expertise contradictoire rendu par le Docteur Q1 le 15/08/2015 et l'avis technique rendu par le Professeur Q2 le 11/05/2015.

#### III.2 : La recevabilité de la demande

Eu égard aux éléments constitutifs du dossier, le Fonds estime qu'en ce qui concerne sa compétence territoriale, matérielle, temporelle et la qualité du demandeur, la demande est recevable.

#### III.3 : Question médicale soumise au FAM

Le présent avis a pour objectif d'analyser si l'intervention chirurgicale du 15/05/2012 était bien indiquée et si elle a été réalisée conformément aux règles de l'art et aux bonnes pratiques de la médecine. En cas de manquements, le Fonds examinera si ceux-ci sont en lien causal avec le dommage allégué.

Le présent avis a également pour objectif d'examiner si, à défaut de responsabilité, le décès de Madame X trouve ou non sa cause dans un accident médical sans responsabilité au sens de la loi du 31 mars 2010.

#### III.4 : Analyse médico-juridique

Afin d'analyser la question médicale qui lui est soumise, le Fonds des accidents médicaux peut faire appel à des praticiens professionnels spécialisés ou organiser une expertise contradictoire s'il y'a des indices sérieux que le dommage atteint le seuil de gravité visé à l'article 5 de la loi du 31 mars 2010<sup>6</sup>.

<sup>2</sup> Art 4, 1°, Loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé.

<sup>3</sup> Art 4, 2°, Loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé.

<sup>4</sup> Art 4, 3°, Loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé.

<sup>5</sup> Art 4, 4°, Loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé.

<sup>6</sup> Art 17, § 2, Loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé.

L'article 5 précité dispose que le dommage est suffisamment grave lorsqu'une des conditions suivantes est remplie :

- 1° le patient subit une invalidité permanente d'un taux égal ou supérieur à 25% ;
- 2° le patient subit une incapacité temporaire de travail au moins durant six mois consécutifs ou six mois non consécutifs sur une période de douze mois ;
- 3° le dommage occasionne des troubles particulièrement graves, y compris d'ordre économique, dans les conditions d'existence du patient ;
- 4° le patient est décédé.

Dans le cas d'espèce, les pièces médicales du dossier ont été analysées par le Fonds qui a décidé d'organiser une expertise contradictoire dans le cadre de l'article 17 § 2 de la loi. À cette fin, le Docteur Q1, spécialiste en médecine d'expertise, a été désigné afin de diligenter les travaux d'expertise conformément à la mission arrêtée par le Fonds qui a été communiquée à toutes les parties en cause. Le Fonds a également fait appel à un spécialiste en chirurgie cardiaque, le Professeur Q2, afin qu'elle fournisse un avis spécialisé dans le cadre de l'article 17§1 de la loi.

### III.4.1. : Quant à la responsabilité

#### III.4.1.1. Notions

Avant toute chose, le Fonds examinera si le dommage résulte d'un fait engageant la responsabilité du prestataire de soins tel que décrit dans la loi.

A cette fin, le Fonds applique les principes généraux du droit de la responsabilité, tenant compte aussi bien d'une éventuelle responsabilité contractuelle, que d'une responsabilité extra-contractuelle. Notre droit consacre en principe un système de responsabilité à base de faute.

Pour conclure que la responsabilité du prestataire de soins est établie, il faut démontrer que les conditions suivantes sont cumulativement réunies :

1. il doit être question d'une faute ou d'un acte de négligence de la part du prestataire de soins considéré comme responsable. Concernant les obligations de résultat, il suffit de prouver que le résultat promis n'a pas été atteint ;
2. il doit être question d'un dommage subi ;
3. il doit exister un lien causal entre la faute commise/l'acte de négligence commis ou un résultat non atteint et le dommage. En d'autres termes, le prestataire de soins ne peut être tenu pour responsable que si la faute ou l'acte de négligence sont à l'origine du dommage subi par le patient ou, en cas d'obligation de résultat, si le fait de ne pas avoir atteint le résultat promis a causé le dommage subi par le patient.

Le Fonds examinera dans un premier temps si une faute peut être retenue dans le chef des prestataires de soins mis en cause. Ensuite, dans l'hypothèse où le Fonds considère qu'une faute peut être imputé à un ou plusieurs prestataires de soins, il conviendra d'examiner si cette faute est ou non en lien causal avec le dommage allégué.

#### III.4.1.2. Applications au cas d'espèce

##### 1) *Quant à l'indication de l'intervention*

Pour rappel Madame X souffrait d'une cardiopathie ischémique avec décompensation du muscle cardiaque lié au reflux cause par l'insuffisance de la valve mitrale. Depuis le début de l'année 2012 elle a présenté à répétition trois œdèmes aigus du poumon (OAP) en trois mois.

Dans son rapport<sup>7</sup>, le Professeur Q2, spécialiste en chirurgie cardiaque, précise que la seule alternative à l'intervention réalisée le 15/05/2012 sur Madame X était un traitement médicamenteux mais que cela avait déjà été fait depuis 5 ans, sans succès. Dès lors, le Professeur Q2 conclut qu'il est compréhensible qu'il ait finalement été décidé d'opter pour une telle intervention et que celle-ci était donc bien justifiée.

En outre, dans son rapport, l'expert indique que l'intervention constituait « *l'ultime possibilité très limitée d'amélioration* ». <sup>8</sup>

Considérant ce qui précède et se ralliant aux conclusions de l'expert et du spécialiste, le Fonds estime que l'intervention du 15/05/2012 était bien indiquée.

## 2) Quant à l'information de la patiente et de ses proches

Il ressort des travaux d'expertise<sup>9</sup> que la plainte principale de Monsieur Y, époux de la patiente défunte, est de ne pas avoir été informé que son épouse allait être opérée, qu'on ne lui a « *rien expliqué* », qu'il n'en a compris ni les raisons ni les risques.

Lors de la séance d'expertise du 22/05/2015, Monsieur Y, âgé de 81 ans, déclare avoir une mauvaise mémoire et ne plus se souvenir que sa femme lui aurait annoncé l'intervention<sup>10</sup>. Il déclare en outre « *qu'il se souvient qu'il lui rendait visite le soir, tandis que les médecins passaient le matin et son épouse n'était pas capable de lui répéter ce que les médecins lui avaient dit. Son épouse était courte d'haleine et parlait difficilement* ». La Belle-sœur de Madame X déclare que « *Madame X pensait que si on l'opérait on allait la sauver* » et ajoute « *qu'on se rendait compte de la gravité* » alors que Monsieur Y n'en avait pas conscience<sup>11</sup>.

En toute état de cause, l'expert estime qu'il ressort du dossier médical de la patiente que celle-ci a été « *informée clairement* »<sup>12</sup>. Deux courriers ont été adressés au médecin traitant de la patiente, le Docteur E, en date 24/04/2012<sup>13</sup> et du 10/05/2012<sup>14</sup>. Le premier décrit l'état de la patiente au cours de ses hospitalisations du 21/04/2012 au 23/04/2012 au service des soins intensifs cardiologiques du CH K. Le deuxième décrit les résultats du cathétérisme cardiaque réalisé le 09/05/2012 et mentionne l'indication d'une intervention chirurgicale telle que réalisée le 15/05/2012. En effet, il est précisé dans ce deuxième courrier: « *nous nous trouvons chez cette patiente dans une situation difficile, car elle est âgée, en mauvais état général mais les résultats de cet examen ne laissent pas d'autre choix que de proposer une solution chirurgicale avec triple pontage aorto-coronaire IVA, marginale CX et plastie ou remplacement valvulaire mitrale* ». Il est ajouté que « *les risques opératoires sont évidemment à l'avenant, compte tenu de l'état général de la patiente* ».

Considérant ce qui précède, le Fonds estime qu'aucun défaut d'information de Madame X concernant l'intervention et ses risques n'est démontré. En ce qui concerne Monsieur Y, celui-ci n'avait pas conscience de la gravité de l'état de son épouse et des risques liés à l'intervention réalisée le 15/05/2012. Aucun manquement ne peut être retenu dans le chef des prestataires de soins sur ce fondement.

---

<sup>7</sup> Rapport du Professeur Q2, p. 5.

<sup>8</sup> Rapport du Docteur Q1, p. 6.

<sup>9</sup> *Ibidem*, p. 3.

<sup>10</sup> *Ibidem*, p. 5.

<sup>11</sup> *Idem*.

<sup>12</sup> Rapport du Docteur Q1, p. 7.

<sup>13</sup> Dossier d'expertise, pp. 31-33.

<sup>14</sup> *Ibidem*, pp. 36-37.

### 3) Quant à la réalisation de l'intervention

Dans son rapport, le Professeur Q2 précise que Madame X est décédée au cours d'une opération de valve mitrale et d'un CABG (*coronary artery bypass graft* soit un pontage aorto-coronaire) suite à une insuffisance du ventricule droit et à un échec de sevrage « *de la machine cœur-poumon* ». Elle ajoute que l'autopsie a révélé que l'échec de sevrage avait été causé par la présence d'embolies pulmonaires et que ces embolies n'ont pas été constatées durant l'opération et qu'il n'y avait pas non plus de suspicions allant dans ce sens.

Le Professeur Q2 précise<sup>15</sup> que le Docteur A disposait de suffisamment d'expérience pour réaliser l'intervention. Le protocole opératoire ne mentionne aucune circonstance préopératoire hors du commun. Elle considère qu'il est habituel de procéder à trois tentatives de sevrage en cascade (d'abord avec iatropie, ensuite avec ajout d'une IABP<sup>16</sup> et ensuite après reperfusion). Elle conclut en précisant que malgré un protocole opératoire très sommaire, elle estime que l'intervention du 15/05/2012 s'est déroulée correctement, qu'on ne peut démontrer qu'il y avait suspicion d'embolies pulmonaires au moment de l'intervention. Elle n'estime pas qu'un manquement puisse être retenu dans le chef du Docteur A et du Docteur B.

Concernant le Docteur C, anesthésiste, le Professeur Q2 considère qu'il est impossible, sur la base de la fiche d'anesthésie succincte, de relever un manquement dans son chef<sup>17</sup>.

Le Professeur Q2 conclut en précisant que malgré les rapports d'anesthésie et de chirurgie sommaires, elle estime que l'anesthésiste et les chirurgiens ne peuvent être tenus responsables de l'échec du sevrage et que cet échec était inévitable<sup>18</sup>.

Considérant ce qui précède et se ralliant aux conclusions de l'expert et du sapiteur, le Professeur Q2, le Fonds estime qu'aucun manquement fautif n'est démontré dans le chef des Docteurs A, B et C, concernant la réalisation de l'intervention du 15/05/2012.

### 4) En conclusion

Compte tenu de ce qui précède, le Fonds estime qu'aucun manquement aux bonnes pratiques de la médecine ne peut être retenu dans le chef des prestataires de soins mis en cause.

Partant, le Fonds conclut à l'absence de responsabilité des prestataires de soins susvisés.

#### III.4.2. : Quant à l'accident médical sans responsabilité

##### III. 4. 2. Notions

La loi du 31 mars 2010 a instauré un nouveau droit subjectif qui permet dans certaines conditions d'obtenir une indemnisation lorsqu'un patient est victime d'un accident médical ayant occasionné un dommage grave, sans que la responsabilité d'un prestataire de soins ne soit établie.

Dans la mesure où le Fonds n'a pas établi de responsabilité dans la présente affaire, il convient de vérifier si les conditions requises pour bénéficier de ce nouveau droit sont remplies.

<sup>15</sup> Rapport du Professeur Q2, p. 6.

<sup>16</sup> *Intra-aortic balloon pump* ou ballon de contre-pulsion intra-aortique.

<sup>17</sup> Rapport du Professeur Q2, p. 6.

<sup>18</sup> *Ibidem*, p. 7.

L'accident médical sans responsabilité est défini à l'article 2, 7° de la loi du 31 mars 2010 :

*« Un accident lié à une prestation de soins de santé, qui n'engage pas la responsabilité d'un prestataire de soins, qui ne résulte pas de l'état du patient et qui entraîne pour le patient un dommage anormal. Le dommage est anormal lorsqu'il n'aurait pas dû se produire compte tenu de l'état actuel de la science, de l'état du patient et de son évolution objectivement prévisible. L'échec thérapeutique et l'erreur non fautive de diagnostic ne constituent pas un accident médical sans responsabilité ».*

Un accident médical sans responsabilité suppose donc la présence de quatre éléments :

-L'accident doit **résulter d'une prestation de soins de santé** : « services dispensés par un prestataire de soins en vue de promouvoir, de déterminer, de conserver, de restaurer ou d'améliorer l'état de santé du patient ou de l'accompagner en fin de vie »<sup>19</sup>.

-L'accident ne peut pas engager **la responsabilité d'un prestataire de soins**.

-L'accident ne doit pas résulter de **l'état du patient** :

Le dommage doit résulter d'une prestation de soins de santé et non pas de l'aggravation de l'état du patient.

-Le **dommage** doit être **anormal** :

Le dommage est anormal lorsqu'il n'aurait pas dû se produire compte tenu de l'état actuel de la science, de l'état du patient et de son évolution objectivement prévisible<sup>20</sup>.

Lorsque les éléments constitutifs de l'accident médical sans responsabilité sont réunis, une indemnisation à charge du Fonds peut être octroyée, si le dommage occasionné est suffisamment grave.

Le dommage est considéré comme grave lorsqu'au moins une des conditions suivantes est remplie :

- le patient subit une invalidité permanente d'au moins 25 % ;
- le patient subit une incapacité temporaire de travail pendant au moins six mois consécutifs ou six mois non-consécutifs sur une période de douze mois ;
- le dommage occasionne des troubles particulièrement graves, y compris d'ordre économique, dans les conditions d'existence du patient ;
- le patient est décédé.

### III. 4. 2. Application au cas d'espèce

Le décès de Madame X résulte bien d'une prestation de soins de santé (intervention du 15/05/2012).

Comme exposé ci-dessus, ce dommage n'engage pas la responsabilité d'un prestataire de soins et ne résulte pas uniquement de l'état du patient mais bien d'un facteur extérieur.

Cependant, le Fonds estime que le décès de Madame X ne peut être considéré comme anormal au sens de la loi du 31 mars 2010.

<sup>19</sup> Art 2, 4°, Loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé.

<sup>20</sup> Art 2, 7°, Loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé.

Le dommage est anormal au sens de la loi<sup>21</sup> lorsqu'il n'aurait pas dû se produire compte tenu de l'état actuel de la science, de l'état du patient et de son évolution objectivement prévisible.

Deux critères sont donc retenus pour constater le caractère anormal d'un dommage : (a) l'état actuel de la science, et (b) l'état du patient et son évolution objectivement prévisible.

- (a) Par le critère de l'état actuel de la science pris à son niveau le plus élevé, il doit être fait référence au caractère évitable du dommage. À la lumière de ce critère, un dommage sera considéré comme anormal lorsque le patient n'aurait pas dû subir ce dommage puisqu'il était évitable<sup>22</sup>.

En l'espèce, il n'est pas possible de conclure qu'en l'état actuel de la science, le décès de Madame X n'aurait pas dû se produire. Madame X souffrait d'une cardiopathie ischémique avec une décompensation du muscle cardiaque liée au reflux causé par l'insuffisance de la valve mitrale. Son cœur était fatigué à l'extrême. L'issue fatale était attendue à court terme. Selon l'expert, l'intervention était l'ultime possibilité très limitée d'amélioration<sup>23</sup>. La mise en œuvre d'un autre traitement ou d'autres mesures préventives n'auraient pas permis d'éviter le décès de la patiente.

- (b) Le critère de dommage anormal doit également être analysé eu égard à l'état du patient et à son évolution objectivement prévisible. À cet égard, il convient de se référer à la manière dont la complication se déroule concrètement, notamment au niveau de l'ampleur du dommage occasionné<sup>24</sup>.

Dans son rapport, l'expert estime que le décès de Madame X n'a pas de caractère anormal car la patiente était en fin de vie « *de par la répétition depuis le début de l'année, d'œdème aigu du poumon (OAP) (3 en 3 mois)* »<sup>25</sup>. Le Professeur Q2 indique dans son rapport que « *confronté à une situation où la patiente n'arrivera vraisemblablement pas à s'en sortir, il est tout de même décidé de 'tenter le tout pour le tout'* ». Elle ajoute, de surcroît, que sans opération, Madame X aurait probablement souffert d'une extension des embolies pulmonaires à court terme, nécessitant une intubation et une réanimation ce qu'elle ne souhaitait pas<sup>26</sup>. Dans son rapport le Professeur Q2 indique que selon les calculs de l'*Euroscor*, le taux de mortalité attendu suite à une intervention telle que réalisée sur Madame X en date du 15/05/2012 est de 15,6% et que l'*Euroscore* ne tient pas compte de comorbidités supplémentaires, comme l'obésité morbide, ce qui était certainement le cas de la patiente qui présentait un indice de masse corporelle de 37<sup>27</sup>.

Compte tenu de ce qui précède, le Fonds considère que le décès de Madame X pouvait se produire compte tenu de son état et de son évolution objectivement prévisible.

En conclusion, le décès de Madame X pouvait se produire compte tenu de l'état actuel et de la science, de l'état de la patiente et de son évolution objectivement prévisible. Partant, celui-ci ne peut être considéré comme anormal au sens de la loi et ne constitue dès lors pas un accident médical sans responsabilité indemnisable par le Fonds.

<sup>21</sup> Art 2, 7°, Loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé.

<sup>22</sup> Cfr Exposé des motifs, *Doc.parl.* Chambre, 2009-2010, 2240/001, p. 25.

<sup>23</sup> Rapport du Docteur Q1, p.6.

<sup>24</sup> *Idem*.

<sup>25</sup> Rapport du Docteur Q1, p. 7.

<sup>26</sup> Courrier du 24/04/2012, Dossier d'expertise, pp. 31-33.

<sup>27</sup> Rapport du Professeur Q2, p. 5.



#### IV CONCLUSION

Il ressort des informations communiquées par le demandeur et du dossier constitué par le Fonds que le décès de Madame X ne résulte pas d'une faute qui aurait été commise par les différents dispensateurs de soins intervenus dans le traitement de la patiente.

Par ailleurs, les conditions requises pour l'application de la notion d'accident médical sans responsabilité ne sont pas réunies.

#### V VOIES DE RECOURS

Le demandeur et les parties concernées, sans préjudice de leurs actions de droit commun, peuvent intenter, conformément au Code Judiciaire, devant le tribunal de première instance, une action contre le Fonds pour contester son avis, dans les délais de droit commun.<sup>28</sup>

A côté de la procédure existante auprès du Fonds le demandeur et les parties concernées ont également la possibilité d'introduire une demande auprès du tribunal de première instance dans les délais de droit commun.

A Bruxelles, le ..../..../.....

Jo DE COCK  
Directeur Général faisant fonction du FAM

---

<sup>28</sup> Art 23, al.2, Loi du 31 mars 2010 : « Si dans son avis, le Fonds ne conclut pas qu'il y'a lieu à indemnisation en vertu de l'article 4, 1°, ou 2°, ou s'il conclut à l'absence de la gravité prévue à l'article 5, le demandeur, sans préjudice de ses actions de droit commun, peut intenter, conformément au Code Judiciaire, devant le tribunal de première instance, une action contre le Fonds afin d'obtenir les indemnités auxquelles il prétend avoir droit en vertu de la présente loi. »