



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 6 septembre 2012 par Madame X, née en 1959 et représentée par Maître Y, intervenant en qualité de mandataire de cette dernière;

Vu l'accusé de réception envoyé le 17 octobre 2012, conformément à l'article 15 alinéa 1^{er} 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 le rapport d'expertise rendu le 25 juin 2014 par le Professeur Q1 à la demande du Fonds, en exécution de l'article 17 § 2 de la loi.

Vu le rapport complémentaire rendu le 8 juillet 2015 par le Professeur Q1 visant à analyser l'image de scopie réalisée en peropératoire.

Patient - Demandeur :

Madame X

Avocat:

Maître Y

Prestataire de soins concerné :

Docteur A
Neurochirurgien

Etablissement de soins concerné :

Hôpital K

I. FAITS

- Madame X est une patiente née en 1959 dont les problèmes neurochirurgicaux débutent en 1988.
- Sous la présente rubrique, seuls les faits utiles à la solution du litige pour lequel Madame X a requis l'avis du Fonds des accidents médicaux seront relatés.
- Le 23/02/2009, Madame X consulte le Docteur A, neurochirurgien à l'Hôpital K. Ce dernier requiert la réalisation d'une exploration neurophysiologique complète et d'une IRM cervicale.
- Le 31/03/2009, une IRM cervicale est réalisée et objective des lésions d'uncodiscarthrose en C5/C6 et C6/C7, responsable d'une irritation radiculaire bilatérale.
- Le Docteur A explique à la patiente qu'il ne peut pas proposer un traitement par stimulation que ce soit rolandique ou cordonale postérieure, étant donné qu'il existe d'autres lésions dégénératives cervicales qui peuvent expliquer en partie sa symptomatologie douloureuse.
- Le 22/07/2009, Madame X bénéficie alors d'une discectomie avec arthrodèse C5-C6 et C6-C7. L'arthrodèse est réalisée avec une cage en carbone de MEDTRONIC de type CORNER STONE.
- Le 03/09/2009, une radiographie de contrôle confirme un bon positionnement des cages intersomatiques en C5/C6 et C6/C7.
- Le 12/11/2009, la patiente est revue par le Docteur A. Lors de cette consultation, la patiente ne signale qu'une amélioration très partielle de sa symptomatologie douloureuse dans les membres supérieurs. Elle décrit des douleurs invalidantes persistantes au niveau des deux membres supérieurs, prédominant au niveau du membre supérieur droit. Parallèlement, elle décrit également des douleurs lombaires avec une irradiation douloureuse dans le membre inférieur droit.
- Eu égard au caractère persistant et rebelle de la symptomatologie douloureuse touchant à la fois les membres supérieurs et le membre inférieur droit, le Docteur A propose à la patiente un essai de stimulation cordonale cervicale.
- La patiente est hospitalisée dans le service de neurochirurgie de l'Hôpital K du 18/05/2010 au 29/05/2010 pour la réalisation le 19/05/2010 d'une laminectomie C6 et mise en place d'une électrode au niveau C3/C4/C5 sous contrôle scopique.
- Les suites opératoires ont été marquées par une tétra-parésie plus accentuée à gauche avec plégie au niveau de la main gauche.

- Madame X est restée hospitalisée à l'Hôpital K jusqu'au 29/05/2010. Elle a ensuite séjourné dans un centre de revalidation du 30/05/2010 jusqu'au 09/06/2010, date de son retour à domicile.
- Actuellement, la patiente présente une tétraparésie avec une atteinte sphinctérienne.

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 catégories¹.

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 :

- o Un accident médical sans responsabilité à condition que le dommage soit suffisamment grave² ;
- o Un prestataire de soins est responsable mais sa responsabilité n'est pas ou pas suffisamment assurée³ ;
- o 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 grave⁴ ;
- o L'assureur du prestataire responsable a fait une offre d'indemnisation que le Fonds juge manifestement insuffisante⁵.

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.

Ces pièces sont inventoriées à la page 6 du rapport d'expertise rendu par le Professeur Q1, qui fait également partie du dossier médical interne.

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

¹ Art 21, al 1^{er}, Loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé.

² Art 4, 1^o, Loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé.

³ Art 4, 2^o, Loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé.

⁴ Art 4, 3^o, Loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé.

⁵ Art 4, 4^o, Loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé.

Madame X a bénéficié le 19/05/2010 d'une laminectomie C6 et mise en place d'une électrode au niveau C3/C4/C5 sous contrôle scopique. L'intervention a été réalisée à l'Hôpital K par le Docteur A. Dans les suites opératoires, la patiente a présenté une tétraparésie avec une atteinte sphinctérienne.

Le présent avis a pour objectif d'analyser si la mise au point diagnostique et les traitements médicaux et chirurgicaux appliqués, ont été réalisés conformément aux règles de l'art et correspondent aux bonnes pratiques de la médecine.

Le présent avis a également pour objectif d'examiner si, à défaut de responsabilité, le dommage allégué par 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 2010⁶.

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 les services du Fonds qui ont décidé d'organiser une expertise contradictoire, dans le cadre de l'article 17 § 2 de la loi.

Cette première analyse a en effet permis de constater qu'il existait des indices sérieux que le dommage allégué puisse être suffisamment grave au sens de l'article 5 de la loi. Le Professeur Q1 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.

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 extracontractuelle. 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, en d'autres termes, démontrer que les conditions suivantes sont cumulativement réunies :

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

1. il doit être question d'un dommage subi ;
2. 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 ;
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.

Ces trois conditions seront examinées ci-après afin de vérifier si, dans le présent dossier, le dommage a été causé par un fait engageant la responsabilité du prestataire de soins.

Dès lors, l'étude de la responsabilité civile requiert, en l'espèce, d'examiner, si l'intervention du 19/05/2010 était indiquée et si celle-ci a été réalisée comme l'aurait fait tout chirurgien de la même spécialité normalement prudent et diligent.

Ensuite, dans l'hypothèse où le Fonds considère qu'une faute peut être imputée au prestataire 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

III.4.1.2.1 Quant à l'indication opératoire

Madame X présente une très longue histoire médicale relative à la pathologie, celle-ci ayant débuté en 1988.

La patiente a été suivie dans plusieurs institutions de soins depuis 1988 dont l'hôpital L. Ne souhaitant plus se faire opérer à l'hôpital L, elle a consulté pour la première fois le Docteur A le 23/02/2009 pour un avis complémentaire. Après avoir examiné l'ensemble de son dossier, ce dernier a proposé qu'elle bénéficie d'une exploration neurophysiologique complète et d'une IRM cervicale.

Une IRM cervicale a été réalisée le 31/03/2009, et a objectivé des lésions d'unco-discarthrose en C5/C6 et C6/C7, responsable d'une irritation radiculaire bilatérale à ces deux niveaux.

Le Docteur A a alors expliqué à la patiente qu'il ne pouvait pas proposer un traitement par stimulation que ce soit rolandique ou cordonale postérieure, étant donné qu'il existait d'autres lésions dégénératives cervicales qui pouvaient expliquer en partie sa symptomatologie douloureuse.

La patiente a dès lors bénéficié d'une discectomie avec arthrodèse C5-C6 et C6-C7 le 22/07/2009. Elle a été revue par le Docteur A le 03/09/2009 pour une radiographie de contrôle qui a confirmé un bon positionnement des cages inter-somatiques en C5/C6 et C6/C7.

Lors du contrôle suivant, c'est-à-dire le 12/11/2009, bien que la radiographie de contrôle se soit révélée favorable, la patiente n'a signalé qu'une amélioration très partielle de sa symptomatologie douloureuse dans les membres supérieurs. Elle s'est plainte de douleurs invalidantes persistantes au niveau des deux membres supérieurs, prédominant au niveau du membre supérieur droit et de douleurs lombaires avec une irradiation douloureuse dans le membre inférieur droit.

Compte tenu du caractère persistant et rebelle de sa symptomatologie douloureuse touchant à la fois les membres supérieurs et le membre inférieur droit, le Docteur A a proposé à la patiente un essai de

stimulation cordonale cervicale afin de diminuer la symptomatologie douloureuse au niveau des quatre membres.

Le Docteur A lui avait cependant expliqué qu'il ne souhaitait pas prendre de décision au plus tôt six mois après la dernière intervention neurochirurgicale, raison pour laquelle il lui avait proposé de la revoir quelques semaines plus tard. Madame X a revu en consultation le Docteur A en février 2010 et compte tenu de son évolution toujours aussi péjorative, ce dernier a programmé la mise en place de l'électrode cervicale.

Tenant compte des éléments précités, il peut être conclut que la patiente présentait des douleurs neuropathiques chroniques résultantes de la combinaison de plusieurs facteurs, à savoir : un syndrome de défilé thoracique à droite avec deux interventions réalisées l'une à l'Hôpital M, l'autre à l'hôpital L en 2004, des radiculopathies sur une uncodiscarthrose cervicale ayant bénéficié après échec du traitement conservateur d'une double arthrodèse cervicale en août 2009. L'amélioration après cette arthrodèse avait été jugée insuffisante par la patiente. Le Docteur A lui a alors proposé un essai de stimulation cordonale cervicale qui avait plus de chance de couvrir sa symptomatologie douloureuse au niveau des quatre membres qu'une stimulation rolandique qui est une technique thérapeutique beaucoup plus focalisée sur un membre ou une région de membre mais qui ne peut en aucun cas assurer une couverture bilatérale⁷.

Il résulte de ce qui précède que l'indication de la stimulation médullaire cervicale était justifiée dans le cas de Madame X. Cette intervention devait permettre, après la période de test, de réimplanter un boîtier de stimulation connecté à la fois au niveau cervical et au niveau dorsal pour son électrode médullaire thoracique implanté en 1992 dont le boîtier avait été explanté en 2008 pour pouvoir réaliser une IRM cérébrale. Cette double stimulation aurait permis d'induire une neuromodulation électrique aux quatre membres.

En l'espèce, le Fonds se rallie à l'avis de l'expert (Professeur Q1) et du spécialiste (Docteur Q2) et considère que l'intervention du 19/05/2010 était parfaitement indiquée, de sorte qu'aucun manquement ne peut être reproché au Docteur A quant à l'indication opératoire.

III.4.1.2.2 Quant au consentement éclairé

Lors de la vacation d'expertise qui s'est tenue le 18 octobre 2013, Madame X a déclaré ne pas avoir été informée d'un risque particulier relatif à l'intervention du 19/05/2010.

Il convient cependant de constater que dans le courrier de consultation du Docteur A daté du 16/02/2010, il est indiqué que « *la patiente est tenue au courant de tous les tenants et aboutissants de l'intervention qui doit se dérouler sous anesthésie générale* »⁸.

Il est tout aussi relevant de noter que la patiente avait déjà bénéficié en 1992 d'une implantation au niveau thoracique pour un « *failed back surgery syndrom* » avec le même type de procédure ce qui laisse présumer que les risques liés à l'intervention étaient bien connus de la patiente.

Par ailleurs, il est de doctrine et de jurisprudence constante que même en cas d'absence de consentement éclairé, il incombe au patient de rapporter la preuve du lien de causalité entre la faute éventuelle du médecin et le dommage. Concrètement, le patient doit démontrer qu'il aurait refusé une intervention si toute l'information significative lui avait été communiquée⁹.

⁷ Rapport du Professeur Q1 daté du 25/06/2014, p. 9

⁸ Rapport du Professeur Q1 daté du 25/06/2014, p. 9

⁹ Cour d'appel de Mons, 11/01/1999, *R.G.A.R.*, 2001/3, p. 13353.

La cour de Cassation, dans un arrêt du 16 décembre 2004, rappelle ainsi que le patient qui invoque que le médecin n'a pas respecté son devoir d'information et qu'il a ainsi subi un dommage, a la charge de le prouver.¹⁰

A supposer même que l'absence de consentement éclairé allégué par la patiente soit reconnu, encore conviendrait-il dès lors de constater qu'un dommage en découle.

Il faut se demander si une personne raisonnable placée dans les mêmes circonstances que la patiente aurait consenti à l'opération et ce en tenant compte des spécificités propres au dit patient¹¹. Dans cette appréciation, il peut naturellement être tenu compte du caractère vital du traitement, de la fréquence et de la gravité du risque, des alternatives au traitement et des circonstances particulières du patient¹².

En l'espèce, il nous paraît opportun de relever que l'époux de Madame X a contacté le Docteur A afin de lui demander d'intervenir le plus rapidement possible compte tenu du caractère insupportable de la symptomatologie douloureuse que présentait son épouse, dès qu'il a appris que l'intervention initialement programmée au début du mois de mai 2010 devait être reportée à une date ultérieure en raison d'une surcharge de travail dans le chef du Docteur A.

Tenant compte de ce qui précède, même si l'existence d'une faute relative au devoir d'information devait être établie, la preuve d'un lien de causalité entre celle-ci et un dommage ne serait pas rapportée.

Par conséquent, le Fonds estime qu'il n'est pas démontré que la patiente aurait refusé l'intervention du 19/05/2010 même si il pouvait être établi que le risque de complication ne lui avait été communiqué par le prestataire de soins. En l'espèce, le dommage n'est pas prouvé. Les éléments constitutifs à la reconnaissance d'une responsabilité ne sont dès lors pas réunis.

III.4.1.2.3. Quant à la technique chirurgicale et le suivi postopératoire

Le 19/05/2010, le Docteur A procède à la mise en place d'une électrode d'électrostimulation médullaire cervicale sous anesthésie générale¹³.

Il existait deux techniques possibles pour le placement de l'électrode, soit une électrode chirurgicale, soit une électrode percutanée. En l'espèce, le Docteur A a opté pour l'utilisation d'une électrode chirurgicale de 2x4 plots qui est au niveau cervical : « *plus sûre, plus efficace, plus aisée et plus confortable pour le patient et pour le chirurgien* »¹⁴. A cet égard, il est relevant de noter que les deux techniques étaient envisageables et que le choix de la technique relève d'une question d'école. En l'espèce, le choix de la technique n'est pas constitutif de faute dans le chef du prestataire de soins.

Lors de la vacation d'expertise qui s'est tenue le 18/10/2013, le Docteur A a déclaré : « *que l'intervention s'était déroulée normalement, que la patiente était restée en salle de réveil plus ou moins une heure avant de remonter en salle* »¹⁵. « *Il déclare être passé voir la patiente en salle de réveil alors*

¹⁰ Cass., 16 décembre 2004, Pas., 2004, n° 616

¹¹ Gand, 11 mars 1992, *Rev. dr. Santé*, 1995-1996, p. 54, note Th. Vanswevelt ; Anvers (1erch.), 20 septembre 1999, *Rev. dr. Santé*, 2000-2001, p. 366.

¹² Civ. Namur (6° ch), 30 mars 2001, *Rev. Dr. santé*, 2001-2002, p.34.

¹³ Le Docteur A avait expliqué à la patiente qu'il existait deux techniques, une par voie péridurale et une par voie chirurgicale, la première se faisant sous anesthésie locale et la seconde sous anesthésie générale. La patiente a opté pour l'anesthésie générale.

¹⁴ Avis du Dr Q2, intervenu en qualité de sapiteur, intégré dans le rapport du Professeur Q1 daté du 25/06/2014, p. 34

¹⁵ Rapport du Professeur Q1 daté du 25/06/2014, p. 10

qu'elle dormait encore mais que cette dernière a bougé les quatre membres sur sollicitation »¹⁶. « Avant de quitter le service, il aurait encore revu la patiente en salle d'hospitalisation ou aucun problème ne lui aurait été signalé »¹⁷.

Les propos du Docteur A ont été contestés par la patiente. Il convient cependant de constater qu'aucun élément objectif ne permet de remettre en cause la thèse défendue par le dispensateur de soins. Ainsi, il est de pratique courante pour un chirurgien de venir voir la patiente en salle de réveil. Le Docteur Q2 (sapiteur neurochirurgien) précise que le personnel en salle de réveil ainsi que l'anesthésiste n'auraient pas autorisé le retour en chambre de la patiente si l'évolution post opératoire immédiate avait posé un problème inhabituel. Enfin, la comparaison de l'image de scopie per-opératoire, avec les clichés du CT scanner réalisé le 19/05/2010 en soirée confirme que l'électrode a migré après l'intervention chirurgicale.

Compte tenu des éléments qui précèdent, le Fonds considère qu'il ne dispose pas d'éléments probants visant à pouvoir remettre en cause les faits tels que relatés par le Docteur A.

La complication neurologique a été identifiée le 19/05/2010 à 18h00 par le personnel infirmier¹⁸ qui a averti immédiatement le Docteur B, le Docteur A ayant quitté l'établissement hospitalier pour se rendre à une conférence. Un CT Scan a été réalisé à 18h30 à la demande du Docteur B. Ce dernier a pris connaissance du résultat du CT Scan le jour même à 19h30 et cela bien que le service de radiologie l'ait informé du résultat négatif du scanner. Vu l'absence d'hématome, il a décidé de ne pas réintervenir. Bien que cette énonciation des faits soit contestée par Madame X et son époux, il convient de constater que le dossier infirmier tend à soutenir la version du Docteur B¹⁹.

Il convient à ce stade de s'interroger sur le fait de savoir si la décision du Docteur B de ne pas réintervenir à la lecture du CT Scan, peut constituer un manquement fautif dans son chef.

Le protocole du CT Scan réalisé le 19/05/2010 décrit : « Acquisition réalisée en mode volumique spiralée dans un plan axial et complétée de reconstructions dans le plan sagittal, C.Status post implantation d'électrodes épidurales postérieures au regard des lames C3 et C4, à latéralisation gauche avec quelques éléments aériques épiduraux et paravertébraux médians, normaux en post-opératoire. Pas de signe d'hématome endocanalair sur le trajet des électrodes. Status post arthrodèses corporeale C5-C6, C6-C7 avec mise en place de greffons intersomatiques normalement positionnés et partiellement assimilés »²⁰.

Le Professeur Q1 relève dans son expertise que les images du CT Scan (du 19/05/2010) ne démontraient pas une position gravement anormale des électrodes. Il rapporte en sus qu'il n'est pas étonnant que ces dernières aient fait l'objet d'une interprétation différente par le Docteur A dans la mesure où : « le déplacement des électrodes ne pouvait être apprécié que par la chirurgien lui-même, seule personne ayant en mémoire l'image de scopie peropératoire »²¹.

L'expert relève également : « qu'il est probable que si la complication avait été identifiée par le Dr A lui-même et si celui-ci avait pu examiner lui-même le CT Scan du 19/05/2010, il aurait procédé à la reprise chirurgicale une vingtaine d'heures plus tôt »²². Cependant, il ne peut être reproché au Docteur A d'avoir confié la continuité des soins à un autre membre de son service qui plus est un neurochirurgien (Dr B).

¹⁶ Rapport du Professeur Q1 daté du 25/06/2014, p. 10. Il convient de relever que la version des faits relatés par le Docteur A est contestée par Madame X et son mari.

¹⁷ Rapport du Professeur Q1 daté du 25/06/2014, p. 10

¹⁸ Pièce n° 6 du dossier infirmier.

¹⁹ Rapport du Professeur Q1 daté du 25/06/2014, p. 38

²⁰ Protocole CT Scan de la colonne cervicale du 19/05/2010.

²¹ Rapport du Professeur Q1 daté du 25/06/2014, p. 39

²² Rapport du Professeur Q1 daté du 25/06/2014, p. 39

Le 20/05/2010 à 13h00, le Docteur A a fait son tour de salle et a commencé par Madame X. Cette dernière lui alors fait part des décharges électriques et des sensations de brûlure qui se manifestaient dans les quatre membres. Constatant l'existence d'une quadri parésie, le Docteur A interrogera les infirmières et apprendra qu'un CT Scan avait été réalisé la veille au soir, à la demande du Dr B. Il prendra alors directement connaissance du résultat du CT Scan et constatera la migration de l'électrode sur la hauteur du corps vertébral. Il procédera alors sans délai à l'ablation de l'électrode.

Lors de l'intervention chirurgicale, Le Docteur A pourra retirer l'électrode sans aucun problème et complètera la laminectomie jusqu'en C4 afin d'exclure la présence d'un hématome épidual. Aucune complication hématique ne sera décelée en l'espèce.

Le but de l'ablation de l'électrode était double, d'une part enlever un élément irritatif possible et d'autre part surtout autoriser une IRM afin de préciser l'étiologie du déficit neurologique. « *La présence de l'électrode aurait en effet rendu ininterprétable toute IRM à ce niveau* »²³.

A l'issu de l'intervention chirurgicale, le Docteur A demandera la réalisation d'une IRM cervicale qui révélera l'existence d'une contusion médullaire étendue de C3 à C6, sans hématome collecté²⁴: « *un œdème médullaire étendue de C3 à C7* »²⁵.

Le 21/05/2010, la patiente bénéficiera de potentiels évoqués somesthésiques des membres supérieurs et des membres inférieurs qui démontreront : « *des latences normales bilatéralement mais avec une discrète asymétrie d'amplitude et de latence au détriment de la gauche* »²⁶.

Depuis la reprise chirurgicale, la patiente conserve une tétraparésie avec des troubles sphinctériens et urinaires.

III.4.1.2.5 Conclusion sur la responsabilité

L'expertise contradictoire devait déterminer si le traumatisme de la moelle présenté par Madame X était imputable à un geste fautif du chirurgien en peropératoire ou si il avait été causé par une migration de l'électrode en post-opératoire.

Le Docteur A a expliqué lors des travaux d'expertise que l'électrode initialement placée en C4 était remontée en C3. Il a détaillé le mécanisme comme suit : « *cette ascension s'est faite en contournant par l'avant la protrusion anatomique du ligament jaune et donc en comprimant la moelle. En l'espèce, l'électrode a été calée dans l'espace postérieur en C3-C4 sous le ligament jaune. L'électrode est prolongé par des fils qui sont mis à la peau à travers la partie basse de l'incision. Ces fils sont placés en boucle dans le pansement* »²⁷. Pour lui, c'est donc une mobilisation de la boucle qui a poussé l'électrode vers le haut sur un effet « ressort » de la boucle sous cutanée²⁸.

Le Docteur A cite plusieurs causes pouvant expliquer la pression sur la boucle :

- « *La mobilisation du cou par la patiente elle-même* » ;
- « *un aléa* » ;
- « *Une erreur de nursing lors d'une vérification du pansement* » ;
- « *Une erreur de fixation dans le pansement* »²⁹.

Dans son avis technique, le Docteur Q2 (sapiteur neurochirurgien) confirme que la tétraparésie est très probablement due à une migration de l'électrode vers le haut survenue sur un effet ressort de la boucle sous cutanée. Il précise cependant que « *l'extension de l'électrode étant fixée habituellement à la*

²³ Rapport du Professeur Q1 daté du 25/06/2014, p. 11

²⁴ IRM cervicale du 20/05/2010

²⁵ Avis du Dr Q2, intervenu en qualité de sapiteur, intégré dans le rapport du Professeur Q1 daté du 25/06/2014, p. 34

²⁶ Rapport du Professeur Q1 daté du 25/06/2014, p. 11

²⁷ Rapport du Professeur Q1 daté du 25/06/2014, p. 25

²⁸ Avis du Dr Q2, intervenu en qualité de sapiteur, intégré dans le rapport du Professeur Q1 daté du 25/06/2014, p. 3

²⁹ Rapport du Professeur Q1 daté du 25/06/2014, p. 25

peau par un fil de suture, il est peu probable qu'une mobilisation de l'extension externe (dans le pansement) soit à l'origine de cette mobilisation secondaire »³⁰.

En l'espèce, les investigations menées au terme de l'expertise contradictoire n'ont pas permis d'identifier un acte précis à l'origine de la pression sur la boucle. Partant, il est impossible d'établir avec certitude un lien entre un geste particulier et le phénomène de pression sur la boucle sous-cutanée.

Compte tenu des éléments qui précèdent, le Fonds considère disposer de suffisamment d'éléments pour conclure, à l'instar du Professeur Q1 et du Docteur Q2, que l'intervention du 19/05/2010 a été accomplie par le Docteur A comme l'aurait fait un dispensateur de soins normalement prudent et diligent placé dans les mêmes circonstances. S'agissant du suivi postopératoire et de la prise en charge de la complication neurologique, le Fonds n'identifie aucune insuffisance notoire dans le chef du Docteur A.

Aucun manquement ne saurait dès lors être retenu dans le chef du prestataire de soins en partant simplement et uniquement du constat qu'une complication s'est réalisée.

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.

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 »³¹.

-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** :

³⁰ Avis du Dr Q2, intervenu en qualité de sapiteur, intégré dans le rapport du Professeur Q1 daté du 25/06/2014, p. 34

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

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 prévisible³².

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

Dans les suites d'une intervention chirurgicale ayant consisté en la pose d'une électrode de neurostimulation cordonale postérieure C3-C5 sous contrôle scopique, Madame X a présenté une tétraparésie avec troubles sphinctériens. La tétraparésie a été causée par la migration de l'électrode vers le haut sur un effet « ressort » de la boucle sous cutanée.

Il n'est pas contesté en l'espèce que le dommage susvisé résulte d'une prestation de soins de santé.

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.

Il convient dès lors de vérifier si le dommage de Madame X peut être considéré comme anormal au sens de la loi du 31 mars 2010.

Le dommage est anormal au sens de la loi³³ 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) Le critère de l'état actuel de la science doit être pris à son niveau le plus élevé. Un dommage sera considéré comme anormal lorsque le patient n'aurait pas dû le subir, le dommage ayant pu être évité compte tenu de l'état actuel de la science à son niveau le plus élevé.³⁴

A priori, Il n'existait pas de traitements ou de mesures préventives plus pointus qui auraient pu permettre d'éviter le dommage tel qu'il s'est déroulé concrètement.

- (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

³² Art 2, 7°, Loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé.

³³ Art 2, 7°, Loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé.

³⁴ Cfr Exposé des motifs, *Doc.parl.* Chambre, 2009-2010, 2240/001, p. 25.

dont la complication se déroule concrètement, notamment au niveau de l'ampleur du dommage occasionné³⁵.

Si les migrations d'électrodes vers le bas sont des évènements assez fréquents, aucune publication ne renseigne une migration ascensionnelle comme dans le cas d'espèce. A cet égard, le Dr Q2 (sapiteur neurochirurgical) précise que dans son expérience neurochirurgicale, il n'a jamais été confronté à une migration d'électrode vers le haut.

Suite à la migration de l'électrode, la patiente a présenté une tétraparésie avec troubles sphinctériens. Après examen de la littérature médicale, il apparaît que les déficits neurologiques après implantations d'électrode médullaire sont exceptionnels (moins de cinq cas décrits)³⁶, les conséquences habituellement générées par une migration de l'électrode étant une simple perte d'efficacité de la neuromodulation sans déficit neurologique.

Considérant les éléments qui précèdent, il peut être conclu que le dommage concrètement subi et décrit ci-dessus est disproportionné par rapport à celui habituellement provoqué par ce type de complication, soit une migration d'électrode vers le haut.

Par conséquent, le dommage subi par Madame X peut être considéré comme anormal au sens de la loi et constitue dès lors un accident médical sans responsabilité.

S'agissant de l'évaluation du dommage, l'état de la patiente est consolidé au 31/12/2011 avec une atteinte à l'intégrité physique et psychique imputable à l'accident médical sans responsabilité évaluée à 30%. Ainsi si antérieurement à l'intervention, la patiente présentait une AIPP³⁷ de 35%, elle présente actuellement une AIPP de 70%.

Au vu de ce qui vient d'être exposé, le Fonds conclut que le dommage subi par Madame X présente la gravité requise par l'article 5 de la loi.

Tenant compte de ce qui précède, il peut être conclu que le dommage allégué par Madame X constitue un accident médical sans responsabilité indemnisable par le Fonds.

IV **CONCLUSION**

Il ressort des informations communiquées par le demandeur et du dossier constitué par le Fonds que le dommage subi par Madame X ne trouve pas son origine dans une faute commise par un dispensateur de soins.

Le dommage allégué par Madame X répond à la définition de l'accident médical sans responsabilité et atteint l'un des seuils de gravité visés à l'article 5 de la loi, de sorte qu'il peut faire l'objet d'une indemnisation par le Fonds.

V **VOIES DE RECOURS**

³⁵ *Idem.*

³⁶ Avis du Dr Q2, intervenu en qualité de sapiteur, intégré dans le rapport du Professeur Q1 daté du 25/06/2014, p. 34

³⁷ AIPP= atteinte à l'intégrité physique et psychique

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.³⁸

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

³⁸ 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. »