



**LA REVUE EN LIGNE DU BARREAU de LIEGE**  
- JURISPRUDENCE -

---

**Tribunal de première instance de Liège (6<sup>ème</sup> chambre )**  
**16 février 2004**

---

**Responsabilité médicale – Expertise judiciaire – Contrôle du juge - Limites**

*Le juge doit se limiter à un contrôle, en quelque sorte marginal, du travail des experts choisis par lui et dont l'indépendance par rapport aux parties ne fait pas de doute. En l'espèce, le rapport des experts médecins justifie suffisamment le lien de causalité entre les l'intervention chirurgicale litigieuse et les séquelles définitives subies par la victime mais ne permet pas de se prononcer sur la prise en compte de l'état antérieur de la victime. Le juge désigne dès lors un nouvel expert médecin chargé d'évaluer l'incidence de cet état antérieur sans remettre en cause les conclusions des premiers experts quant aux fautes commises et à leurs conséquences.*

*( A. / B. et B. / C. en présence de E.)*

---

(...)

Attendu qu'il résulte des éléments soumis au Tribunal, ainsi que cela ressort notamment des dossiers médicaux produits, des conclusions des parties et du rapport du collège d'experts que:

La demanderesse A., née en 1952, connaissait depuis bon nombre d'années, des douleurs consécutives à des lombalgies, des sciatalgies gauches et des cervicalgies, sans qu'un diagnostic de hernie discale ait été posé.

L'hypothèse retenue était celle de lombalgies en relation avec un trouble de statique avec hyperlordose lombaire (rapport de l'hôpital Erasme du 28 septembre 1987).

Fin octobre 1994, elle connaît un épisode particulièrement douloureux et se plaint de douleurs thoraciques basses gauches, irradiées vers l'arrière et décrites comme intenable.

Elles motivent diverses consultations et examens complémentaires.

Sur recommandation, elle consulte le défendeur B., neurochirurgien, le 4 février 1995.

Celui-ci fait notamment procéder à un examen radiologique qui conclut, le 16 janvier 1995, à une "discarthrose sévère à développement médio-latéral droit en D10-D11 rendant le canal étroit et mettant la moelle en situation de compression" (docteur ...) (souligné par le Tribunal).

Le 26 janvier 1995, le docteur B., dans un courrier adressé au médecin-conseil de la mutuelle de la patiente, fait mention d'une "hernie discale au niveau de la région thoracique D10-D11,

du côté gauche avec légère compression osseuse à ce niveau qui rétrécit le canal rachidien et qui commence à provoquer, du côté gauche, une compression médullaire" (souligné par le Tribunal).

Une intervention sera pratiquée par lui le 3 février 1995.

Le protocole opératoire mentionne notamment: "Incision de D8 à D12. Les apophyses épineuses de D11, D10 et une partie de D9 sont enlevées. La laminectomie est faite sur D11, D10, D9...

En résumé: intervention sur la partie latérale gauche de la moelle pour compression ostéodiscale. Ouverture de cette étroitesse de canal à cet endroit et radicotomie postérieure complémentaire".

Ultérieurement, et pour répondre aux questions du collège d'experts qui le consulte comme sapiteur, le docteur O., du C.H.R. de Liège, écrira qu'il existe bien une hernie discale postéro-latérale droite qui a migré vers le haut en D11, D12, déformant le contour antéro-latéral droit de la moelle; il relève ainsi qu'il existe une discordance

radio-clinique entre les plaintes latéralisées à gauche et la hernie latéralisée à droite.

A la question qui lui était posée de savoir si l'image de la colonne préopératoire suggérait une possible évolution pathologique, ce médecin répond par la négative, les différents clichés ne montrant aucun signe de maladie vertébrale préexistante. Seul un début de lésion dégénérative discarthrosique est objectivable en D11/D12.

Les experts reprochent au défendeur B. d'avoir opéré "à l'aveugle" en se basant uniquement sur les douleurs thoraciques de la patiente, sans tenir compte au surplus des niveaux, ni des irradiations au niveau du membre inférieur. Ils lui reprochent d'avoir fait une interprétation incorrecte, en insistant (document médical 11) sur la hernie discale du côté gauche alors qu'elle se situait à droite.

Les experts critiquent, sans équivoque, la technique opératoire utilisée, considérant que "au lieu d'une thoracotomie ouverte, une approche transthoracique endoscopique est possible. En raison de mauvais résultats, l'approche directe par laminectomie devrait être abandonnée" (chapitre Discussion, page 4).

Et d'ajouter: "de manière générale, lorsqu'une laminectomie s'impose -or dans ce cas elle était contre-indiquée - elle risque d'autant plus d'entraîner une cypho-scoliose qu'elle est étendue -3 niveaux ici- qu'elle est haute - cervicale plus que dorsale et dorsale plus que lombaire - et que la patiente est jeune. Il y a si longtemps que l'on ne pratique plus de laminectomie aussi étendue pour des lésions bénignes non traumatiques chez l'adulte que les troubles de la statique dorso-lombaire qu'elles peuvent entraîner ne font plus l'objet de publications. Si ce n'est de façon accessoire (références bibliographiques n° 22 et 23). Les études dynamiques sur cadavres sont seules susceptibles de fournir des données chiffrées sur des séries significatives (références bibliographiques n°5, 8) . Il n'y a donc pas lieu de suivre l'argumentation développée par le Professeur V. qui dans le document n° FD17 tente de justifier l'approche postérieure par le fait que le "programme thérapeutique du Docteur B. n'était pas une exérèse discale" ce qui de nouveau va à l'encontre du diagnostic retenu par le Docteur B. (document médical n°11)".

Les experts situent ensuite l'apparition de la cyphoscoliose dont reste atteinte la demanderesse, dans un temps légèrement postérieur à l'intervention litigieuse du 3 février 1995. Ils sont formels pour affirmer que cette déformation n'existait pas en préopératoire et se fondent pour cela sur l'examen par le sapiro O. d'une étude de la colonne dorsale du 14 novembre 1994.

Ils insistent aussi sur l'avis du même sapiro quant à l'absence de possibilités d'évolution pathologique (autres que celles dues à l'intervention critiquée).

Sans nier le caractère rare de cette complication scoliotique post-opératoire, le collègue conclut, en conséquence de tout ce qui précède, que "la scoliose de cette patiente a pu se développer sous la conjonction d'un état hyperalgique avec contractures para-vertébrales (d'ailleurs constatées par le Docteur W., document médical n °25) et de la fragilisation du rachis à la suite des laminectomies étagées sur 3 niveaux avec ablation des apophyses épineuses".

Les experts font ensuite un sort à la seconde intervention, pratiquée par le docteur B. le 12 avril 1995.

Après avoir considéré cette cordotomie comme totalement obsolète à l'époque où elle fut réalisée, le collègue retiendra cependant que cette intervention n'a pas eu de conséquence péjorative supplémentaire sur l'état de la patiente.

Pour ce qui est des interventions pratiquées les 20 juin 1996 et 20 novembre 1997 par le docteur C., auquel la demanderesse ne reproche rien mais qui fut mis à la cause par le défendeur B., les experts constatent qu'à chaque fois, la demanderesse a été améliorée, bien qu'incomplètement et temporairement. Ils ne retiennent aucune faute dans le chef de ce médecin.

Après avoir retenu une période d'incapacité temporaire totale de 100% jusqu'au 20 janvier 1998, le collègue, retient, comme le Ministère des Affaires Sociales, un taux de 80% d'invalidité permanente à partir de cette date, et incluant le "préjudice moral au sens large" ( courrier du 7 janvier 2003, pièce 12 du dossier de la demanderesse).

## DISCUSSION.

Attendu qu'au terme d'un rapport très circonstancié et motivé, au cours duquel ils ont pu rencontrer les arguments du défendeur et de ses médecins-conseils, les experts se sont prononcés à l'unanimité sur les fautes et négligences du docteur B. dans la genèse de la cypho-scoliose concourant au trouble majeur de la statique qui est apparu par la suite, et qui a entraîné de nouvelles douleurs et une impotence fonctionnelle pour A., la confinant au fauteuil et au lit (conclusions, page 2, point 5).

Qu'ils se sont expliqués sur les raisons qui les ont amenés à considérer qu'il n'y avait pas chez cette patiente de défaut physiologique et prédisposition pathologique qui auraient pu influencer les lésions constatées par la suite.

Que contrairement à ce que soutient le premier défendeur, ils ont suffisamment justifié le lien de causalité entre les séquelles définitives et la laminectomie critiquée par eux, conclusion qui

n'est pas purement hypothétique, contrairement à ce qui est soutenu, mais qui découle de la conjonction des éléments décrits par eux (chapitre Discussion, page 8, dernier alinéa).

Qu'ils ont, de façon suffisamment claire, répondu à l'argument d'une apparition spontanée de scoliose, en se référant notamment à l'opinion de leur sapiteur, le docteur O., et dont il a été question plus haut.

Que pour le surplus, le Tribunal ne peut s'immiscer dans des disputes doctrinales qui ne sont pas de sa compétence, et doit se limiter à un contrôle en quelque sorte marginal du travail des experts choisis par lui et dont l'indépendance par rapport aux parties ne fait pas de doute.

Que procéder autrement rendrait impossible la conclusion d'un litige de ce genre, l'art de guérir n'étant pas, au demeurant, une science exacte en dépit de sa technicité de plus en plus évidente.

Attendu toutefois que dans la mesure où elle concernent l'importance exacte des séquelles imputables à la faute du docteur B., les observations de ce dernier, formulées à titre subsidiaire, ne paraissent pas, a priori, dépourvues de toute pertinence en ce qui concerne la prise en compte des douleurs antérieures à l'intervention litigieuse du 3 février 1995.

Qu'en effet, la demanderesse avait signalé que depuis octobre 1994 à tout le moins, elle souffrait de douleurs thoraciques basses décrites comme intenable, et qui ne disparaîtraient pas, en dépit des soins pratiqués par son médecin traitant et d'un recours à la kinésithérapie et à l'ostéopathie.

Que ces plaintes ont d'ailleurs été admises par les experts, les séquelles de la cypho-scoliose étant ajoutées par eux aux douleurs antérieures (page 16 in fine du chapitre Discussion).

Qu'il ressort d'ailleurs d'une attestation délivrée par l'employeur de la demanderesse, que celle-ci a été en incapacité de travail, de façon pratiquement continue, depuis le 19 octobre 1994; qu'au jour de l'intervention litigieuse, elle était donc sans activité depuis plus de trois mois, malgré les soins reçus (pièce 122 du dossier médical).

Que cependant, le rapport des experts ne permet pas, tel que rédigé, de se prononcer sur la prise en compte de cet état antérieur et de procéder, si besoin est, à une ventilation.

Que dans la mesure où, par ailleurs, la demanderesse entend être indemnisée au-delà des montants forfaitaires habituels pour la période antérieure à la consolidation et invoque un quantum doloris particulier, il serait judicieux que, dans la mesure du possible, celui-ci soit précisé dans le temps et dans son intensité, selon l'échelle de référence habituelle.

Qu'il en va de même pour ce qui concerne le préjudice esthétique, le conseil de la demanderesse reconnaissant d'ailleurs que le collège d'experts ne l'a pas quantifié, s'agissant d'experts n'ayant pas l'habitude de ce genre d'évaluation; que cette observation peut être faite aussi quant au préjudice sexuel pour lequel une indemnité non négligeable est réclamée.

Qu'il s'impose donc de recourir aux lumières d'un médecin habitué à évaluer le préjudice corporel au sens large et doté d'une formation en rapport avec les questions débattues en la présente cause.

Attendu que toutefois et eu égard à l'ancienneté du litige, il s'impose d'allouer dès à présent à la demanderesse, une indemnité provisionnelle, en prenant partiellement en compte les sommes admises à titre subsidiaire par le défendeur B. en ses conclusions additionnelles après expertise.

Qu'enfin, il convient de mettre dès à présent hors de cause le défendeur C..

(...)

Désigne en qualité d'expert Monsieur ..., qui, s'entourant de tous renseignements utiles, s'adjoignant au besoin le concours de tout spécialiste de son choix et procédant conformément aux dispositions des articles 962 et suivants du code judiciaire, aura pour mission

- de prendre connaissance du rapport du collège d'experts relatif à Madame A. et des dossiers médicaux qui lui seront produits.

- sans remettre en cause les conclusions dudit collège quant aux fautes commises et quant à leurs conséquences sur l'apparition de la cypho-scoliose dont souffre actuellement la demanderesse, de se prononcer de façon aussi précise que possible sur l'incidence de l'état antérieur de A. sur sa situation médicale globale actuelle, en examinant notamment la question de savoir si la situation connue par elle dès octobre 1994 n'aurait été que passagère ou si, au contraire, elle aurait, même sans l'intervention pratiquée le 3 février 1995, provoqué par la suite des périodes douloureuses et invalidantes.

- en toute hypothèse, d'évaluer l'importance des douleurs éprouvées par la demanderesse, à tout le moins depuis l'intervention litigieuse et de donner un avis quant aux préjudices esthétique et sexuel allégués, ainsi que sur toutes circonstances de nature à influencer sa vie quotidienne.

Rapport à déposer dans les cinq mois à compter du jour où il aura été saisi de sa mission par les soins du greffe, à la requête de la partie la plus diligente, conformément aux dispositions de l'article 965 du code judiciaire.

Ordonne l'exécution provisoire du présent jugement, sans caution ni cantonnement.

Réserve les dépens.

Place la cause au rôle général.

**Du 16 février 2004** – Tribunal civil (6<sup>ième</sup> Ch.)

Siég.: Mr. R. **Fontaine**

Greffier: Mme F. **Ledent**

Plaid.: Mes E. **Hannosset**, J.L. **Andrzejewski**, P. **Leclercq** ( loco **Wenric**) et **Melin** ( loco Ch.**Defraigne** )