

N° de dossier :

**LA COMMISSION DE CONCILIATION ET D'INDEMNISATION
DES PAYS DE LA LOIRE
REUNIE EN FORMATION DE RÉGLEMENT AMIABLE
le 8 novembre 2012**

- Vu le code de la santé publique en notamment ses articles L. 1142-1 I et II à L. 1142-24, D. 1142-1 à D. 1142-3 et R. 1142-13 à R. 1142-18 ; également l'arrêté du 4 mars 2003 relatif aux pièces justificatives à joindre à une demande présentée à une Commission de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales ; le règlement intérieur de la Commission et notamment son article 20 ;
- Vu la demande d'indemnisation présentée à la Commission le 18 mars 2011 et réputée complète le 24 mai 2011 par Monsieur **D** , agissant en qualité de victime, assistés par Maître RAFFIN et mettant en cause le Docteur C , assuré par Le S – et le Docteur S , assisté par L
- Vu les pièces versées au dossier ;
- Vu la désignation le 8 août 2011 en qualité d'expert du Docteur B neurologue, cette expertise ayant été annulée ;
- Vu la désignation le 1^{er} septembre 2011 en qualité d'experts du Docteur B , neurologue, et du Docteur X , anesthésiste réanimateur, et leur rapport d'expertise remis le 26 juillet 2012 ;
- Vu la procédure suivie pour l'examen de ladite demande ;

Après avoir entendu en séance le rapport de présentation du dossier par Mlle C ainsi que les observations de :

- M. et Mme D , assistés de Maître RAFFIN.
- Docteur M , assisté du Docteur R
- L , représentant le Docteur C

Et après en avoir délibéré, dans la formation suivante :

- Présidente : Madame Annick FELTZ
- Membres :
 - Mme Béatrice HASPOT
 - M. Marc HECTOR
 - Mme Armelle KASSIANOFF
 - M. Denis BAUDINAUD

- Mme Méry FAZAL-CHENAI
- Mme Stéphanie GOUSSEAU
- Mme Marie-Céline MAULINE
- M. Charles-Edouard De DIEULEVEULT
- Dr Stéphane MALBRANQUE
- Mme Cécile PELARD-CHENEDE
- Mme Carol GERMAIN (ONIAM)
- Dr François MOUTET
- Pr Olivier RODAT
- Dr Rémi AUGU
- Mme Christine RIVIERE
- Mme Sophie HOUDAYER
- M. Denis DUCHESNE

- En présence de Mlle C , juriste de la commission, et de Mlle K , juriste stagiaire, assistant la Présidente

La Commission s'est prononcée sur

Les circonstances :

Monsieur Y , né le 20 juillet 1945, compte parmi ses antécédents une dyslipidémie, une prostatectomie totale en 2009 et une coloscopie en 2010.

Le 1^{er} octobre 2010, en raison d'une tumeur rénale droite, il bénéficie d'une néphrectomie partielle avec analgésie postopératoire par péridurale, réalisée par le Docteur C. , urologue, et le Docteur M , anesthésiste réanimateur, à la Clinique S

Les suites sont marquées dès le lendemain par une paraplégie bilatérale prédominant à gauche. Le Docteur M. est prévenu en fin d'après-midi et la perfusion est diminuée puis arrêtée à 22 heures, en raison de l'apparition progressive d'un déficit sensitivomoteur prédominant à gauche. Le 3 octobre, une IRM médullaire élimine un hématome compressif. Le 4 octobre, le Docteur F. , neurologue, note une parésie et une hypoesthésie du membre inférieur gauche, ainsi qu'une récupération partielle du membre inférieur droit.

Un examen de potentiels évoqués du 5 octobre ne retrouve pas de signes électrophysiologiques d'atteinte des voies cordonnales postérieures et pyramidales. Les 6 et 7 octobre 2010, la poursuite de la récupération du déficit sensitivomoteur est notée.

Le 7 octobre, le Docteur F. note un tableau toujours très évocateur d'un syndrome médullaire asymétrique de mécanisme inconnu. Le jour même, Monsieur D est transféré vers le centre de rééducation fonctionnelle de Maubreuil. Le 11 octobre 2010, une IRM médullaire confirme un déficit sensitivomoteur des membres inférieurs et l'absence de lésion compressée ou ischémique des racines de la queue de cheval. Le 25 février 2011, le patient quitte le centre de M et poursuit sa rééducation en hôpital de jour, à raison de trois jours par semaine.

Le 9 mars 2011, le Docteur F. confirme l'incertitude du mécanisme ayant conduit à l'atteinte neurologique et note une poursuite de l'amélioration chez Monsieur D , qui suit une rééducation extrêmement active. Une hypoesthésie de la cuisse et de la fesse gauches remontant à la partie basse de l'abdomen est constatée.

Le 13 mai et le 21 septembre 2011, il est constaté une paraparésie prédominant à gauche avec un déficit de contrôle du genou et des douleurs neuropathiques à type de brûlures et



d'élancements notamment dans le membre inférieur gauche au niveau de la cuisse, de la partie basse de la paroi abdominale et vers les organes génitaux.

Le 15 décembre 2011, une mesure de potentiels évoqués somesthésiques (PES) conclut à l'amélioration des PES du membre inférieur droit mais à l'absence d'amélioration notable identifiée à gauche, avec des PES globalement identiques. Le 19 décembre, Monsieur D fait état de douleurs neurologiques et de la réapparition de petites fuites urinaires à l'effort et le 21 décembre 2011, la rééducation de jour est cessée.

Le 11 janvier 2012, le Docteur F note une recrudescence des douleurs des membres inférieurs dont l'origine est vraisemblablement mixte, avec une composante nociceptive et une composante neuropathique. La rééducation et le traitement antalgique sont poursuivis.

Monsieur D s'est vu reconnaître un handicap avec incapacité supérieure ou égale à 80% et accorder une carte d'invalidité pour la période du 13 mai 2011 au 31 mai 2013.

Au jour de l'expertise, Monsieur D, toujours en rééducation et marchant avec deux cannes, fait état de l'absence de verrouillage des genoux et d'une insensibilité du membre inférieur gauche, de la cuisse droite, et au niveau des organes génitaux. Depuis la survenue de la complication neurologique, il n'a plus aucune fonction sexuelle.

La compétence de la CRCI

La date du fait générateur, le 1^{er} octobre 2010, est postérieure à la date d'application des articles précités du code de la santé publique (loi du 4 mars 2002).

L'acte en cause, une néphrectomie partielle avec analgésie postopératoire par péridurale, est un acte de soins.

Le critère de gravité fondant la compétence de la Commission est un déficit fonctionnel temporaire supérieur à 50% sur une période de 6 mois (déficit fonctionnel temporaire total du 1^{er} novembre 2010 au 23 février 2011, soit 3 mois et 3 semaines, et déficit fonctionnel temporaire partiel à hauteur de 55% depuis le 24 février 2011, et toujours en cours au jour de l'expertise).

Les causes du dommage allégué et le lien de causalité avec l'acte :

Le dommage est caractérisé par une atteinte de type périphérique des deux membres inférieurs, plutôt de type radiculaire, survenue dans les suites immédiates d'une néphrectomie partielle avec analgésie postopératoire par péridurale.

Sur la responsabilité du Docteur M et du Docteur C.

L'article L.1142-1 I du Code de santé publique dispose que « *les professionnels de santé (...) ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute* ».



En l'espèce, il ressort des conclusions expertales que la néphrectomie partielle était parfaitement justifiée eu égard à l'adénocarcinome rénal présenté par Monsieur D

En outre, l'anesthésie péridurale est une technique classiquement proposée et réalisée pour soulager les douleurs. L'alternative thérapeutique aurait été de ne pas faire d'anesthésie péridurale et de donner des antalgiques par des voies plus classiques.

Une information sur l'anesthésie péridurale et un document type SFAR ont été donnés au patient. Le Docteur M. a vu Monsieur D la veille de son intervention et lui a expliqué les avantages de l'anesthésie péridurale pour diminuer la douleur.

La technique utilisée et le déroulement du geste lors de la mise en place de l'anesthésie péridurale ont été conformes aux données acquises de la science et aux recommandations en ce domaine.

En conséquence, aucune faute n'est imputable au Docteur M. et au Docteur C. dont la responsabilité n'est pas engagée.

Sur le droit à réparation au titre de la solidarité nationale :

L'article L.1142-1 II du code de la Santé Publique dispose qu'ouvrent droit à la réparation au titre de la solidarité nationale, les préjudices du patient, « lorsqu'ils sont directement imputables à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins et qu'ils ont eu pour le patient des conséquences anormales au regard de son état de santé comme de l'évolution prévisible de celui-ci et présentent un caractère de gravité, fixé par décret (...) ».

En l'espèce, le dommage allégué est directement imputable à un acte de soins, à savoir une néphrectomie partielle avec analgésie postopératoire par péridurale.

Dans la mesure où une atteinte neurologique à l'origine d'un déficit moteur est survenue au décours d'une telle intervention, il s'est manifestement produit un accident médical.

Selon les experts, la fréquence de survenue d'une effraction durale lors d'anesthésies péridurales est comprise entre 0,06% et 2,6%. Des brèches partielles, ou survenant lors de l'introduction du cathéter peuvent exister en l'absence même de reflux de liquide céphalo-rachidien visible. La diffusion à travers la dure-mère, voire le long des gaines radiculaires des racines nerveuses n'a été décrite qu'expérimentalement et cette complication est qualifiée de rarissime par les experts.

Ce dommage n'ayant été favorisé par aucun facteur ou antécédent propre au patient, et la responsabilité du Docteur M. et du Docteur C. ne pouvant être retenue, il doit être considéré que les complications consécutives à l'accident médical en cause sont anormales au regard de l'état antérieur du patient comme de l'évolution prévisible de celui-ci.

Ainsi, les conditions auxquelles les dispositions de l'article L.1142-1 II du code de la santé publique subordonnent la réparation des préjudices subis par une personne victime d'un accident médical au titre de la solidarité nationale, sont remplies.



Le régime d'indemnisation :

Il résulte de l'article L. 1142-1 du code de la santé publique que lorsque la responsabilité d'un professionnel ou d'un établissement de santé n'est pas engagée, un accident médical ou une affection iatrogène ouvre droit à réparation des préjudices du patient au titre de la solidarité nationale *lorsqu'ils sont directement imputables à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins et qu'ils ont eu pour le patient des conséquences anormales au regard de son état de santé comme de l'évolution prévisible de celui-ci et présentent un caractère de gravité, fixé par décret, apprécié au regard de la perte des capacités fonctionnelles et des conséquences sur la vie privée et professionnelle mesurées en tenant notamment compte du taux d'incapacité permanente ou de la durée de l'incapacité temporaire de travail.*

En l'espèce, conformément au texte précité, en l'absence de responsabilité du Docteur M et du Docteur C et au regard de la causalité du dommage, de sa gravité ainsi que de ses conséquences pour la patiente, les conditions d'indemnisation par la solidarité nationale sont remplies. Il appartient donc à l'ONIAM d'indemniser les préjudices subis par Monsieur D.

Le dommage et ses conséquences en termes de préjudices :

Le dommage consiste en une atteinte de type périphérique des deux membres inférieurs survenue dans les suites immédiates d'une néphrectomie partielle avec analgésie postopératoire par péridurale.

L'état de Monsieur D ne peut être considéré comme consolidé. Il devra être réexaminé dans 18 mois ou 2 ans à compter de la présente expertise, ayant eu lieu le 19 janvier 2012.

Les préjudices qu'il convient d'indemniser sont les suivants :

Préjudices patrimoniaux :

Avant consolidation

- dépenses de santé actuelles : frais médicaux et paramédicaux restés à charge avant la consolidation, et notamment les frais de transport du fait des allers et retours effectués par Monsieur D au centre de rééducation de M à partir du 7 octobre 2010 jusqu'à la consolidation (sur justificatifs)
- frais divers : aide par tierce personne à hauteur d'une heure par jour

Préjudices extra-patrimoniaux :

Avant consolidation

- déficit fonctionnel temporaire :
 - total du 1^{er} novembre 2010 au 23 février 2011
 - partiel à hauteur de 55% à compter du 24 février 2011 et toujours en cours
- souffrances endurées : 4,5/7

La Commission ne retient aucun autre chef de préjudice.



Emet l'avis suivant :

Article 1 : La réparation des préjudices incombe à l'ONIAM.

Article 2 : L'état de Monsieur D. n'est pas consolidé.

Article 3 : Les préjudices qu'il convient d'indemniser sont ceux mentionnés ci-dessus.

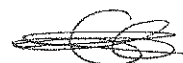
Article 4 : Il appartient à l'ONIAM d'adresser une offre d'indemnisation à Monsieur DRION dans le délai de quatre mois suivant la réception du présent avis.

Article 5 : Si aucune offre n'est faite à Monsieur D par l'ONIAM dans ce délai ou s'il préfère décliner l'offre qui lui est faite, il aura la possibilité d'intenter une action devant la juridiction de droit commun compétente.

Article 6 : Cet avis sera notifié :

- A Monsieur D et à son conseil Maître RAFFIN,
- Au Docteur M et à son assureur

- Au Docteur C à son conseil, Maître L et à son assureur
- Au médecin-conseil des organismes sociaux et autres tiers payeurs connus auxquels est affilié Monsieur D
- A l'ONIAM.



La Présidente de la Commission
Annick FELTZ

Pour copie certifiée conforme
Le Secrétariat de la Commission

AM
23 novembre 2012