

**L'expertise et**  
**la réparation du dommage corporel**  
**en neurochirurgie**

**Pr Daniel Le Gars,**  
*expert près la Cour d'Appel, expert national en accidents médicaux*

**Pourquoi être expert?**

- **Lucratif?**
- **Rôle social**
- **Se former**
- **Être compétent dans son domaine:**
  - **Se récuser: déontologie de l'expert**
  - **Se faire aider: co-expert ou sapiteur**
- **Y consacrer du temps avant, pendant et après, être disponible car la justice est lente, situation matérielle de l'expertisé**
- **Se documenter pour argumenter**
- **Être juste, pas juge!**
- **Avis technique, pas juge!**

## Les champs d'activité de l'expert en neurochirurgie

- Pathologie crânio-encéphalique
  - Traumatique
  - Non traumatique: AVC, hém.méningée, tumeur
- Pathologie rachi-médullaire:+++
  - Traumatique avec ou sans troubles neurologiques
  - Non traumatique:
    - Rachialgies cervical et surtout lombaire
    - Rachialgies avec radiculalgies:
      - NCB
      - Lombosciatique ou cruralgie
      - Syndrome de la queue de cheval
- Pathologie mécaniques des nerfs périphériques:
  - Traumatique: section, étirement
  - Compression: syndrome canalaire, iatrogène (per-op, plâtre, contention)
  - Accident anesthésie loco-régionale

## Caractéristiques de l'expertise en neurochirurgie: le temps

- Interrogatoire: troubles fonctionnels fréquents et multiples = doléances
- Examen clinique neurologique et général  
(ostéo-articulaire)
- Documents consultés: souvent nombreux (imagerie+++):
  - les trier
  - les regarder
  - être critiques avec les interprétations
- Souvent avoir recours:
  - Bibliographie
  - Recommandations HAS
  - Co-expert ou saphiteur(s)

## Quelques caractéristiques (suite)

- **Atteinte fonctionnelles: importance de doléances et donc de l'interrogatoire**
- **Pathologie grave: se faire raconter une journée**
- **Pathologie évolutive: attendre pour consolider**
- **Pathologie douloureuse: douleur dans l'IPP ou dans le pretium doloris**
- **Fréquence des préjudices sexuel et d'agrément**
- **Problèmes liés à la masse des documents consultés:**
  - Variés dans le temps et leur nature: classement
  - Pas seulement l'imagerie:
    - certificat
    - Neurophysiologie
    - Bilan sensoriel (ORL et ophtalmo)
    - CRO
    - CR
      - Hospitalisations
      - Rééducation
      - UEROS

## L'expertise en pathologie crânio-encéphalique

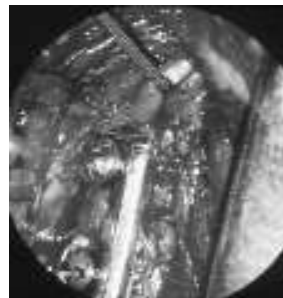
- **Pénal ou civil: traumatologie crânienne**
- **Expertise SS:**
  - **Imputabilité:** hém.méningée et AT, AT et épilepsie
  - **Consolidation**
  - **Aptitude activité salarié, invalidité**
- **En responsabilité médicale:**
  - **accident anesthésie, complications traitements divers**
  - **Administratif ou civil**
  - **Assurance**
  - **CRCI**

## **L'expertise en pathologie rachidienne:** l'essentiel de l'activité

- **Pénal ou civil:**
  - Sans troubles neuro
  - Avec troubles neuro
- **Expertise SS:**
  - Imputabilité AT (effort) ou MP
  - Consolidation
  - Aptitude activité salarié
- **Responsabilité médicale:**
  - Mauvais résultats de la chirurgie (information "éclairée")
  - Complications neurologiques post-op
  - Hématome épidualpost-op (queue de cheval)
  - Infection (spondylodiscite)

## **L'expertise en pathologie mécanique** **des nerfs périphériques**

- **Pénal ou civil:** traumatique
  - Section
  - étirement
- **Expertise SS:**
  - Imputabilité: MP 57 (syndrome canalairé)
  - Consolidation
  - Aptitude activités salariés
- **Responsabilité médicale:**
  - Traumatisme per-opératoire
  - compression ou étirement position opératoire, plâtre, contention
  - Accident ALR



## **Expertise en traumatologie crânienne(1)**

- **Traumatisme bénin**

- **Bénin?:**

- s'assurer de l'intégrité des fonctions supérieures = bilan neuropsychologique facile
- Atteinte sensorielle: ORL/ophtalmologie
- Atteinte comportementale:
  - Névrose post-traumatique (3-20%)
  - Troubles persistants de l'humeur, dépression (jusqu'à 20%)

- **Syndrome post commotionnel (jusqu'à 3%)**

- **Consolidation: 6-12-18mois**

- **IPP ou souffrances endurées pour les petites séquelles**

## **Expertise en traumatologie crânienne(2)**

- **Traumatisme grave:**

- **Atteinte cognitive** = bilan neuropsychologique/orthophonique

- Dans le dossier
- À faire

- **Épilepsie post-traumatique: (10 à 35%)**

- Imputabilité (PCI/ lésion scanner)
- Épilepsie précoce et tardive

- **Déficit neurologique:**

- Barème: PF (5 à 15%)
- Déficit sensoriel: anosmie (5 à 8%); ORL, ophtalmo
- Indépendance pour les gestes élémentaires de la vie courante
- Faire raconter une journée

- **Problème de la consolidation: revoir?**

- 1 an minimum
- Enfant: fin de scolarité donc à revoir

## **Autre problèmes en pathologie cérébrale non traumatiques**

- **AT:**
  - Imputabilité: hémorragie méningée
  - Consolidation et aptitude au travail des cérébrolésés
- **Responsabilité médicale**
  - -mauvais résultats (consentement)
  - Conséquences neurologiques autres chirurgie et anesthésie:
    - Anoxie (hémorragie, troubles respiratoires)
    - Cécité post-op

## **Expertise en pathologie rachidienne: *les traumatismes***

- **Bégin:** syndrome post-commotionnel:
  - Syndrome de Barré-Liéou
  - Cervicalgies, vertiges, etc...
- **Grave:**
  - Paraplégie
  - tétraplégie
- **Importance de l'état antérieur** (predisposition pathologique):
  - Traumatisme cervical et myélopathie
  - Spondylolisthésis
  - HD traumatique

**Expertise en pathologie rachidienne:**  
**non traumatique**

- **Rachialgies:**
  - Cervical: 3 à 15%
  - Lombaire: 3 à 20 %
- **Rachialgies et névralgies:**
  - NCB:
    - Forme aigüe à recrudescence nocturne: HD
    - Forme chronique: disco-ostéophytique
  - Lombosciatique ou cruralgie:+++
    - Examen clinique++
    - Radiologie positive par excès

**Un peu de clinique...**

## Colonne cervicale

<b>Flexion</b>	<b>30 à 70°</b>	<b>Distance menton-manubrium sternal</b>
<b>Extension</b>	<b>30 à 60°</b>	<b>Plafonnement du regard</b>
<b>Rotation</b>	<b>40 à 50°</b>	<b>Distance menton-moignon de l'épaule</b>
<b>inclinaison</b>	<b>30 à 80°</b>	<b>Distance oreille-moignon de l'épaule</b>

## Colonne dorso-lombaire

<b>Flexion</b>	<b>30°</b>	<b>Distance doigt-sol</b>
<b>Extension</b>	<b>30°</b>	
<b>Rotation</b>	<b>50 à 75°</b>	<b>Angle parcouru par le coude main sur la hanche</b>
<b>inclinaison</b>	<b>30 à 70°</b>	<b>Distance des doigts à l'interligne articulaire du genou</b>

**Indice de Shober :** ligne bi-crête + 10 cm vers le haut ; flexion du tronc, remesure entre les 2 points : Shober = 10 + x

**Qu'est-ce qui arrête le sujet : raideur ?, douleur ?, les deux ?**

## Guide de l'examen clinique du rachis

- **Syndrome rachidien:**
  - Douleur spontanée et provoquée
  - Troubles de la statique
  - Contracture musculaire
- **Syndrome radiculaire:**
  - Topographie
  - Manœuvre d'étirement (faux Lasègue)
- **Syndrome neurologique:**
  - Moteur:
    - Fonctionnel
    - Testing (0 à 5)
    - Amyotrophie (mesures)
  - Reflexes:
  - Sensitif
  - Génito-sphinctériens
- **Reste de l'examen**
  - État général; poids, muscles abdominaux
  - Autres articulations; épaule, hanche, genou

## Cotation du testing musculaire

- 0 Aucune contraction
- 1 Une contraction musculaire est palpable sous les doigts mais aucun mouvement n'est possible
- 2 La contraction musculaire permet un mouvement de l'articulation sur toute son amplitude, le membre étant sur un plan horizontal sans effet majeur de la pesanteur.
- 3 Le mouvement est possible dans toute son amplitude et contre la pesanteur
- 4 Le mouvement est possible dans toute son amplitude, contre l'action de la pesanteur et contre une résistance manuelle de moyenne importance.
- 5 La résistance manuelle est maximale

La cotation est affinée par l'adjonction de signes plus (+) et moins (-). Ces signes sont utilisés quand l'amplitude n'est pas complète (-) ou quand un muscle a plus d'efficacité que la définition ne lui accorde (+)

## **Expertise en pathologie rachidienne:** **en expertise SS**

- **Imputabilité (AT ou MP 97 ou 98...ou hors liste):**
  - État antérieur ou prédisposition pathologique?
  - Pas d'état antérieur radiologique mais clinique
- **Quand consolider (ou guérir)?**
  - A des antécédents : lorsqu'il rejoint son état antérieur
  - Sinon l'évolution prévisible de l'arthrose (âge, état radiologique)
- **Les documents consultés:**
  - Plus ils vont mal, plus il y a de documents!! (radios, EMG)
  - Exiger corrélations anatomo-clinique
  - Pas de parallélisme radio-clinique
  - Pb du spondylolsthésis non dégénératif
- **L'opéré qui va mal:**
  - Douleur neuropathique ou récurrence... ou les deux!
  - Contexte AT facteur prédictif mauvais résultats

## **Expertise en pathologie rachidienne:** **en responsabilité médicale**

- **Mauvais résultats:**
  - Information au malade
  - Respect recommandations
- **Déficit neurologique post-opératoire**
  - État pré-opératoire
  - Avulsion radiculaire
  - Méningocèle
  - Fuite LCR
- **Hématome épidual: queue de cheval (drainage?)**
- **Spondylodiscite, méningite: nosocomial (CRCI)**
  - Analyse hygiène pré-op (CLIN)
  - Analyse qualité prise en charge et qualité du traitement de la complication

## **Expertise et pathologie mécanique des nerfs périphériques**

- **Traumatisme accidentel: pénal, civil, SS (AT)**
- **Maladies professionnelles: syndrome canalaire**
  - Canal carpien ou cubital au coude
  - Tableau n°
- **Atteinte iatrogène: responsabilité médicale**
  - Traumatisme direct: piqure, section étirement
  - Position opératoire +++
  - Accident des ALR

## **Quelques réflexions**

- **On est technicien et pas juge**
  - Se baser sur des données « acquises »: rites et règles
  - De plus en plus de monde assiste
  - Parfois avocat qui commence sa plaidoirie
  - Garder son calme devant l'agressivité: recadrer
  - Tout le monde se présente et dit qui il représente!
- **On est médecin avant d'être expert: geste médical**
  - L'expertise rappelle ou prolonge la maladie
  - Épreuve psychologique pour le malade
  - Parfois pédagogue!
  - Prendre en compte la situation matérielle (délais, contexte économique)
- **Parfois on corrige un diagnostic ou une prise en charge inadaptée (tél au médecin traitant et/ou de caisse « hors expertise »)**
- **Déontologie de l'expert**
  - Compétent dans le domaine sinon refus ou sapiteur
  - Secret médical: uniquement ce qui est utile pour l'expertise