

Séance du 16 novembre 2015

Spécificités de l'expertise rhumatologique en matière de responsabilité civile

par Claude LAMBOLEY

MOTS-CLÉS

Expertise rhumatologique - Responsabilité civile - Responsabilité professionnelle - Traumatisme - Cervicarthrose - Ostéonécrose - Rhumatismes inflammatoires - Algodystrophies - Infiltrations intra-articulaires - Manipulations.

RÉSUMÉ

L'auteur, ancien expert rhumatologue près la Cour d'appel de Montpellier, décrit les difficultés que posent le déclenchement post-traumatique d'affections rhumatismales, telles que la cervicarthrose, l'ostéonécrose, les rhumatismes inflammatoires et l'algodystrophie en responsabilité civile de droit commun, et les complications de gestes thérapeutiques, comme les infiltrations intra articulaires et les manipulations, en responsabilité civile professionnelle.

L'appareil ostéo-articulaire paie un lourd tribut à l'occasion des traumatismes corporels survenant le plus souvent lors d'accidents de la circulation. Aussi, l'expert rhumatologue est-il souvent sollicité par le juge qui désire être éclairé par un technicien pour déterminer l'imputabilité des lésions et en apprécier les séquelles. L'objet de notre propos sera de souligner quelques particularités de l'expertise rhumatologique devant les juridictions civiles.

Aussi, ne parlerons-nous pas des expertises destinées à apprécier le dommage consécutif à des lésions orthopédiques post-traumatiques : fractures, luxations ou entorses. Il s'agit du domaine quasiment exclusif de l'orthopédiste.

Nous n'aborderons pas, non plus, le cas des expertises de compagnies d'assurance. C'est un domaine particulier où l'expert médical devra donner un avis éclairé eu égard aux clauses du contrat qui lie les deux parties. Le plus souvent, les conflits portent sur l'état antérieur au traumatisme et l'expert aura à rechercher d'éventuelles omissions dans la déclaration d'une anomalie de santé ou d'éventuelles fausses déclarations intentionnelles lors de la signature du contrat.

Nous nous intéresserons exclusivement aux relations qui peuvent exister entre le déclenchement d'une affection rhumatismale et un dommage corporel, soit que l'on se trouve dans le cadre d'une responsabilité de droit commun, le plus souvent à

la suite d'un accident de la circulation, soit que l'on ait affaire, dans le cadre de la responsabilité civile professionnelle, aux conséquences de gestes thérapeutiques à visées rhumatologiques.

I – Affections rhumatismales post-traumatiques dans l'expertise en responsabilité civile de droit commun

Il s'agit de maladies de l'appareil locomoteur pouvant apparaître à la suite d'un traumatisme. Le but de la mission d'expertise est alors d'en discuter l'imputabilité.

Les conditions générales d'imputabilité

Quels que soient les tableaux présentés, les critères d'imputabilité sont les mêmes :

- le traumatisme doit être unique, violent, certain et secondaire à l'action agressive et soudaine d'une cause extérieure ;
- les modifications objectives de l'articulation traumatisée doivent être constatées dans les suites immédiates du traumatisme ;
- l'intégrité articulaire avant le traumatisme et l'absence d'antécédents rhumatismaux doivent être indiscutables ;
- le diagnostic de l'affection rhumatismale doit être certain ;
- la persistance de l'atteinte pathologique de l'articulation traumatisée, dans le développement éventuel d'un rhumatisme polyarticulaire, doit être démontrée ;
- il doit y avoir un rapport chronologique entre l'affection rhumatismale et le traumatisme, le délai de latence entre ce dernier et les symptômes allégués variant selon la nature de l'affection⁽¹⁾.

Les pathologies rhumatismales discutées

Plusieurs pathologies rhumatismales peuvent être impliquées dans un traumatisme : l'arthrose dont seule l'arthrose cervicale sera envisagée car elle est la plus fréquemment alléguée, les rhumatismes inflammatoires comme la polyarthrite rhumatoïde, la pelvispondylite rhumatismale et les arthrites réactionnelles, l'algodystrophie et, enfin, l'ostéonécrose.

Traumatisme et arthrose cervicale

Les traumatismes du rachis cervical sont d'une très grande fréquence. Il s'agit, le plus souvent, d'un accident de la voie publique à la suite d'un choc frontal, d'une éjection hors d'un véhicule, ou d'un choc à l'arrière (2/3 des cas). Plus rarement, on se trouve en présence d'un accident de sport ou de travail. Le mécanisme du traumatisme n'est pas univoque, il peut être direct par hyperflexion, par hyperextension et plus rarement par choc vertical, ou indirect avec mouvement de va-et-vient.

Les problèmes essentiels, que devra résoudre l'expert, sont la recherche de la relation de cause à effet, selon les critères déjà mentionnés, entre le traumatisme incriminé et les troubles allégués, souvent riches, l'élimination d'un état antérieur et l'évaluation des séquelles des blessures génératrices d'incapacité permanente.

Une fois reconnue, l'arthrose cervicale pose, lors d'un traumatisme, des problèmes différents selon qu'elle précède ce dernier ou qu'elle lui succède.

Connue avant l'accident, cette arthrose peut intervenir comme facteur aggravant les conséquences directes du traumatisme. L'arthrose antérieure ou unco-discarthrose peut provoquer un rétrécissement des trous de conjugaison et un retentissement radiculaire. L'ostéophytose postérieure peut être à l'origine d'une compression médullaire aiguë ou lente. L'arthrose postérieure peut menacer les racines nerveuses et les filets sympathiques entourant l'artère vertébrale elle-même. Mais cette arthrose préexistante à l'accident peut avoir été jusque-là latente et devenir douloureuse dans les suites du traumatisme. On admettra alors le rôle révélateur et éventuellement aggravant du traumatisme.

Quant à l'arthrose secondaire au traumatisme, sa notion est largement surfaite. On admet que la détérioration discale, survenant au niveau d'un disque sus-jacent à un bloc fracturaire, est secondaire et liée au traumatisme. On admet que les traumatismes cervicaux entraînant des lésions ligamentaires, musculaires et discales peuvent être à l'origine d'une détérioration discale traumatique. Mais il faut insister sur le caractère banal de la cervicarthrose après la quarantaine et les ostéophytoses, dont la rapide évolution après traumatismes est prouvée par des clichés radiographiques successifs, sont de description exceptionnelle. Il est donc prudent d'exiger la continuité des symptômes et de n'admettre la responsabilité du traumatisme que si l'arthrose se développe sur une articulation avec une électivité frappante, si possible sur un disque non habituellement siège d'une discarthrose, et dans un délai rapide.

Une fois l'imputabilité admise, l'évaluation du dommage se fera de la manière habituelle, sachant qu'en matière de droit commun l'expert n'est guidé par aucun barème indicatif d'invalidité.

Traumatisme et ostéonécrose

L'ostéonécrose aseptique de l'adulte est liée à une oblitération vasculaire, elle est aseptique et intéresse les épiphyses des os longs, le plus souvent mal vascularisés. Très souvent primitive, elle peut être secondaire à un éthylisme chronique, à une corticothérapie prolongée, à des troubles métaboliques (obésité, diabète, goutte, hyperuricémie) et, enfin, à un traumatisme, ces facteurs pouvant s'intriquer. Nous ne parlerons que de l'ostéonécrose de la tête fémorale. C'est la plus fréquente.

Rappel clinique

L'ostéonécrose de la tête fémorale se caractérise par un début le plus souvent brutal, avec douleur fracturaire. Mais le début peut, aussi, être progressif. L'ostéonécrose peut même être latente, sa découverte est alors radiologique. Le tableau clinique est celui d'une coxopathie chronique de type mécanique avec une limitation, au début modérée, ne touchant que la rotation alors que les autres mouvements sont conservés. L'évolution se fait vers une limitation croissante et douloureuse de l'articulation avec amyotrophie et attitude vicieuse. Au début, les signes radiographiques sont absents ou discrets avec seulement un cerne de sclérose à concavité supérieure de la tête fémorale, un remaniement discret de la trame osseuse, une dissection en coquille d'œuf du pourtour de la tête. Plus tard, apparaissent un décrochement et un effondrement de ce pourtour. Au début, le diagnostic sera aidé par la scintigraphie qui révèle une hyperfixation, et par le scanner et l'IRM qui précisent les remaniements structuraux. La ponction biopsie affirme, si nécessaire, le diagnostic en révélant des lésions de nécrose osseuse.

Problèmes médico-légaux des ostéonécroses post-traumatiques

Ils se posent surtout dans les cas d'ostéonécrose de hanche. Le problème est assez simple et peu discuté quand le traumatisme a consisté en une fracture du col fémoral, du cotyle ou une luxation de la tête fémorale. Cette complication peut aussi survenir après réduction d'une luxation congénitale de la hanche. Le mécanisme physiopathologique réside dans l'altération traumatique des vaisseaux irriguant la tête fémorale.

Ils sont plus difficiles à résoudre quand il n'y a eu qu'une contusion sans fracture ou luxation du grand trochanter, du genou, de l'aîne, ou mouvement forcé en grand écart. Pour qu'il y ait imputabilité on admet avec Lequesne les conditions suivantes :

- contusion brusque, violente, soit directe de l'aîne par instrument contondant ou pénétrant, soit indirecte : choc sur le grand trochanter ou le genou (accident du tableau de bord) ou sur le membre inférieur tendu ou encore mouvement forcé tel qu'un grand écart ;
- douleur de la hanche immédiate ou au lever après immobilisation, condition qui peut manquer ;
- image radiographique de nécrose débutante entre le 4^e et le 8^e mois ou à défaut image plus évoluée entre le 9^e et le 24^e mois, mais d'une ancienneté apparente, cohérente avec la date du traumatisme ;
- à défaut d'image radiographique probante, nécrose histologiquement confirmée par forage biopsique dans les mêmes délais.

Traumatisme et algodystrophie

Les algodystrophies sont des manifestations régionales de topographies articulaires et péri-articulaires caractérisées par un syndrome douloureux, vaso-moteur et trophique, de causes diverses, intéressant surtout la racine des membres. A côté des formes primitives, il existe des formes secondaires à des affections neurologiques, thérapeutiques (phénobarbital, tuberculo-statiques), métaboliques (diabète, hyperthyroïdie), et surtout post-traumatiques qui nous intéressent ici. Dans ce cas, il peut s'agir aussi bien de fracture que de luxation, d'entorse ou de simple contusion, voire même de la seule immobilisation plâtrée.

Rappel clinique

La forme clinique la plus fréquente est l'algodystrophie du membre supérieur. De début souvent progressif, l'évolution se fait en deux stades : fluxionnaire puis atrophique. À la main, on note une impotence douloureuse, un œdème, des troubles vasomoteurs et un enraidissement du poignet et des doigts. L'épaule peut être intéressée avec douleur et limitation qui peut aller jusqu'à l'ankylose. Les signes radiographiques sont décalés dans le temps de trois à quatre semaines et se caractérisent par une raréfaction osseuse, le plus souvent hétérogène, parfois homogène. La scintigraphie révèle une hyperfixation précoce. Ultérieurement, l'évolution se fait vers une atrophie cutanée, une amyotrophie et une rétraction en griffe des doigts, associées à un blocage complet de l'épaule. Les signes radiographiques s'accroissent et vont persister longtemps après la guérison clinique.

Au membre inférieur, l'algodystrophie peut toucher le pied, le genou ou la hanche.

Problèmes médico-légaux des algodystrophies post-traumatiques

L'imputabilité est en général peu discutable, la notion de traumatisme étant large et englobant fracture, luxation, entorse, contusion simple, traumatisme crânien grave, intervention chirurgicale et immobilisation plâtrée. Un terrain neuro-dystonique est souvent retrouvé, mais, même s'il a facilité le déclenchement de l'algodystrophie, le facteur déclenchant essentiel demeure le traumatisme. Il faut naturellement éliminer les autres causes possibles.

Le diagnostic est en général facile. Il s'appuie sur des signes cliniques positifs rappelés plus haut. Cependant, quelques pièges sont possibles, tels que le retard d'expression radiographique et la négativité des signes scintigraphiques au début, ou la rétraction majeure d'un segment de membre avec ankylose qui peut parfois poser problème.

Le délai moyen d'installation est de trois mois et demi pour les traumatismes graves, un mois pour les contusions. Au-delà, il faut être de plus en plus réticent pour admettre l'imputabilité.

La concordance de siège s'impose. Un piège peut résider dans les formes extensives ou les formes successives. Quant aux formes controlatérales, elles ne sont jamais post-traumatiques.

L'incapacité temporaire totale est variable de 2 à 21 mois en moyenne.

Le *pretium doloris* sera apprécié en fonction de la durée d'évolution, de l'importance des douleurs pendant celle-ci, de la difficulté du traitement (infiltrations, traitement par thyro-calcitonine plus ou moins bien supportée, nécessité de blocs intra-veineux à la guanéthidine, de traitement par les bêta-bloquants).

Un éventuel préjudice esthétique peut se discuter en cas de déformation en griffe irréductible des doigts, par exemple.

Une IPP sera appréciée en cas de séquelles sous forme d'une limitation de la fonction articulaire, elle pourra varier de 0 à 12%.

Traumatisme et rhumatismes inflammatoires

Une étiologie post-traumatique peut parfois être discutée dans certains rhumatismes inflammatoires, qu'il s'agisse de la polyarthrite rhumatoïde ou des spondylarthropathies, pelvi-spondylite ou arthrites réactionnelles.

Symptomatologie

La polyarthrite rhumatoïde se définit comme un rhumatisme inflammatoire poly-articulaire avec atteinte bilatérale symétrique et surtout distale des membres et se caractérisant, au plan clinique, par des douleurs, une enflure, des déformations et un enraidissement et, finalement, une destruction de ces articulations. À la phase évoluée, le diagnostic est relativement facile, compte tenu de l'aspect clinique caractéristique des déformations articulaires, des images radiographiques typiques, et des stigmates biologiques constitués par des perturbations inflammatoires et immunologiques caractéristiques avec VS et CRP augmentées et, dans une grande proportion de cas, présence du facteur rhumatoïde. Il n'en est pas de même au début, où le diagnostic est essentiellement clinique. On est aidé par les critères proposés et validés qui sont au nombre de 7 :

- la raideur matinale durant au moins une heure ;
- l'arthrite d'au moins trois articulations avec gonflement constaté médicalement, intéressant les articulations inter-phalangiennes proximales, les métacarpo-phalangiennes, les poignets, coudes, genoux, chevilles, les articulations métatarso-phalangiennes ;
- arthrite touchant la main avec gonflement d'au moins un des groupes articulaires suivants : poignet, MCP, IPP ;
- arthrite symétrique, mais l'atteinte bilatérale des IPP, MCP, MTP est acceptable même en l'absence de symétrie ;
- nodules rhumatoïdes sur les crêtes osseuses ou les surfaces d'extension ou en situation péri-articulaire ;
- présence du facteur rhumatoïde ;
- signes radiologiques typiques.

Quatre critères sont nécessaires, les critères 1 et 4 doivent être présents depuis au moins six semaines. Des critères ACR/EULAR ont été affinés et précisés en 2009.

Dans l'appréciation de l'imputabilité, il faudra tenir compte du caractère poly-factoriel de la maladie. Il s'agit en effet d'une maladie auto-immune avec prédisposition génétique dont témoigne l'existence possible d'antigène DR1 et/ou DR4. Il ne faut pas, non plus, négliger les autres facteurs épigénétiques.

Les spondylarthropathies regroupent des rhumatismes inflammatoires sans signes cliniques et biologiques de polyarthrite, associant atteinte sacro-iliaque clinique et/ou radiologique et atteinte préférentielle des enthèses, c'est-à-dire des zones d'insertion osseuses des tendons, des ligaments, des capsules articulaires. Il s'y associe de manière fréquente, mais non constante, la présence de l'antigène HLAB27.

Différents critères aident au diagnostic. Les critères de classification d'Amor regroupent les signes cliniques, les signes radiologiques, le terrain génétique, et la sensibilité au traitement. Chacun est qualifié de 1 à 3 points, un total de 6 points est nécessaire au diagnostic positif. La classification proposée par l'European spondylarthropathy Group associe deux critères majeurs :

- douleurs rachidiennes inflammatoires ;
 - synovites asymétriques ou prédominantes aux membres inférieurs,
- et des critères mineurs :
- antécédents familiaux de spondylarthropathie (SPA au premier ou au deuxième degré), psoriasis, uvéite, arthrite réactionnelle, ou maladie inflammatoire intestinale ;
 - maladie inflammatoire intestinale ;
 - urétrite ;
 - diarrhée aiguë précédant de moins d'un mois les arthrites ;
 - douleurs fessières à bascule ;
 - enthésopathie ;
 - sacro-iléite radiologique \geq stade 2 si bilatérale, \geq stade 3 si unilatérale.

Le diagnostic s'appuie sur l'association d'un critère majeur et d'un critère mineur.

Problèmes médico-légaux posés par les rhumatismes inflammatoires

Pour tous ces rhumatismes inflammatoires, le facteur traumatique est loin d'être au premier plan, puisqu'il est reconnu dans seulement 3 à 8% des cas de polyarthrite rhumatoïde, et seuls quelques 86 cas ont été répertoriés pour les spondylarthrites. Aussi, pour que le rôle causal du traumatisme soit reconnu sur le plan médico-légal, faut-il être très strict sur les critères d'imputabilité. Ces derniers exigent :

- que le traumatisme soit unique et violent, ce qui exclut les micro-traumatismes de la vie professionnelle ;
- que les manifestations inflammatoires siègent sur l'articulation traumatisée qui reste la localisation préférentielle de la maladie ;
- que le malade soit indemne de toute affection articulaire inflammatoire avant le traumatisme ;
- que l'intervalle libre entre le traumatisme et le rhumatisme soit nul ou très bref ;
- que le diagnostic de rhumatisme inflammatoire soit établi avec certitude.

La réparation sera fonction de la pathologie présentée et de son évolution. En pratique, nous retiendrons que, dans l'arthrose et les rhumatismes inflammatoires, l'imputabilité traumatique est rarement reconnue du fait de sa rareté et de l'absence d'explication physio-pathogénique. Aussi, faut-il insister sur le respect strict des critères d'imputabilité. Elle est plus communément admise dans l'ostéonécrose ou l'algodystrophie en raison de la grande fréquence de ce facteur étiologique : 7 à 25% dans l'ostéonécrose, 59% dans l'algodystrophie.

II – Complications de traitements rhumatologiques dans l'expertise en responsabilité civile professionnelle

Les particularités de l'expertise en matière de responsabilité professionnelle.

L'expert rhumatologue peut être sollicité par un juge dans le cadre d'un recours en responsabilité civile d'un patient, à l'encontre d'un professionnel de santé, pour un acte thérapeutique dont il a subi des conséquences qu'il estime néfastes. Une telle expertise est particulière et délicate.

Elle est particulière en ce sens que l'expert, se trouve investi d'une mission beaucoup plus large que d'habitude, puisque, outre l'estimation du dommage, celle-ci comporte :

- la recherche de la réalité et de la nature des fautes et erreurs commises au cours des actes médicaux ou dans le choix des moyens ;
- l'établissement de la relation de causalité entre la faute et le dommage, ce qui conditionnera la responsabilité du professionnel.

L'expert a ainsi la lourde charge d'établir les conditions juridiques du bien-fondé de l'action en répondant à trois interrogations :

- y-a-t-il faute médicale ? et laquelle ?
- y-a-t-il dommage ou préjudice ? et quelle est son importance ?
- y-a-t-il relation de cause à effet entre cette faute et ce dommage ?

L'expert joue donc, dans ces circonstances, le rôle d'un véritable juge d'instruction. Ceci rendra nécessaire d'interroger et d'examiner le plaignant en l'absence du médecin prétendu responsable, puis d'interroger ce dernier en l'absence du malade et enfin de confronter les deux parties.

Elle est délicate car elle met en cause :

- d'une part, un malade dont l'état de santé peut avoir été gravement, voire définitivement, altéré du fait d'une faute médicale éventuelle ;
- d'autre part, un médecin dont la compétence, la conscience professionnelle et l'honorabilité sont en jeu.

L'expertise en responsabilité médicale exige, de ce fait, une grande compétence, une large expérience, une mûre réflexion et une parfaite objectivité de la part du médecin expert.

Au civil, l'expertise est le plus souvent confiée à un collège de trois experts. Leur mission sera de rechercher et de qualifier la faute médicale.

S'agissant, ici, non pas d'une responsabilité délictuelle⁽²⁾ mais d'une responsabilité contractuelle⁽³⁾, les experts devront dire si le professionnel de santé a obéi aux obligations auxquelles il est tenu. Ils devront notamment préciser si les soins donnés ont été consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la science, préciser aussi dans quelle mesure l'utilisation ou la non utilisation de telle ou telle thérapeutique ou de tel moyen technique n'a pas diminué ou fait perdre des chances de guérison ou de survie au malade et si le patient a été convenablement éclairé des risques possibles.

Trois sortes de fautes peuvent alors être distinguées :

- faute par manquement à la prudence banale ;
- faute par méconnaissance des droits du malade, en particulier l'absence de consentement éclairé du patient ;
- faute par méconnaissance des règles techniques médicales.

Actes thérapeutiques concernés à l'occasion d'expertise rhumatologique en matière de responsabilité civile professionnelle.

Deux gestes thérapeutiques sont sources d'expertise en responsabilité : les infiltrations et les manipulations.

Les infiltrations intra-articulaires

Les infiltrations intra-articulaires peuvent être le fait de rhumatologues ou de médecins généralistes. Il s'agit d'un geste thérapeutique consistant à injecter à l'aide d'une aiguille un médicament, en général un corticoïde, dans une articulation.

Les complications des infiltrations

Ces complications peuvent être d'ordre général : gastrite, ulcération digestive ou réveil douloureux d'une hernie hiatale. Elles sont relativement rares. On peut aussi observer des hématomes sous-cutanés ou des hémarthroses chez des patients sous anticoagulants. Parfois, on peut constater l'aggravation d'un diabète ou d'une hypertension artérielle. Mais la plainte la plus fréquente est en rapport avec la complication locale la plus grave : l'infection articulaire. Elle est relativement rare compte tenu du nombre considérable d'infiltrations pratiquées. Cette rareté s'explique par l'usage systématique des seringues jetables avec respect de sa date de péremption, par les précautions d'asepsie indispensables : usage de seringues montées jetables, asepsie des mains de l'opérateur, asepsie rigoureuse du champ avec utilisation d'antiseptiques puissants, pansement stérile placé sur le pertuis après infiltration. Le corticoïde utilisé, sa quantité, le rythme des infiltrations, la technique

n'ont aucune incidence sur le risque. Il faut souligner que celui-ci, même avec les précautions les plus strictes, n'est pas nul ; on le chiffre dans une fourchette de 1/10 000 et 1/7 000.

Le rhumatologue expert tiendra compte pour apprécier l'éventuelle responsabilité du professionnel mis en cause :

- de l'expérience du praticien mis en cause dans cette thérapeutique ;
- de l'indication : tout sujet atteint d'une affection articulaire dégénérative ou inflammatoire peut être infiltré sous réserve d'un diagnostic précis ;
- de la technique : asepsie des mains, utilisation de matériel jetable non périmé, utilisation d'un anti-septique puissant, utilisation d'un flacon à usage unique ;
- de la surveillance des suites ;
- de l'information du patient sur les risques possibles.

La faute étant admise, le préjudice sera évalué en fixant :

- l'incapacité temporaire totale, variable, selon l'importance du dommage, d'une semaine à deux ans, voire davantage ;
- la date de consolidation qui sera la plus tardive possible ;
- le *pretium doloris* qui résultera du nombre et de l'importance des moyens mis en œuvre pour le traitement et la rééducation ;
- le préjudice esthétique en relation avec les cicatrices opératoires ou les boîtiers résiduelles ;
- l'incapacité permanente partielle, variable en fonction des séquelles fonctionnelles articulaires, mais aussi de l'état antérieur ;
- l'incidence professionnelle et le préjudice d'agrément.

Les manipulations

C'est un geste thérapeutique qui consiste en une impulsion brève, appliquée sur un segment vertébral, préalablement localisé et mis en tension. C'est un acte qui nécessite un examen clinique, radiographique en vue d'un diagnostic préalable.

Jusqu'à une date récente, ce geste thérapeutique était réservé aux seuls médecins qui en avaient l'expérience. Depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et son décret d'application du 25 mars 2007⁽⁴⁾, la profession d'ostéopathe et de chiropracteur a été reconnue et réglementée et, sous certaines conditions, que précise l'article 75 de la loi, la pratique des manipulations leur est autorisée. Mais, il n'en demeure pas moins que celles-ci doivent impérativement être effectuées sous contrôle médical, dès lors que l'état pathologique du patient dépasse les compétences de l'ostéopathe.

L'expert rhumatologue aura donc à donner son avis aussi bien en cas de plainte à l'encontre de médecins, rhumatologues ou non, ayant provoqué des dommages locomoteurs à la suite de manipulation, que de plainte à l'encontre de non médecins, en particulier chiropracteurs ou kinésithérapeutes.

Les complications des manipulations

Il peut s'agir d'accidents vasculaires à la suite de manipulations cervicales, du fait des rapports étroits existant entre vertèbres et territoire artériel vertébro-basilaire. Le rhumatologue expert est en général peu concerné par ce type de complications qui relèvent, de préférence, du domaine du neurologue.

Il est, en revanche, impliqué dans les complications ostéo-articulaires qui se rencontrent dans le cas de rachis préalablement pathologiques : fractures vertébrales dans le cas d'ostéoporose, de tumeurs malignes ou de myélome ; aggravation de spondylodiscite ; aggravation d'une hernie discale préexistante ou constitution d'une hernie après manipulation. Des syndromes neurologiques peuvent en résulter : paraplégie, tétraplégie, radiculalgie.

Le rhumatologue aura à éclairer le tribunal :

- sur la compétence du thérapeute : seul un praticien diplômé et expérimenté est habilité à cette pratique. Les kinésithérapeutes, les chiropracteurs sont tenus, en cas de difficulté, de demander l'avis d'un médecin compétent⁽⁵⁾ ;
- sur le diagnostic préalable, ce dernier doit être étayé par tout moyen d'investigation, l'absence d'examen clinique préalable et d'examen radiographique constituant une faute médicale ;
- sur la réalisation technique de la manœuvre qui doit être pratiquée dans les règles, avec le consentement éclairé du patient ;
- sur la surveillance post-thérapeutique avec nécessité de revoir le malade rapidement en cas de prodromes.

En cas de faute et de préjudice avéré, le dommage sera apprécié comme dans tout dommage.

Les états pathologiques dont il vient d'être question sont tous, sinon banals, tout au moins plus ou moins fréquents. Quand ils surviennent, ils sont vécus par le malade, qui en est la victime, comme une fatalité⁽⁶⁾ qu'il récuse et à laquelle il veut trouver une explication sinon un coupable. Quand cet état rhumatismal survient dans un contexte traumatique, le coupable est tout trouvé : l'auteur de l'accident. Dans les conflits qui en résultent, l'expert médical est alors appelé par le juge à jouer le rôle d'arbitre, appuyant ses conclusions sur un interrogatoire quasi inquisitorial, sur un examen soigneux et sur ses connaissances des données les plus récentes de la science. C'est à l'évidence une lourde responsabilité sachant que le juge, le plus souvent, motivera son jugement en s'appuyant sur cette expertise.

NOTES

- (1) Délai nul pour la spondylarthrite ankylosante et les arthrites réactionnelles, intervalle libre inférieur à deux mois ou six mois pour la polyarthrite rhumatoïde, intervalle libre inférieur à un mois ou trois mois pour les algodystrophies, latence très variable d'un cas à l'autre en matière d'arthrose : elle peut être nulle ou durer parfois une dizaine d'années.
- (2) La responsabilité civile délictuelle ou quasi délictuelle, dite encore extracontractuelle, vise à régir les situations où une personne cause par son fait ou celui des personnes ou des choses dont il a à répondre, un préjudice à autrui, soit volontairement soit involontairement.
- (3) La responsabilité contractuelle est engagée en cas de mauvaise exécution ou d'inexécution totale ou partielle des obligations nées d'un contrat.

- (4) Le décret d'application précise dans son article 1^{er} : Les praticiens justifiant d'un titre d'ostéopathe sont autorisés à pratiquer des manipulations ayant pour seul but de prévenir ou de remédier à des troubles fonctionnels du corps humain, à l'exclusion des pathologies organiques qui nécessitent une intervention thérapeutique, médicale, chirurgicale, médicamenteuse ou par agents physiques ; et dans son article 2 : Les praticiens mentionnés à l'article 1^{er} sont tenus, s'ils n'ont pas eux-mêmes la qualité de médecin, d'orienter le patient vers un médecin lorsque les symptômes nécessitent un diagnostic ou un traitement médical, lorsqu'il est constaté une persistance ou une aggravation de ces symptômes ou que les troubles présentés excèdent son champ de compétences.
- (5) L'ostéopathe et le chiropracteur se doivent d'orienter le patient vers un médecin compétent dès lors qu'il y a un doute sur l'origine des symptômes présentés par la personne, une aggravation ou une modification de ceux-ci, ou que les troubles à traiter excèdent leur champ de compétence.
- (6) Lamboley C.- Être rhumatisant, une fatalité ? Bull.Academie des sciences et lettres de Montpellier. NS, 2013, 43,47-64