

Dr Thierry QUEINNEC

Diplômé d'études relatives à la réparation du dommage corporel

Diplômé d'expertise médicale et odontologique

Expert Près la Cour d'Appel de Reims

DIU d'évaluation des traumatisés crâniens

22, rue Clemenceau

10350 — MARIGNY LE CHATEL

Dr Jean Pierre GIOLITTO

Ancien Chef de Clinique Urologique

Membre de l'Association Française d'urologie

Expert Près la Cour d'Appel de Reims

Polyclinique les Bleuets

24-44, rue du Cl Fabien

51100 - REIMS

Référence du dossier:

TGI DE TROYES

Ordonnance du : mardi 06 mai 2008

Affaire : M B C/goubeau

N° RG : 08/00092

N° contrôle 2008/158

EXPERTISE MEDICALE JUDICIAIRE

A la demande du Tribunal de Gde Instance de Troyes par ordonnance de Référé du mardi 06 mai 2008 concernant :

Intéressé (e) **M. B**
Domicilié(e)

Né(e) le
Profession

Mission :

Après avoir recueilli les renseignements nécessaires sur l'identité de la victime et sa situation, les conditions de son activité professionnelle, son niveau scolaire s'il s'agit d'un enfant ou d'un étudiant, son statut et/ou sa formation s'il s'agit d'un demandeur d'emploi, son mode de vie antérieure à l'accident et sa situation actuelle,

1. A partir des déclarations de la victime, au besoin de ses proches et de tout sachant, et des documents médicaux fournis, décrire en détail les lésions dont elle est atteinte, les modalités de traitement, en précisant le cas échéant, les durées exactes d'hospitalisation et, pour chaque période d'hospitalisation, le nom de l'établissement, les services concernés et la nature des soins;
1. Recueillir les doléances de la victime et au besoin de ses proches ; l'interroger sur les conditions d'apparition des lésions, l'importance des douleurs, la gêne fonctionnelle subie et leurs conséquences,
2. Décrire au besoin un état antérieur en ne retenant que les seuls antécédents qui peuvent avoir une incidence sur les lésions ou leurs séquelles;
3. Procéder, en présence des médecins mandatés par les parties avec l'assentiment de la victime, à un examen clinique détaillé en fonction des lésions initiales et des doléances exprimées par la victime;
4. A l'issue de cet examen analyser dans un exposé précis et synthétique :
 - La réalité des lésions initiales
 - La réalité de l'état séquellaire
 - L'imputabilité directe et certaine des séquelles aux lésions initiales en précisant au besoin l'incidence d'un état antérieur.

- La pertinence du suivi médical par le Dr GOUBEAU de M. B notamment des investigations éventuellement proposées et des soins dispensés, au regard des éléments médicaux en sa possession et au regard du consensus médical connu d'un médecin non-spécialiste à la date des soins,
- Le respect par le Dr GOUBEAU de ses obligations professionnelles de prudence et de diligence dans sa démarche de soins au regard des obligations déontologiques et réglementaires applicables à sa profession dans sa démarche de soins.
- La possibilité d'une erreur fautive de diagnostic du Dr GOUBEAU par négligence.
- 5. **(Pertes de gains professionnels actuels)**
 - Indiquer les périodes pendant lesquelles la victime a été, du fait de son déficit fonctionnel temporaire, dans l'incapacité d'exercer totalement ou partiellement son activité professionnelle ;
 - En cas d'incapacité partielle, préciser le taux et la durée ;-
 - Préciser la durée des arrêts de travail retenus par l'organisme social au vu des justificatifs produits (ex : décomptes de l'organisme de sécurité sociale) et dire si ces arrêts de travail sont liés au fait dommageable ;
- 6. **(Déficit fonctionnel temporaire)**
 - Indiquer les périodes pendant lesquelles la victime a été, du fait de son déficit fonctionnel temporaire, dans l'incapacité totale ou partielle de poursuivre ses activités professionnelles habituelles ,
 - En cas d'incapacité partielle, préciser le taux et la durée ;
- 7. **(Consolidation)**
 - Fixer la date de consolidation et, en l'absence de consolidation, dire à quelle date il conviendra de revoir la victime ; préciser, lorsque cela est possible, les dommages prévisibles pour l'évaluation d'une éventuelle provision ;
- 8. **(Déficit fonctionnel permanent)**
 - Indiquer si, après la consolidation, la victime subit un déficit fonctionnel permanent défini comme une altération permanente d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles ou mentales, ainsi que des douleurs permanentes ou tout autre trouble de santé, entraînant une limitation d'activité ou une restriction de participation à la vie en société subie au quotidien par la victime dans son environnement ;
 - En évaluer l'importance et en chiffrer le taux ; dans l'hypothèse d'un état antérieur préciser en quoi l'accident a eu une incidence sur cet état antérieur et décrire les conséquences ;
- 9. **(Assistance par tierce personne)**
 - Indiquer le cas échéant si l'assistance constante ou occasionnelle d'une tierce personne (étrangère ou non à la famille) est ou a été nécessaire pour effectuer les démarches et plus généralement pour accomplir les actes de la vie quotidienne ; préciser la nature de l'aide à prodiguer et sa durée quotidienne ;
- 10. **(Dépenses de santé futures)**
 - Décrire les soins futurs et les aides techniques compensatoires au handicap de la victime (prothèses, appareillages spécifiques, véhicule) en précisant la fréquence de leur renouvellement ;
- 11. **(Frais de logement et/ou de véhicule adaptés)**
 - donner son avis sur d'éventuels aménagements nécessaires pour permettre, le cas échéant, à la victime d'adapter son logement et/ou son véhicule à son handicap;
- 12. **(Pertes de gains professionnels futurs)**
 - Indiquer notamment au vu des justificatifs produits, si le déficit fonctionnel permanent entraîne l'obligation pour la victime de cesser totalement ou partiellement son activité professionnelle ou de changer d'activité professionnelle;
- 13. **(Incidence professionnelle)**
 - Indiquer notamment au vu des justificatifs produits, si le déficit fonctionnel permanent entraîne d'autres répercussions sur son activité professionnelle actuelle ou future (obligation de formation pour un reclassement professionnel, pénibilité accrue dans son activité, "dévalorisation" sur le marché du travail, etc.);
- 14. **(Préjudice scolaire, universitaire ou de formation)**
 - Si la victime est scolarisée ou en cours d'études, dire si en raison des lésions consécutives au fait traumatique, elle a subi une perte d'année scolaire, universitaire ou de formation, l'obligeant, le cas échéant, à se réorienter ou à renoncer à certaines formations:
- 15. **(Souffrances endurées)**
 - Décrire les souffrances physiques, psychiques ou morales découlant des blessures subies pendant la maladie traumatique (avant consolidation) ; les évaluer distinctement dans une échelle de 1 à 7;
- 16. **(Préjudice esthétique temporaire et/ou définitif)**
 - Donner un avis sur l'existence, la nature et l'importance du préjudice esthétique, en distinguant éventuellement le préjudice temporaire et le préjudice définitif. Évaluer distinctement les préjudices temporaire et définitif dans une échelle de 1 à 7;
- 17. **(Préjudice sexuel)**
 - Indiquer s'il existe ou s'il existera un préjudice sexuel (perte ou diminution de la libido, impuissance ou frigidité, perte de fertilité):
- 18. **(Préjudice d'établissement)**
 - Dire si la victime subit une perte d'espoir ou de chance de normalement réaliser un projet de vie familiale;
- 19. **(Préjudice d'agrément)**
 - Indiquer, notamment au vu des justificatifs produits, si la victime est empêchée en tout ou partie de se livrer à des activités spécifiques de sport ou de loisirs;
- 20. **(Préjudices permanents exceptionnels)**
 - Dire si la victime subit des préjudices permanents exceptionnels correspondant à des préjudices atypiques directement liés aux handicaps permanents :
- 21. Dire si l'état de la victime est susceptible de modifications en aggravation ;
- 22. Établir un état récapitulatif de l'ensemble des postes énumérés dans la mission
- 23. Dit que l'expert pourra s'adjoindre tout spécialiste de son choix, à charge pour lui **d'en** informer préalablement le magistrat chargé du contrôle des expertises et de joindre l'avis du sappeur à son rapport

- ; dit que si le sapiteur n'a pas pu réaliser ses opérations de manière contradictoire, son avis devra être immédiatement communiqué aux parties par l'expert ;
24. Dit que l'expert devra communiquer un pré rapport aux parties en leur impartissant un délai raisonnable pour la production de leurs dires écrits auxquels il devra répondre dans son rapport définitif avant le 28/11/2008.

Nous soussignés Docteur Th. QUEINNEC et Docteur JP GIOLITTO attestons avoir personnellement accompli notre mission le lundi 08 septembre 2008 au 22, rue Clemenceau 10350 MARGNY LE CHATEL, en présence du :

- Dr Philippe RITTER

Toutes les parties ont été régulièrement convoquées.

- SCP BILLION MASSARD RICHARD
- SCP JACTAT HUGO
- SCP XAVIER-COLOMES - CPAM
- Me OREFICE

GIOLITTO

xpartti

Dr QUEINNEC


et elles seront destinataires d'un exemplaire du rapport dont deux exemplaires seront déposés au greffe

Les opérations d'expertise ont en outre M. B et les experts, Mme B son épouse, le Dr RITTER missionné par la société AXA, assureur en responsabilité civile professionnelle et M. le Dr GOUBEAU

M. B est né le 10/01/1950. Il demeure à Troyes. Il est marié sans enfant. Inspecteur des Ponts et Chaussées de formation, il exerce une activité professionnelle d'expertise en bâtiments et en problèmes mécaniques pour des sociétés d'assurances. Il déclare que son activité l'amène à parcourir 70000 km par an. Il y a 300 à 400 expertises par an dont 10% de gros dossiers. Une expertise ordinaire nécessite environ 1h de déplacement, 1h de visite sur site avec nécessité parfois de visiter les charpentes, les toitures, les vides sanitaires pour prendre des photos, et, en moyenne 2h de rédaction de dossier.

M. B déclare avoir une activité accessoire de recherches technologiques et déposer des brevets pour ses inventions, en particulier il travaille depuis plusieurs années sur un système de bielles peu commun permettant de développer des pompes, des compresseurs et des moteurs thermiques. Us sont exposés par lui sur un site internet ?????????.COM.

M. B a déclaré avoir jusqu'à en être empêché par son état de santé, été un adepte de la course à pied depuis sa jeunesse, avoir toujours couru deux fois par semaine une heure environ et jusqu'à 5 fois par semaine lors d'entraînements pour des marathons et ce, avec une bonne efficacité jusqu'en 2003.

Enfin il déclare jouer de la guitare et du piano, composer et écrire des chansons et s'être déjà produit dans des cabarets.

M. B qui souffre aujourd'hui d'un cancer prostatique non accessible, lorsqu'il a été découvert, à la chirurgie met en cause la responsabilité de son médecin traitant le Dr GOUBEAU pour un retard au diagnostic de cette pathologie.

DOCUMENTS COMMUNIQUES

Ils sont listés en annexe à l'assignation en référé expertise demandé par la SCP Billion-Massard le 07/04/08. Les pièces médicales sont numérotées 1 à 11 et 26.

D'autres documents dont l'imagerie ont été présentés au cours de l'expertise et les résultats sont annexés au présent rapport.

- examen tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvien du 26/09/07 dont la conclusion est :
"Rien de secondaire. Pas d'adénopathie. Graisse pelvienne respectée." radiographie du bassin de face
- radiographie de la hanche gauche et du fémur gauche
- IRM du 15/12/07 dont le compte rendu mentionne au chapitre Indication : "un adénocarcinome
- prostatique gleason 9T3 ; suspicion d'envahissement de la vésicule séminale gauche, adénopathie iliaque droite et une lésion suspecte de l'ischion gauche à la scintigraphie."

IRM du 15/12/07 dont le compte rendu mentionne au chapitre indication : *"un adénocarcinome prostatique gleason 9T3 ; suspicion d'envahissement de la vésicule séminale gauche, adénopathie iliaque droite et une lésion suspecte de l'ischion gauche à la scintigraphie."*

Conclusion : *"confirmation d'une hypertrophie prostatique hétérogène avec probable franchissement capsulaire associée à une localisation osseuse cotyloïdienne et ischiatique gauche et ganglionnaire iliaque externe droite."*

Scintigraphie corps entier du 18/07/08 dont la conclusion est : *"Comparativement au précédent examen scintigraphique, l'examen réalisé ce jour met en évidence une régression nette de la lésion métastatique de l'hémi-bassin gauche connue, bien que partielle, témoignant d'une réponse satisfaisante bien qu'incomplète à la chimiothérapie. 11 n'est pas apparu de nouvelles lésions métastatiques osseuses."*

Compte rendu d'IRM du bassin du 22/07/08 dont le compte rendu indique : *"on confirme donc une lésion étendue à l'ensemble de la région ischiatique, le fond du cotyle, la partie postérieure de la branche ilio-pubienne, intégrité de la hanche droite, pas d'anomalie de l'extrémité supérieure du fémur gauche. Pas d'autre lésion"*

J'ai pu comparer à l'IRM qui a été effectuée le 15/12/07. La morphologie de la lésion est relativement similaire par rapport à ce que l'on avait à cette époque. Par contre on ne voit plus l'infiltration des parties molles internes qui existait à ce moment et qui se développait vers le muscle obturateur interne."

IRM prostatique du 25/07/08 dont la conclusion est : *"on retiendra une hypertrophie prostatique avec une lésion relativement diffuse de la prostate périphérique droite avec une extension extra-capsulaire au niveau de l'angle vésiculo-prostatique droit. Pas de modification décelable."*

Ordonnances du Dr Facchini de la clinique Courlancy à Reims du 12/02/2008 du 12/03/2008, du 23/06/2008 pour des antiémétiques, antalgiques et anxiolytiques...

De nouvelles pièces ont été adressées par le conseil de M. B

Avec un bordereau du 24/09/08 parmi lesquelles :

ces comptes rendus d'imagerie des 15/12/07, 26/09/07 et 01/12/07 ainsi que des ordonnances présentées lors de l'examen du 08/09/08

deux documents attestant que M. B a participé à des épreuves de cross country, la 18^e édition Paris-Versailles en 1993 et le cross du Figaro en 1994

une notification de la CPAM de refus de prise en charge des indemnités journalières au-delà du 12/09/08

Avec un bordereau daté du 01/10/08 ne comportant pas de pièces médicales la pièce n°36 : un courrier de M. B à son conseil contient des éléments susceptibles d'illustrer les doléances que M. B a exprimées lors de l'examen : *"enfin le plus difficile est d'évaluer le préjudice moral que mon épouse et moi-même subissons du fait de cette situation, lié à la diminution de mon espérance de vie de 15ans et à la perte de la qualité de vie pour les 10 années à venir (plus de jogging, plus de chansons d'amour, plus de relations sexuelles, sans oublier les souffrances liées à la maladie et aux traitements qui l'accompagnent... seuls ceux qui sont passés par-là connaissent la cour des miracles que constitue un service de chimiothérapie, les nausées qu'entraînent les traitements, le sentiment d'impuissance face la maladie, l'horrible vertige d'une mort prochaine programmée et inéluctable.)"*

la pièce n°41 est un courrier de M. B à la commission de recours amiable en réponse à la non-prise en charge des indemnités journalières depuis le 12/09/08.

Une observation Du Dr GOUBEAU a été transmise par le ministère de M^o JACTAT aux experts le 08/10/2008 et une copie en est annexée au présent rapport.'

COMMEMORATIFS

Ils ont été établis à partir des documents présentés et des indications fournies par M. B.

M. B s'est vu proposer à la fin de l'année 2002 par sa CPAM un examen de santé au Centre d'Auxerre.

Quoique se sentant en parfaite santé sauf une tension artérielle relevée peu avant à 15/09 suivie par le médecin traitant le Dr GOUBEAU mais non encore traitée.

Il a sur le conseil de ce dernier accepté cet examen.

Peu avant, le 04/12/02, il a présenté des coliques néphrétiques qui ont été traitées médicalement. M. B a émis quelques calculs. Un examen radiographique le 09/12/02 fait par le Dr HUMBERT a conclu : *"petite lithiase du rein droit sans dilatation des cavités, bifidité complète. Arbre urinaire gauche sans particularité."*

Parmi les mentions du compte rendu il est indiqué : *"cystographie pré, per et post mictionnelle sans particularité."*

L'examen au Centre d'examen de santé d'Auxerre a eu lieu le 20/12/02. Il a été suivi de l'envoi d'un compte rendu à M. B d'une part et à son médecin traitant le Dr GOUBEAU d'autre part.

La première page de ce compte rendu, page de synthèse signée du dr BROUCHE, souligne des anomalies en trois groupes par ordre de gravité :

1. tension artérielle élevée,
facteur de risque familial de cancer colique avec coloscopie à faire pratiquer
2. apnées du sommeil
troubles urinaires
3. Déficit auditif

Au chapitre "signes fonctionnels" il a été mentionné des difficultés mictionnelles avec mictions nocturnes

Et parmi les signes physiques il était indiqué : prostate légèrement augmentée au toucher rectal.

Les résultats des examens biologiques réalisés à Auxerre sur prélèvement du 20/12/02 on trouve de discrètes anomalies hématologiques et la présence d'un peu de sang dans les urines, ce qui n'est pas apparu anormal peu après une colique néphrétique.

M. B dit avoir ensuite consulté son médecin traitant le Dr GOUBEAU qui l'a adressé à un spécialiste gastro-entérologue le Dr MOITRY consulté le 7/02/03 et qui a fait le 20/02/03 une endoscopie digestive haute avec biopsies ayant mis en évidence gastrite chronique de l'antré avec une flore à *Helicobacter pylori* puis le 21/02/03 la coloscopie préconisée pour le dépistage du cancer colique. La conclusion de l'examen indique qu'il était dans les limites de la normale.

M. B a également été adressé au Dr BELLEFLEUR un cardiologue qu'il a consulté le 10/02/03. Au terme de l'examen avec électrocardiogramme, le Dr BELLEFLEUR a rédigé un courrier daté du 12/02/03 confirmant la nécessité d'un traitement médical de l'hypertension et conseillant pour ce faire un diurétique thiazidique l'Aldactazine®.

M. B dit qu'il a consulté son médecin traitant ensuite environ tous les 3 mois pour la surveillance du traitement anti-hypertenseur mais aussi à l'occasion de pathologies intercurrentes. Il y a eu le 11/03/04 une consultation pour un malaise dans un contexte d'asthénie récente avec sensations vertigineuses ayant amené à la prescription d'anti-vertigineux.

Le 19/06/04 une consultation pour un rhume des foies au cours de laquelle des plaintes quant à des malaises avec symptomatologie O.R.L. ont été émises.

D'autres malaises le 09/03/05 dont un malaise vagal a amené à la réalisation d'un examen Holter tensionnel le 13 et 14/04/05. ensuite duquel le cardiologue a conseillé une consultation pneumologique en raison d'une ronchopathie avec somnolence diurne évoquant un syndrome d'apnée du sommeil. Le 23/06/05 relevant des signes évocateurs de dépression nerveuse le médecin traitant a initié un traitement anti dépresseur par Zoloff®.

Il y a eu un autre épisode ORL en octobre 2005.

Les consultations n'auraient ensuite plus concerné que la surveillance tensionnelle jusqu'au 03/09/07.

M. B déclare s'être plaint au cours de ces consultations de 2003 à 2007 à plusieurs reprises au Dr GOUBEAU de modifications urinaires avec des mictions plus impérieuses et plus nombreuses, y compris nocturnes, et avoir, à chaque fois, eu comme explications qu'il s'agissait des effets secondaires du diurétique l'Aldactazine®.

Une symptomatologie nouvelle est apparue en juillet 2007 et le compte rendu de consultation du Dr GOUBEAU du 03/09/07 mentionne: *"douleur il y a deux mois au niveau du sacrum qui a disparu. Puis il y a 15 jours s'est relevé 3 fois pour uriner et il y a deux jours a de nouveau souffert sans fièvre et l'examen retrouve une douleur à l'émergence des racines sacrées."*

Le médecin a demandé la réalisation d'examens biologiques en y incluant une demande de dosage d'antigène prostatique PSA, et programmé ensuite un toucher rectal. L'examen réalisé le 04/09/07 a révélé un taux de PSA élevé à 26,90ng/ml pour une normale inférieure à 5.

Le Dr GOUBEAU, en raison du taux élevé de PSA, a annulé le rendez-vous prévu pour le toucher rectal et suspectant fortement un cancer prostatique a adressé M. B à un urologue le Dr MASSIA qui a été vu le 21/09/07.

A la suite de cette consultation M. B a été hospitalisé une journée le 02/10/07 à la Clinique de Champagne pour y subir une biopsie prostatique.

Il y a eu le 10/10/07 une scintigraphie par le Dr GIBOLD de la SOUCHERE au centre hospitalier de Troyes qui a conclu à une anomalie de fixation de l'ischion gauche fortement suspecte.

L'existence d'un cancer a été confirmée par le résultat de l'examen anatomopathologique des biopsies daté du 17/10/07.

Au cours de la consultation suivante, selon la déclaration de M. B, le Dr MASSIA a pris connaissance des comptes rendus d'examen complémentaires puis aurait dit que la dangerosité du cancer était à 9/10 et qu'il n'y avait pas de possibilité de traitement chirurgical.

Il a débuté un traitement le 26/10/07 associant un anti androgène le Casodex® 50 et une hormonothérapie par Decapeptyl® : première injection le 10/11 et puis ensuite de 3 en 3 mois.

Le Dr CUIPEA, oncologue à la clinique de Champagne a été consulté le 20/11/07. Le courrier adressé par le CUIPEA au Dr MASSIA, au Dr BELLEFLEUR, au Dr GOUBEAU résume la situation à cette date et donne les arguments pour le choix des traitements :

"le patient me parle d'un bilan médical complet réalisé il y a 5 ans à Auxerre, il y avait déjà des troubles urinaires type dysurie avec une à deux mictions par nuit et le médecin qui a réalisé l'examen a trouvé au toucher rectal une prostate légèrement augmentée de volume.

Il n'y a pas eu de bilan complémentaire réalisé à l'époque.

Depuis environ 3 mois le patient a présenté des douleurs au niveau du coccyx, douleurs de manière répétitive pour lesquelles un traitement médicamenteux a été prescrit. Sur le plan urinaire, il avait 3 mictions par nuit et récemment il est apparu une dysérection qui a justifié la réalisation d'un dosage de PSA pour retrouver une valeur de 26,9ng/ml.

Le patient a été adressé au Dr MASSIA qui retrouve à l'examen clinique une prostate nodulaire à la palpation classée cliniquement T2c. Des biopsies prostatiques ont été réalisées le 01/10/07 pour retrouver finalement un adénocarcinome prostatique GLEASON 9 (5+4) envahissant toutes les carottes prélevées avec envahissement des espaces péri-nerveux. Il y avait également un important contingent neuro-endocrine représentant environ 70% du volume global tumoral communiqué. Sur ces prélèvements il n'y avait pas d'envahissement de la capsule de l'organe.

Le bilan d'extension a été mis en place avec un scanner thoraco-abdomino-pelvien qui s'est avéré dans les limites normales. La scintigraphie osseuse a permis de retrouver une anomalie de fixation du haut de l'ischion gauche qui était fortement suspecte de lésion secondaire qui nécessite des explorations complémentaires.

Le dossier du patient a été discuté en RCP d'urologie le 24/10/07, il a été donc proposé de réaliser des explorations complémentaires avec un IRM pelvien. Si il y a localisation métastatique au niveau du bassin on va réaliser seulement une hormonothérapie, s'il n'y a pas de lésion métastatique vue, on va proposer à ce patient jeune un curage ganglionnaire avec une radiothérapie et hormonothérapie sur le plan prostatique...

Le dosage de la NSE et de la Chromogranine A était aussi réalisé, retrouvant une valeur élevée de la chromogranine A à 249ng/ml pour une normale inférieure à 100, ce qui correspond à cette différenciation neuro-endocrine de la tumeur..."

Les radiographies du bassin et de la hanche gauche du 01/12/07 n'ont pas montré d'anomalies.

L'IRM pelvienne et prostatique du 15/12/07 a cependant confirmé qu'il y avait des métastases osseuses.

Il y a eu une scintigraphie de contrôle en janvier 2008 qui n'aurait pas montré de modification par rapport à la précédente; le délai de 3 mois était sans doute un peu court.

M. B dit avoir consulté deux autres oncologues : à Villejuif le Dr GROSS-GOUPIL puis à l'hôpital Cochin le Dr BEUZEBOC, qui ont confirmé la bonne orientation du traitement initial. Le Dr BEUZEBOC a indiqué que la composante neuro-endocrine nécessitait en plus chimiothérapie et radiothérapie. Il y a en effet deux populations de cellules cancéreuses, population sensible à l'hormonothérapie et qu'on peut surveiller par le dosage de PSA et la population des cellules neuroendocrines sensibles à la chimiothérapie et qui est surveillée par le taux de chromogranine.

Une chambre d'injection a été implantée en région sous claviculaire gauche le 20/03/08 au cours d'une hospitalisation d'une journée à la clinique Courlancy de Reims et la chimiothérapie a été débutée le 12/03/08 par des cures ambulatoires de 3 jours de 3 en 3 semaines pour la réalisation desquelles M. B était conduit par son épouse.

La chimiothérapie a été interrompue en juillet 2008.

La 4e injection de Decapeptyl® a eu lieu le 02/08/08. La surveillance hématologique aurait montré une baisse des globules blancs. Le chiffre de PSA se serait normalisé passant de 6.80 le 25/02/08 à 0.10 le 15/07/08. Les taux de chromogranine seraient passés de 244 le 15/01/08 à 219 le 25/02/08 et 212 en juillet 2008.

La radiothérapie a été débutée le 03/09/08 sous la surveillance du Dr CUTULY à la clinique Courlancy de Reims une fois par semaine. L'irradiation prévoit 27 séances et 12 séances pour les deux champs différents de la prostate et de l'ischion et est prévue pour se terminer au cours du mois de novembre 2008.

M. B signale qu'il ressent depuis peu des douleurs dues à la radiothérapie et une augmentation de sa fatigabilité. Il dit se soulager avec des patch anti-douleurs en auto prescription. La scintigraphie osseuse de contrôle du 18/07/08 a montré une régression de la lésion métastatique de l'hémi-bassin gauche et l'absence de nouvelles métastases.

L'IRM du bassin du 22/07/08 a montré la disparition de l'image d'infiltration des parties molles qui entourait l'image de lésion sur l'IRM précédente.

Enfin l'IRM prostatique du 25/07/08 n'a pas montré de modification sensible par rapport à l'examen précédent.

Le dernier examen hématologique du 04/09/08 serait sans anomalie.

Des arrêts de travail auraient été initiés et régulièrement renouvelés depuis le 12/03/08.

DOLEANCES

M. B se plaint de difficultés quotidiennes dues à l'astreinte du traitement. Pendant la chimiothérapie au cours de laquelle il prenait du Tranxène® il était somnolent. Avec la radiothérapie il dit ressentir maintenant des douleurs lombaires, de la hanche gauche, du genou droit, avoir des difficultés à se chausser à cause des douleurs et devoir se faire aider par son épouse. Il dit ressentir aussi une réactivation des problèmes d'impériosité mictionnelle qui avaient eu tendance à s'atténuer avant la radiothérapie.

Sur le plan sexuel M. B indique qu'il avait noté les premiers troubles de l'érection avant découverte de son cancer prostatique, qu'il y avait une diminution de la fréquence des rapports passés de 3 à 4 rapports par semaine à 1 tous les 15 jours environ.

Depuis le début de l'hormonothérapie, comme on l'en avait prévenu, il n'y a plus aucune érection, plus aucun désir, aucune activité sexuelle. "Je trouve toujours les femmes belles mais cela ne m'attire pas."

Pour ce qui est de l'activité professionnelle M. B explique qu'il est amené parfois à expédier certaines affaires avec sa secrétaire, mais ne s'occupe qu'exceptionnellement d'une expertise, que les arrêts de travail lui sont toujours régulièrement renouvelés depuis mars 2008.

M. B ne signale pas de troubles du sommeil sinon qu'il est perturbé par les mictions nocturnes. Il dit qu'il est obligé de faire une sieste post méridienne de 1h30 environ. Il dit ne pas avoir de problèmes d'appétit mais peiner du régime sans résidu qui accompagne la radiothérapie afin de réduire les problèmes intestinaux.

Enfin il signale l'apparition de "poches sous les yeux" depuis la chimiothérapie.

M. B n'a pas repris d'activité sportive, il fait seulement des marches au dehors avec son épouse. Il a réduit fortement son activité musicale. Il ne s'occupe que très peu de ses activités de recherche.

EXAMEN

Taille 188cm

Poids 100kg

On note la présence de 3 patchs antalgiques en région lombaire. Il y a une cicatrice sous claviculaire gauche de chambre implantée oblique en bas et en dehors de 4cm de longueur, déprimée, rosée, légèrement adhérente, indolore à la palpation, en dessous et dedans de laquelle on note la saillie due à la présence de la chambre.

On note une diminution de la pilosité pubienne et une perte de la pilosité thoracique; la peau est fine. Le volume testiculaire est normal :

- A droite verticalement 6cm, horizontalement 4cm, épaisseur 3cm
- A gauche verticalement 5cm, horizontalement 3.5cm, épaisseur 3,5cm

confirmant qu'il n'y a pas d'atrophie testiculaire.

Sur la verge on note qu'il y a eu circoncision, la longueur flacide de 11cm passant à 14cm en traction témoigne qu'il n'y a pas d'atrophie.

Les corps caverneux sont souples.

Au toucher rectal le volume prostatique est de l'ordre de 30 cm³, le sillon médian est effacé. Il y a une infiltration de la base prostatique et du plancher vésical. L'apex est sans anomalie

Sur le plan orthopédique on note des douleurs à la palpation de la région sus trochantérienne gauche, l'absence de douleurs à la palpation du rachis lombaire. Il y a une raideur lombaire modérée avec distance doigts/sol de 30cm, le redressement est un peu laborieux.

Les inclinaisons et rotations ne paraissent pas limitées.

Étude cinétique des coxo-fémorales	D	G
Flexion	130	130 avec douleurs du côté gauche
Abduction	30	30
Adduction	30	15
Rotation externe	30	15
Rotation interne	30	10

La marche naturelle se fait sans boiterie apparente dans les conditions de l'examen.

ELEMENTS DE DISCUSSION MEDICO-LEGALE ET REPONSE AUX QUESTIONS DE LA MISSION

M. B avait 53ans en janvier 2003. L'attention a été attirée en janvier 2003 sur la prostate par le Centre d'examen de santé d'Auxerre. Jusqu'en septembre 2007 il n'y a pas eu de la part du médecin traitant d'examen de dépistage prostatique ni toucher rectal ou demande de dosage de PSA alors qu'il y a eu pendant cette période plusieurs examens biologiques. Figurent dans les pièces du dossier des examens biologiques du 24/11/05 et du 15/01/07 sans demande de PSA; En 2003 le dosage du PSA était recommandé. Son intérêt était connu depuis une quinzaine d'années chez les urologues, bien connu des généralistes depuis 1998 environ, le dépistage systématique par cet examen étant recommandé.

La plupart des patients sont, depuis que le dosage du PSA s'est généralisé, adressés aux urologues pour un taux de PSA anormal alors qu'il n'y a pas encore de symptomatologie prostatique.

Les faux négatifs peuvent être rassurants à tort, de faux positifs peuvent inquiéter à tort, ce qui entraîne des discussions sur l'efficacité du dépistage de masse mais ce dosage reste très recommandé car il y a une augmentation de l'incidence des cancers depuis quelques années, et ceux ci répondent à des facteurs multiples dont des facteurs familiaux, des facteurs environnementaux etc..., rendant difficile un dépistage ciblé.

Un médecin généraliste ne pouvait en 2003 ignorer l'intérêt de ce dépistage. Il est remarquable que les avis du centre d'examen de santé d'Auxerre ont incité le Dr GOUBEAU à prendre en compte immédiatement les problèmes de tension, le risque de cancer colique puis s'intéresser aux apnées du sommeil et qu'il n'y a pas eu de prise en compte du signalement de troubles urinaires, en raison, semble-t-il, de l'antécédent de colique néphrétique et de la mise en route d'un traitement diurétique susceptible de modifier le rythme des mictions.

Rien ne permet d'affirmer que l'atteinte de l'état général signalée par M. B depuis 2003 soit en rapport avec le cancer découvert en 2007.

Il est impossible de dire aujourd'hui avec certitude si le cancer était identifiable ou même présent en 2003. Mais rien ne s'opposait à ce que des dosages de PSA soient programmés sans précipitation, à titre systématique, On peut affirmer qu'une recherche de PSA en 2005 ou 2006 aurait, au vu du stade évolutif du cancer à la date de découverte, pu attirer l'attention. Une découverte de ce cancer un ou deux ans plus tôt aurait permis une prostatectomie radicale avec de meilleures chances de guérison. Le cancer aurait été le même, très agressif et aurait sans doute, sans nécessité d'une chimiothérapie et une radiothérapie aussi lourde, de meilleures chances de guérison.

Le taux de PSA revenu à la norme prouve que la réponse aux traitements est bonne, il y a eu cependant perte de chances de survie à ne pouvoir profiter de la chirurgie radicale.

L'intérêt du dépistage précoce des cancers prostatiques est de diagnostiquer la maladie au stade intra capsulaire et de pouvoir la traiter immédiatement. Aujourd'hui, la chirurgie est incontestablement le traitement qui donne les meilleures chances de guérison. Il y a quelques années, on aurait mis en comparaison soit la chirurgie radicale, soit la radiothérapie. Quoi qu'il en soit et selon la doctrine qui existait déjà dès l'année 2002, la prise en charge du cancer prostatique à un stade localisé donne les meilleures chances de survie sans récurrence et de guérison sur le long terme. La prise en charge du cancer prostatique à un stade plus avancé soit localement avancé soit métastasé diminue très fortement les chances de survie sans récurrence et les chances de guérison sur le long terme.

Dans le cas d'une chirurgie sans traitement complémentaire la libido est conservée, il y a une perte d'érection qui peut être compensée par un traitement injectable. Chez M. B le traitement hormonal entraîne à la fois une anérection et 'une perte de la libido, il peut bien sûr bénéficier du traitement injectable car ses organes génitaux ne sont pas atrophiés mais il ne le souhaite pas en accord avec son épouse dans la mesure où il n'a aucun désir.

Si l'évolution permettait un jour d'arrêter le Décapeptyl la libido pourrait réapparaître.

Sur le plan orthopédique en raison de la localisation à proximité de l'articulation coxo-fémorale gauche de la métastase osseuse, les limitations et les douleurs de hanche gauche sont une conséquence du retard apporté au diagnostic.

REPONSE AUX QUESTIONS DE LA MISSION

5. L'absence de prescription de dépistage du cancer prostatique par PSA par le Dr GOUBEAU peut être considérée comme fautive eu égard au consensus concernant ce dépistage à cette époque. Cela n'a pas permis la réalisation d'une chirurgie radicale car le cancer a été dépisté à un stade trop avancé faisant perdre à M. B des chances de guérison et cela a directement entraîné la présence d'une métastase avec ses conséquences sur la mobilité de la hanche gauche. Une découverte plus précoce n'aurait pas empêché la journée d'hospitalisation pour biopsie et aurait amené à une hospitalisation de 8 à 15 jours pour la chirurgie radicale suivie d'une période d'indisponibilité de 2 à 3 mois. Le risque que M. B ait à subir hormonothérapie, chimiothérapie, radiothérapie aurait été nettement moindre. On ne peut médicalement chiffrer le risque pour le patient de ne pas subir un autre traitement. En effet la maladie particulièrement agressive au départ comporte par rapport à un cancer prostatique habituel un risque particulier d'évolution. La possibilité d'un autre traitement quel qu'il soit existe. Il n'est pas possible médicalement de le quantifier.

6. (Pertes de gains professionnels actuels) -

Il y aura lieu de comparer la durée de l'interruption de travail avec ce qu'elle aurait été en cas de prostatectomie radicale.

7. (Déficit fonctionnel temporaire)

Il n'est pas possible d'y répondre avec précision tant que le traitement est en cours.

La période de gêne fonctionnelle temporaire totale correspondant à l'hospitalisation de une journée pour biopsie aurait été la même avec un diagnostic plus précoce.

Il y a eu une journée pour la pose de la chambre d'injection et six fois trois journées pour la chimiothérapie alors que dans le cas de la chirurgie il y aurait eu une dizaine de jours correspondant à l'hospitalisation.

Toutes les autres périodes dont celle en cours jusqu'à fin Novembre 2008 correspondent à une gêne fonctionnelle partielle avec des soins. En cas de chirurgie cette période aurait duré le temps de la cicatrisation soit une quinzaine de jours.

Il y aura ensuite une période sans soins mais avec récupération progressive de l'asthénie, astreinte à une surveillance biologique et d'imagerie (IRM, scintigraphies) et prises d'antalgiques de l'ordre de un an qui aurait été beaucoup plus brève en cas de chirurgie.

8.(Consolidation)

La consolidation n'est pas acquise. Un nouvel examen dans un délai d'un an permettrait une approche plus précise de l'état séquellaire éventuel et de mesurer les différentes périodes de gêne en les comparant à ce qu'elles auraient pu être si le diagnostic avait été porté plus précocement.

9.(Déficit fonctionnel permanent)

Il n'est pas possible d'y répondre tant que le traitement est en cours.

10 (Assistance par tierce personne)

Pendant la période de soins si M. B vivait seul il nécessiterait une aide pour les activités ménagères; une petite aide pour l'habillage et une aide pour la manipulation de son bois de chauffage: de l'ordre de 1h par jour.

11.(Dépenses de santé futures)

Il n'est pas possible d'y répondre tant que le traitement est en cours.

12.(Frais de logement et/ou de véhicule adaptés)

Il n'est pas possible d'y répondre tant que le traitement est en cours.

13.(Pertes de gains professionnels futurs)

Il n'est pas possible d'y répondre tant que le traitement est en cours.

14.(Incidences professionnelles)

Il n'est pas possible d'y répondre tant que le traitement est en cours.

15.(Préjudice scolaire, universitaire ou de formation)

sans objet

16.(Souffrances endurées)

Il n'est pas possible d'y répondre tant que le traitement est en cours.

17.(Préjudice esthétique temporaire et/ou définitif)

La cicatrice de pose et dépose de la chambre implantée peut être à l'origine d'un discret dommage esthétique

18.(Préjudice sexuel)

Il pourra être apprécié à la fin de l'évolution selon l'incidence qu'aura eue le traitement hormonal.

19.(Préjudice d'établissement)

sans objet

20.(Préjudice d'agrément)

Il pourra être apprécié à la fin de l'évolution. Il restera sans doute tout à fait possible à M. B de faire ses activités de musique et de recherche technologique. Il pourrait être gêné pour ses activités sportives s'il y a des séquelles de la hanche gauche.

OBSERVATIONS DES PARTIES REÇUES AVANT ÉTABLISSEMENT DU PRÉ RAPPORT.

Une copie des observations du Dr GOUBEAU (Annexe 1) et de celles de M. B (Annexe 2) sont annexées au présent rapport.

Le Dr GOUBEAU expose essentiellement les arguments l'ayant amené à ne pas pratiquer le dépistage du cancer prostatique chez M. B

M. B en réponse rappelle ses arguments déjà exposés dans d'autres documents cités plus haut.

Réponses aux observations des parties

Le Dr GOUBEAU ne pouvait, en raison d'antécédents récents de coliques néphrétiques, se soustraire à la prescription à M. B d'un bilan prostatique et/ou du bas appareil urinaire. En effet, les deux problèmes, anatomiquement très différents, et les troubles dysuriques dont se plaignait M. B ne peuvent être en aucun cas rapportés à **une** pathologie lithiasique du haut appareil urinaire.

Par ailleurs l'absence d'empreinte prostatique visible, sur les clichés d'urographie, ceci étant signalé dans le courrier du 08/10/08 rapportant les propos du Dr B, n'est pas un élément suffisant pour se priver d'un bilan prostatique plus approfondi.

Les arguments avancés n'apparaissent donc pas de nature à exonérer le praticien de sa responsabilité dans le retard au diagnostic: Que M. B se soit ou non plaint d'une symptomatologie évocatrice il revenait au praticien de lui proposer ce dépistage, à titre systématique, rte serait-ce qu'en raison de son âge.

Tel est le texte du rapport qui a été adressé aux parties le 14/11/08.

Suite à quoi ont été reçus deux nouveaux dires, l'un rédigé par le Dr RITTER (Annexe 4), accompagné d'une copie d'une partie d'un document rédigé par la Haute Autorité de santé (Annexe 5) l'autre par Me BILLION (Annexe 3) avocat de M. B qui sont annexés au présent rapport.

REPONSES AUX OBSERVATIONS RECUES APRES ENVOI DU PRE RAPPORT.

REPONSES AUX OBSERVATIONS DU Dr RITTER

Il a été décidé par les experts de faire chacun, indépendamment de l'autre une réponse à ces observations dans la mesure où le Dr RITTER y insiste sur le fait que c'est la responsabilité éventuelle d'un généraliste qui est recherchée et non celle d'un urologue, qu'il y avait lieu de raisonner en généraliste et non en urologue et de se replacer dans les conditions d'exercice d'un généraliste pour les périodes incriminées.

Réponse du généraliste le Dr QUEINNEC

Sur le point qu'il ne soit jamais reproduit dans le dossier du Dr GOUBEAU de plaintes précises concernant les difficultés mictionnelles que M.B affirme avoir émises, il est possible d'indiquer tout de même que le Dr GOUBEAU a intégré dans son dossier sous forme informatisée le texte du compte rendu du centre d'examen d'Auxerre où de telles plaintes sont mentionnées.

Sur le point concernant les références utilisées par les généralistes, le Dr RITTER cite les recommandations de l'ANAES de septembre 2004 (Annexe 5) qui ont donc été éditées 21 mois après l'examen réalisé au Centre d'Auxerre.

Les recommandations de l'ANAES de Mai 1998 titrées: "Opportunité d'un dépistage systématique du cancer de la prostate par le dosage de l'antigène spécifique de la prostate" (Annexe 6) se terminaient sur cette conclusion :

"Le dosage du PSA sanguin permet d'identifier une anomalie biologique en faveur de l'existence d'un cancer de la prostate. Cependant en routine il existe des problèmes de variabilité de résultats selon les méthodes utilisées (valeur seuil.) de plus, les performances de ce test (valeur prédictive en situation de dépistage systématique) restent mal connues. La stratégie la plus performante pourrait consister à combiner le PSA et le toucher rectal et à faire une biopsie lorsque l'un des deux est positif. Cependant la stratégie optimale reste à définir en prenant en compte également les critères organisationnel et économique."

Ces recommandations de 1998, on le voit, ne déconseillaient pas l'usage du PSA pour un dépistage systématique.

Il est possible de se référer également au rapport du 20/05/03 (Cinq mois après l'examen de M. B au centre D'Auxerre) rédigé par MM. COUREL et ARDAILLOU à la demande de l'Académie Nationale de Médecine (Annexe 7) qui conclut :

" Recommandations:

En conséquence l'Académie Nationale de Médecine recommande :

qu'un dosage du PSA total soit proposé et un toucher rectal effectué par le médecin traitant tous les ans dès 50ans et jusqu'à 75ans dans la population masculine, et dès 45ans s'il existe un risque héréditaire apprécié par la connaissance de cancer de la prostate dans la famille.

Que, en cas d'anomalie au toucher rectal ou dans la concentration de PSA, le malade consulte un urologue

Que des informations détaillées soient fournies par celui-ci au patient sur les avantages et les limites du dosage du PSA, la nécessité de la biopsie pour obtenir un diagnostic certain, des diverses modalités thérapeutiques en cas de cancer avec les éléments de choix en fonction de l'état général, des motivations personnelles et de la connaissance des éventuelles complications post opératoires ou post radiothérapiques.

Que des études soient poursuivies sur la distribution des concentrations plasmatiques de PSA dans la population en fonction de l'âge, sur la recherche de marqueurs améliorant la spécificité et la sensibilité du test et sur l'évaluation comparative au long cours des principaux traitements;

Que soient encouragés et aidés les dépistages en cours dans des départements ou régions dans le cadre plus général des études européennes qui fourniront des données épidémiologiques utiles et qui permettront d'évaluer sur le long terme l'intérêt relatif dépistage organisé par rapport au dépistage individuel;"

Rappelons que les recommandations de l'ANAES de 2004, plus haut citées, ne concernaient que le dépistage systématique de masse et que nous étions déjà, dans le cas de M. B, chez qui une augmentation de volume de la prostate et des troubles mictionnels avaient été signalés en décembre 2002, devant une situation individuelle qui méritait que lui fut donnée une suite.

Le Dr GOUBEAU disposait alors de 4 possibilités d'exercer sa curiosité : l'interrogatoire de son patient, le toucher rectal, le dosage du taux de PSA et la demande d'une consultation d'urologie.

Réponse du médecin urologue le Dr GIOLITTO

L'expert urologue a lu avec attention le dire du Dr RITTER concernant l'expertise B/GOUBEAU. Il garde en mémoire dans sa réflexion permanente que la question concerne bien la responsabilité éventuelle d'un généraliste et non celle d'un chirurgien urologue.

Les recommandations de l'ANAES de septembre 2004 auxquelles il est fait référence dans ce dire, sont bien connues de l'expert. Il est important de dire qu'il n'y a pas de contradiction entre les recommandations de l'ANAES et les recommandations de L'association Française d'Urologie (Annexe 9). En effet, les recommandations de l'ANAES de 2004 ont été faites par un panel d'experts. Parmi ces experts figuraient plusieurs urologues représentant l'Association Française d'Urologie.

Dans son dire, le Dr RITTER reprend les recommandations de l'ANAES. Concernant le fait que le dépistage de masse du cancer de la prostate n'est pas recommandé. En réponse à ce dire, on trouvera en annexe un communiqué de presse de l'HAS en date du 08/11/04 (Annexe 8) reprenant effectivement cet élément mais ajoutant de manière plus nuancée que le dépistage individuel non systématisé grâce au toucher rectal et au PSA peut être envisagé. Autrement dit, si le dépistage de masse n'est pas recommandé par l'ANAES en 2004, le dépistage individuel du cancer de la prostate n'est pas non plus interdit.

Concernant l'épidémiologie et l'histoire naturelle du cancer de la prostate toujours dans le rapport de l'ANAES de septembre 2004 auquel fait référence le dire du Dr RITTER il est noté au chapitre 3 de ce rapport :

"Le temps du doublement du PSA (médiane de l'ordre de 2 ans) est plus court pour les stades tumoraux élevés et en présence d'extension loco-régionale et/ou de métastase. La tumeur peu différenciée histologiquement progresse au stade métastatique plus fréquemment et rapidement qu'une tumeur bien différenciée."

Commentaire

Il ressort de cela concernant notre dossier que si le diagnostic de cancer de la prostate avait été réalisé non pas en 2007 mais 2 ou 3 ans plus tôt, vu la cinétique d'évolution des cellules tumorales, on aurait probablement pu diagnostiquer la maladie de M. B à un stade localisé et donc potentiellement curable.

Conclusion

Il est constant que le diagnostic prostatique de M. B réalisé en octobre 2007 a identifié une néoplasie prostatique métastatique.

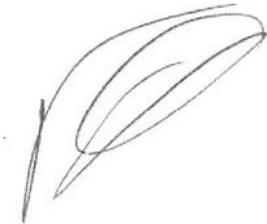
Il ressort du bilan médical à Auxerre en 2002 qu'il existait à l'époque des signes urinaires accompagnés d'une hypertrophie prostatique débutante. L'attitude logique aurait été au cours des premières années suivant ce bilan de santé soit en 2003 soit en 2004 de réaliser un diagnostic d'une pathologie prostatique par PSA. Dans le cas de M. B ceci aurait très probablement permis de diagnostiquer la néoplasie à un stade localisé. Vu le pronostic de la lésion diagnostiquée en 2007 l'absence de diagnostic à une période antérieure constitue bien pour nous une perte de chance."

RÉPONSE AUX OBSERVATIONS DE Me BILLION

Les observations de Me BILLION insistent sur les délicates questions d'appréciations quantitatives auxquelles les experts ont choisi de ne pas répondre immédiatement, en tout cas avant d'avoir suffisamment de recul sur l'efficacité du traitement actuellement en cours. C'est pourquoi ils ont considéré que tant que ce traitement était en cours la consolidation n'était pas acquise et qu'il a été proposé un nouvel examen dans un délai d'un an. La question pourra utilement être soulevée alors.

Le rapport n'a pas à être modifié suite à l'envoi des observations.

Dr Thierry QUEINNEC



Dr GIOLITTO



Dr Thierry QUEINNEC

Diplôme d'études relatives à la réparation du dommage corporel

Diplômé d'expertise médicale et odontologique

Expert Près la Cour d'Appel de Reims

DIU d'évaluation des traumatisés crâniens

22, rue Clemenceau

10350 — MARIGNY LE CHATEL

Dr Jean Pierre GIOLITTO

Ancien Chef de Clinique Urologique

Membre de l'Association Française d'urologie

Expert Près la Cour d'Appel de Reims

Polyclinique les Bleuets

24-44, rue du Cl

Fabien 51100 - REIMS

Référence du dossier:

TGI DE TROYES

Ordonnance du mardi 06 mai 2008

N° RG 08)00092

Affaire : B/C/goubeau

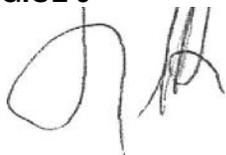
Intéressé (e) : **M. B**

CONCLUSIONS

proposées suite à l'expertise judiciaire effectuée le lundi 08 septembre 2008
concernant M. B

La consolidation n'est pas acquise, un nouvel examen peut être proposé en
septembre 2009.

Dr JP GIOLITTO



Dr Th. QUEINNEC

