

**AUDIT DU SERVICE DE NEUROCHIRURGIE
DU CENTRE HOSPITALIER DE LUXEMBOURG
COMMANDITE PAR LE MINISTERE DE LA SANTE
DU GRAND DUCHE DU LUXEMBOURG**

**REALISE PAR LE PROFESSEUR BERNARD GEORGE
NEUROCHIRURGIEN A L'HOPITAL LARIBOISIERE
PARIS - FRANCE**

I – MISSION DE L’AUDIT :

La mission principale de cet audit est une évaluation du fonctionnement du service de Neurochirurgie du Centre Hospitalier de Luxembourg, ce qui suppose deux parties : l’une concernant l’organisation et le fonctionnement de la structure ; l’autre partie concernant le personnel médical, neurochirurgiens notamment, leur relation à l’intérieur du service de Neurochirurgie et leur activité, dossiers à l’appui.

II – MOYENS DE LA MISSION :

Le premier temps de cette mission a consisté d’une part en l’entrevue des différentes personnes concernées par le fonctionnement du service de Neurochirurgie, tant au Ministère de la Santé qu’au Centre Hospitalier de Luxembourg ; et d’autre part par la visite des différentes installations et équipements dans et avec lesquels travaille le service de Neurochirurgie. Enfin par la mise à disposition d’informations concernant le fonctionnement du service de Neurochirurgie par la Commission Contrôle de la Qualité auprès de la Direction de l’Hôpital, par la mise à disposition de dossiers de patients pour lesquels un problème a été soulevé. Enfin par la mise à disposition par les différents chirurgiens du service de Neurochirurgie, de résumés et d’informations complémentaires essentiellement concernant les patients cités plus haut.

Toutes les informations que nous avons jugées nécessaires d’obtenir ont été fournies ainsi que d’autres informations complémentaires qui n’avaient pas été

demandées. Il faut féliciter ici le responsable de la Commission Contrôle Qualité dirigée par le Docteur Catherine BOISANTE pour la qualité et la quantité des informations fournies.

Les **dossiers** fournis par l'hôpital ont pu être étudiés de façon tout à fait approfondie en vérifiant que ces dossiers étaient complets et qu'il ne manquait aucun élément depuis le dossier infirmier jusqu'au dossier médical en passant par le dossier anesthésique, les différents courriers et les notes manuscrites des différents médecins. Concernant les radiographies, celles-ci ont pu être consultées sur le serveur de l'hôpital sans aucune limitation. Il nous paraît donc impossible que l'on puisse émettre l'hypothèse que ces dossiers aient pu être amputés d'une partie de leur contenu et que nous ayons donc eu accès à une information tronquée. L'ensemble des dossiers de la liste fournie par le Docteur TERZIS et par la Patiente VERTRIEDUNG ont pu être consultés. Il n'est pas du ressort de notre mission de juger du comportement et des compétences du Docteur TERZIS mais d'apprécier si le service de Neurochirurgie a effectué correctement son travail et si les complications observées chez les patients des différentes listes citées plus haut doivent être considérées comme la manifestation d'un mode de fonctionnement anormal à l'intérieur du service de Neurochirurgie, que ce soit en terme qualitatif ou quantitatif, et au moins en première intention sans préjuger du chirurgien qui pourrait en être responsable. Il ne nous a donc pas semblé utile d'avoir une discussion contradictoire sur l'ensemble des dossiers de la liste citée plus haut. Ces dossiers ont donc été analysés comme pouvant être révélateurs d'un dysfonctionnement et ont donc été jugés sur pièces. La relation qui a pu s'instaurer entre les différents intervenants pour que ces complications, supposées ou réelles, soient

survenues ne nous paraît pas intervenir dans l'évaluation du fonctionnement du service de Neurochirurgie, au moins en première intention.

En deuxième intention, si la relation entre les chirurgiens pouvait avoir conduit à une mauvaise décision, les différents intervenants ont pu être interrogés séparément sur le problème spécifique. Il n'a jamais été jugé nécessaire pour les patients des listes qui nous ont été fournies de réentendre ces intervenants.

Enfin nous avons pu interroger tous les intervenants autour du service de Neurochirurgie susceptibles de nous éclairer sur le fonctionnement de ce service. La liste de ces personnes travaillant au Centre Hospitalier de Luxembourg figure ci-après.

1/ Dr André KERSCHEN	Directeur général
2/ Dr Marco SCHROELL	Directeur médical
3/ Dr Catherine BOISANTE	Médecin anesthésiste, chargée de la Qualité, Médiatrice pour les affaires médicales
4/ Dr Georges SANDT	Neurochirurgien
5/ Dr Trung Dang PHUOC	Neurochirurgien
6/ Dr Guy MATGE	Neurochirurgien
7/ Mme Monique BIRKEL	Directrice des soins
8/ Dr Margaret HEMMER	Médecin anesthésiste-réanimateur, Chef de service des soins intensifs
9/ Dr Bernd SCHMITZ	Médecin anesthésiste-réanimateur, Chef de service d'anesthésie

- | | |
|--------------------------|--|
| 10/ Dr Nicolas CALTEUX | Chirurgien, Responsable médical
du bloc opératoire |
| 11/ Dr Georges DOOMS | Neuroradiologue, chef de service
de Neuroradiologie |
| 12/ Dr Thierry BOULANGER | Neuroradiologue interventionnel |
| 13/ Dr René METZ | Neurologue, Chef de service |

SECTEUR DE SOINS :

- | | |
|---|--|
| 14/ Mme Françoise HOFFMANN | Infirmière responsable du service
de Neurochirurgie |
| 15/ L'instrumentiste responsable du bloc opératoire | |
| 16/ L'équipe infirmière du service de Neurochirurgie | |
| 17/ L'équipe infirmière de l'unité de soins continus (Middle care) du service de Neurochirurgie | |

Aucune limitation de temps ne nous a été imposée par qui que ce soit et de quelque ordre que ce soit pour atteindre les objectifs que nous nous étions fixés. Certains intervenants ont pu considérer que ce temps était trop limité. Il nous paraît que ces intervenants ont confondu leurs problèmes personnels avec les objectifs clairement définis de cette mission d'audit.

III – DEROULEMENT DE LA MISSION AU LUXEMBOURG :

Dans un premier temps les entrevues se sont déroulées au Ministère de la Santé avec dans une première partie un exposé du problème par le Ministre, Monsieur Mars DI BARTOLOMEO, Madame le Docteur HEISBOURG représentant la Direction des Hôpitaux, Monsieur SCHWEBAG conseiller juridique auprès du Ministère, et enfin Monsieur Frank GANSEN du Cabinet du Ministère. Ensuite a été reçu, et très longuement, le Docteur TERZIS, ancien chef du service de Neurochirurgie de l'hôpital de Luxembourg, accompagné de son avocat. Cette entrevue au ministère a été réalisée en présence de Monsieur SCHWEBAG, conseiller juridique du ministère. Enfin les représentants de la Patiente VERTRIEDUNG ont pu énoncer les éléments qui les ont alertés et présenter une liste de patients pour lesquels un problème a été soulevé auprès de cette association. Cette liste est beaucoup plus importante que celle remise au ministère qui ne comprenait que neuf malades. Les représentants de cette association ont pu énoncer et discuter les termes de la plainte de ces patients. Tous les dossiers des patients de cette liste élargie ont pu être consultés.

Dans un deuxième temps les entrevues et les visites se sont déroulées au Centre Hospitalier où une salle a été mise à notre disposition. Toutes les entrevues au Centre Hospitalier de Luxembourg ont eu lieu en présence du Docteur Catherine BOISANTE.

Enfin dans un troisième temps les dossiers des patients correspondants aux différentes listes soumises par le Docteur TERZIS et par la Patiente VERTRIEDUNG ainsi que des dossiers de patients ayant fait l'objet de plainte auprès de l'assureur de l'hôpital ont pu être examinés.

Il est à noter que le temps accordé au Docteur TERZIS, qui a pu faire contestation, a été très largement supérieur à la totalité du temps accordé aux trois autres chirurgiens du service de Neurochirurgie.

IV – **CONCLUSION sur les conditions de réalisation de l'audit** :

Il nous paraît que tout a été réuni pour que cet audit soit réalisé dans les meilleures conditions permettant l'évaluation du fonctionnement du service de Neurochirurgie. Toutes les garanties d'authenticité et d'objectivité nous semblent avoir été rassemblées. Aucune limite en temps, en moyens, en disponibilité n'a été rencontrée. L'auditeur est totalement étranger au service de Neurochirurgie et n'était d'ailleurs aucunement informé des difficultés rencontrées par ce service.

Enfin l'auditeur insiste sur la nécessité de répéter que son but n'est pas de faire le procès des personnes (des neurochirurgiens notamment) mais d'évaluer qualitativement et quantitativement le fonctionnement et l'activité d'un service de neurochirurgie qui ont été mis en doute publiquement.

ANALYSE DE LA SITUATION

I - ANAMNESE DE LA SITUATION ACTUELLE :

En 2002, il a paru opportun de recruter un nouveau chirurgien pour différentes raisons qui varient selon les personnes interrogées : désorganisation du service, augmentation du nombre de plaintes auprès de l'association de patients, augmentation des complications post-opératoires, rajeunissement des cadres... Quelle qu'en soit la raison, c'est le Docteur TERZIS, jeune neurochirurgien de 40 ans qui a été choisi. Il a présenté un programme ambitieux de réorganisation du service de Neurochirurgie. Initialement il a obtenu l'adhésion, semble-t-il de l'ensemble des intervenants autour du service de Neurochirurgie et a été confirmé dans son rôle de coordinateur, chef de service au CHL au 1^{er} janvier 2004. Très rapidement la situation s'est dégradée aboutissant à des difficultés relationnelles de plus en plus importantes et avec de plus en plus de médecins de l'hôpital dans et autour du service de Neurochirurgie. Cela a abouti notamment à une lettre signée par les neurologues, les réanimateurs et les neuroradiologues auprès de la direction en janvier 2005 pour l'alerter sur ces difficultés relationnelles et de fonctionnement autour du service de Neurochirurgie. Il semble que ce signal d'alarme n'ait pas été entendu par la direction de l'hôpital qui a maintenu son soutien au Docteur TERZIS au moins dans un premier temps. Secondairement elle a pris position contre le Docteur TERZIS et lui a signifié l'interruption de son statut de chef de service et finalement son licenciement avec préavis en juillet 2007. C'est donc au cours de l'année 2007 que les remous qui agitent le service de Neurochirurgie vont prendre de l'ampleur pour aboutir à leur mise à jour dans l'opinion publique par voie de presse et notamment à la suite d'une conférence de presse de la

Patiente VERTRIEDUNG (août 2007). Cette association de patients soulève un certain nombre de problèmes et notamment le fait que la prise en charge médicale serait de mauvaise qualité et qu'il y aurait un nombre anormalement élevé de complications avec des conséquences graves pour les patients allant jusqu'à la mort. Les informations au sujet de ces complications proviennent de contacts directs avec les patients et également de transmissions indirectes venant de l'ancien chef de service.

Il est sûr que règne maintenant une émotion importante dans la population et à l'intérieur de l'hôpital concernant la qualité des soins, notamment dans le service de Neurochirurgie.

II- LES RAISONS DE L'ECHEC :

L'analyse des raisons de cet échec montre qu'il est essentiellement à mettre en rapport avec des difficultés relationnelles entre les différents intervenants à l'intérieur et autour du service de Neurochirurgie.

Les raisons qui ont conduit à cet échec sont multiples. La première est sans doute liée à l'âge du neurochirurgien recruté comme chef de service en 2002. Ce chirurgien avait entre 15 et 20 ans de moins que les trois chirurgiens en place. Il paraît évident que même avec toute la souplesse et toute la diplomatie du monde, il était très difficile pour de « vieux chirurgiens expérimentés » d'accepter que leur conduite soit dorénavant dictée par une personne plus jeune. Cela est d'ailleurs mentionné par le Docteur TERZIS et son avocat dans leurs différents courriers. Il aurait fallu une personnalité particulièrement forte et consensuelle pour imaginer qu'elle puisse faire accepter aussi rapidement des réformes aussi importantes que celles proposées.

Le deuxième facteur paraît être la personnalité des différents neurochirurgiens et notamment du Docteur TERZIS. Ce dernier est arrivé avec la culture d'un fonctionnement de service allemand qui n'était certainement pas transposable, en tout cas, pas immédiatement, au Luxembourg. Quant à son comportement et à ses relations avec ses collègues du service, ils ont été jugés inacceptables et considérés comme la raison principale aboutissant au licenciement du Docteur TERZIS (Cf. lettre de Maître KAUFFMAN adressée à Maître ASSA en date du 9 août 2007).

Notre but n'est pas ici de revenir sur les raisons qui ont abouti à ce licenciement ; c'est une affaire entre la direction de l'hôpital et le Docteur TERZIS. Nous sommes missionnés par le ministère de la santé qui lui-même précise qu'il n'intervient pas pour s'occuper des démêlés entre la direction du CHL et le Docteur TERZIS mais bien en raison « des pouvoirs qui sont les siens pour obvier à un éventuel fonctionnement défectueux d'un service hospitalier susceptible de mettre en danger la santé des patients ».

Le troisième élément nous paraît être organisationnel lié au mode de fonctionnement des services de médecine dans les hôpitaux au Luxembourg et notamment les attributions et compétences des médecins chef de service. Il existe en effet au Luxembourg et ce de façon très spécifique car on ne le retrouve pratiquement dans aucun des pays d'Europe, un système qui est qualifié d'horizontal par rapport au système vertical, c'est à dire hiérarchisé ; rencontré partout ailleurs. Cet élément culturel paraît particulièrement ancré dans les esprits des médecins. Néanmoins, et cela a d'ailleurs été souligné par le Docteur TERZIS, ce système fait qu'il est pratiquement impossible d'imposer la moindre modification si un seul des membres du groupe médical (on ne saurait parler d'équipe) s'y oppose. Dans le règlement général du Centre

Hospitalier de Luxembourg il est écrit : « le médecin chef de service est chargé de la coordination et de la bonne collaboration entre les médecins de son service » puis plus loin « il veille à la répartition des lits », puis « il veille à la qualité des soins et de l'accueil réservé au malade », « il veille à l'organisation... ». Autrement dit il a essentiellement un rôle de conseil mais pratiquement aucune autorité réelle bien que un peu plus loin il soit écrit qu'il représente le service auprès de la direction et encore un peu plus loin qu'il veille à la discipline et à l'observation des règles de déontologie. Il nous paraît qu'il y a là une contradiction entre ce que doit obtenir un chef de service et les moyens qu'on lui donne. Tout repose en fait sur la bonne volonté des membres du groupe médical. Si elle est présente, cela forme effectivement une équipe médicale qui peut fonctionner et qui va écouter son chef de service ; pour cela il faut qu'il ait, comme cela a été mentionné plus haut, la reconnaissance de ses pairs et la souplesse de caractère pour établir un dialogue efficace et productif dans son service. Le facteur humain, variable importante dans tout système collectif est au Luxembourg plus important encore.

De plus la nomination du chef de service est effectuée par la commission administrative. Les médecins du service n'ont apparemment qu'un avis consultatif, si bien que l'on puisse imaginer qu'un chef de service soit nommé contre l'avis, ou tout au moins sans le consentement des médecins du service.

III- SITUATION ACTUELLE :

- Fonctionnement du service de Neurochirurgie au CHL :

Pour évaluer le fonctionnement du service de Neurochirurgie vont être considérés d'une part la structure et les moyens dont disposent ce service et d'autre part les médecins intervenant dans ce service et utilisant ces moyens.

A – **Appréciation de la structure** :

Le service de Neurochirurgie du Centre Hospitalier de Luxembourg est reconnu service national. Il comporte 34 lits d'hospitalisation « classique » et 6 lits de soins continus ou « Middle care ». Il utilise par ailleurs pour certains patients les lits des services de la réanimation médicale et chirurgicale polyvalente comprenant 18 lits et également ceux du service de pédiatrie. Dans le service de Neurochirurgie travaillent actuellement trois neurochirurgiens qualifiés, le Docteur SANDT, le Docteur DANG et le Docteur MATGE. D'emblée il faut souligner qu'à côté de ce service national existe deux autres unités de Neurochirurgie au Luxembourg. L'une à la clinique Sainte-Thérèse où travaillent deux neurochirurgiens, l'autre à la Clinique du Kirchberg où travaillent également deux neurochirurgiens. Ces deux unités ont une activité essentiellement rachidienne mais néanmoins à la Clinique Sainte-Thérèse un peu de chirurgie crânienne est réalisée. Au total cela fait sept neurochirurgiens pour une soixantaine de lits (nous n'avons pas le nombre de lits des deux autres unités). Il faut remarquer que cela constitue un nombre de lits et de chirurgiens que l'on peut considérer comme largement suffisant pour la population du Luxembourg qui se situe aux alentours de 450 000 habitants. On considère en

France qu'un service de 50 à 60 lits nécessite pour fonctionner correctement un bassin de population d'environ 1 million d'habitants ; ce service est lui-même organisé autour d'environ 6 neurochirurgiens qualifiés auxquels il faut adjoindre des résidents en formation (quatre en moyenne). Pour l'UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes) la norme est de 0,7 à 0,8 neurochirurgiens pour 100 000 habitants. Cela doit ensuite être nuancé en fonction des critères de prise en charge des patients ; en particulier dans certains pays ou dans certaines régions de certains pays les neurochirurgiens assurent l'essentiel de l'activité chirurgicale rachidienne, dans d'autres celle-ci est plus ou moins équitablement répartie entre les orthopédistes et les neurochirurgiens. De la même façon la traumatologie crânienne et rachidienne est variablement prise en charge entre les services de neurochirurgie, les services d'orthopédie et les services de réanimation. Il est clair par exemple que si le service de Neurochirurgie se donne vocation à prendre en charge la majorité des traumatismes crâniens sévères, même en l'absence d'indication d'intervention chirurgicale, il faut un nombre de lits beaucoup plus important d'autant que ce type de patients a une durée moyenne de séjour en général longue avec des difficultés de transfert en centre de réhabilitation. Ces problèmes sont observés dans tous les pays du monde et le Luxembourg n'y échappe pas. Il semble justement que le service de Neurochirurgie du CHL reçoive un nombre important de traumas crâniens et rachidiens.

B- Moyens en matériel et personnel :

Par ailleurs le service dispose d'une salle d'opération de façon quasi spécifique et peut à la demande éventuellement en utiliser une autre. Attenant à la salle d'opération se trouvent 11 lits de réveil. Le bloc opératoire a également des panseuses spécifiques à la Neurochirurgie. Le matériel attenant au bloc opératoire comporte tous les éléments nécessaires à la réalisation de la Neurochirurgie d'aujourd'hui, notamment un microscope opératoire, un aspirateur à ultra-sons et des instruments de microchirurgie avec pinces bipolaires, 3 moteurs pneumatiques, 2 cadres de stéréotaxie, 1 système de neuronavigation, 1 amplificateur de brillance, 1 système de monitoring, etc...

Globalement l'outil de travail paraît tout à fait bien équipé et organisé avec des locaux vastes, lumineux et bien disposés. Les chambres sont tout à fait agréables et la visite de ces locaux donne une impression de confort et de qualité. Il semble donc que l'outil de travail soit tout à fait performant et agréable et que par ailleurs il n'y ait aucun problème concernant l'équipement en matériel et l'allocation en personnel. Hormis peut-être par moments un petit manque en personnel de nuit, le service et l'hôpital fonctionnent dans d'excellentes conditions pour ce qui est de l'environnement structurel.

L'environnement du service comporte toutes les unités dont il pourrait avoir besoin en complément de son activité et notamment une unité pédiatrique, une unité de réanimation et une unité de neuroradiologie diagnostique et interventionnelle. En ce qui concerne l'unité de réanimation, elle paraît superbement équipée, d'autant plus qu'une installation toute récente de moins de deux ans vient d'être construite. Pour l'unité de neuroradiologie, là encore l'équipement est tout à fait satisfaisant et ce service dispose de personnels tout

à fait performant avec notamment deux neuroradiologues interventionnels d'excellente réputation. Le chef de service, le Professeur DOOMS, est spécialisé dans les vertébroplasties et le Docteur BOULANGER dans le traitement endovasculaire des malformations. Le seul écueil est pour l'instant le fait que le Docteur BOULANGER ne travaille que deux jours par semaine à l'intérieur du CHL. Le reste de la semaine il est occupé dans d'autres services, en Belgique notamment. Il est envisagé et il serait très souhaitable que le Docteur BOULANGER puisse venir un jour de plus par semaine, en alternance un jour sur deux, ce qui ferait qu'il ne se passerait pas plus de 24 heures en son absence. Par ailleurs un jeune neuroradiologue est en cours de formation. Il a déjà les bases pour ce qui est des investigations vasculaires ; il faudrait les compléter pour qu'il puisse prendre en charge les lésions au moins les plus simples dans un premier temps et parfaire ensuite progressivement son expérience. De cette façon une permanence 24 heures sur 24 ou presque pourrait être assurée pour la prise en charge des malformations vasculaires qui représentent en général des urgences qui sont rarement extrêmes mais plutôt des urgences à 24 heures. C'est le programme que se sont fixés les deux neuroradiologues que nous avons rencontrés (le Professeur DOOMS et le Docteur BOULANGER). Il semble donc qu'à ce niveau, si ce n'est déjà fait, en tout cas à court terme, le problème de la prise en charge permanente des malformations vasculaires en urgence devrait être réglée. Pour ce qui est de la prise en charge programmée il n'y a bien entendu aucun problème compte tenu de l'équipement existant. Le service a réalisé 45 procédures endovasculaires interventionnelles en 2006 avec une augmentation d'environ 20% par rapport à 2005 portant essentiellement sur les anévrismes intra-crâniens. Il faut noter que cette activité porte essentiellement sur les anévrismes et surtout sur les

anévrismes non rompus et concerne une clientèle plutôt jeune (en moyenne 45,6 ans).

La mortalité globale à deux mois est de 0% incluant les anévrismes rompus et un taux de complications du traitement de 9% pour l'ensemble des anévrismes, complications plutôt mineures puisque les deux patients à complications n'avaient plus de déficit neurologique à un mois. Il faut remarquer que seuls sept anévrismes rompus ont été traités au CHL, ce qui suppose que les autres ont été soit opérés, soit transférés et traités en dehors du CHL. En ce qui concerne les vertébroplasties, l'activité a débuté en 2003 et s'est stabilisée aux alentours de 70 procédures par an. Le reste de l'activité du service de neuroradiologie concerne les examens diagnostics ; elle est en augmentation régulière pour ce qui est du scanner et de l'IRM qui sont devenus les deux examens de base ; le service est passé d'environ 6200 scanners et 3200 IRM en 2002 à 7700 scanners et 5300 IRM en 2006.

Enfin il faut signaler que les neuroradiologues nous ont dit avoir d'excellentes relations avec les neurochirurgiens travaillant actuellement dans le service du CHL.

C- Les neurochirurgiens :

Il y a donc actuellement trois neurochirurgiens relativement âgés et il faut insister sur ce point. Il n'y a en effet aucun jeune neurochirurgien de moins de 40 ans dans ce service et il n'y a aucun neurochirurgien en formation. Ceci soulève le problème d'une part de la gestion des choses les plus simples, dans la vie de tous les jours d'un neurochirurgien ; par exemple la fermeture d'une intervention, la mise en place d'une dérivation ventriculaire, le traitement d'hématomes sous-duraux ou de lésions traumatiques mineures. Tout cela est

en principe pris en charge quelle que soit l'heure et en particulier la nuit par des jeunes neurochirurgiens. On conçoit que des chirurgiens autour de la soixantaine aient de plus en plus de mal à assurer ce genre d'activité et en particulier au milieu de la nuit.

Pour que les choses soient claires, il n'est pas de notre intention de dire que les neurochirurgiens du CHL refusent ou même sont peu enclins à répondre à ces demandes ; nous pensons qu'ils le font tout à fait correctement mais nous pensons aussi qu'il serait plus que normal qu'il y ait des jeunes neurochirurgiens pour réaliser cette partie du travail dans le service. La présence de jeunes neurochirurgiens est également un facteur de dynamisme dans une équipe, forçant parfois les plus anciens à se mettre au goût du jour et à évoluer dans leurs habitudes. Il est difficile de se faire une idée précise du niveau technique de ces différents chirurgiens mais il semble par exemple que l'utilisation du microscope qui devrait être systématique aujourd'hui pour certaines interventions ne le soit pas pour certains de ces neurochirurgiens.

Pour le reste de l'appréciation de la valeur des neurochirurgiens du CHL, il faut d'une part utiliser les chiffres de l'activité du service, d'autre part ceux du contrôle qualité, enfin analyser les complications alléguées par les détracteurs du service.

En données brutes, l'activité du service se situe à un niveau tout à fait correct, comparable à celui de services dans les pays voisins.

- a- Consultation : 2407 patients dont 1150 nouveaux patients, représentant 7366 consultations. Cette activité est en hausse régulière (6190 consultations en 1995) en partie à cause de l'ouverture d'un centre de traitement de la douleur.

b- Hospitalisation : 1632 admissions en hospitalisation classique et 248 en neuroréanimation soit 10819 journées d'hospitalisation. Ces chiffres sont en légères baisse sur les dernières années et encore plus si on se réfère à 1995 (16026 journées). Ceci s'explique par une évolution normale de la durée moyenne de séjour (DMS) qui diminue partout dans le monde et aussi par l'ouverture de centres concurrents notamment sur les pathologies rachidiennes. Quoiqu'il en soit ces chiffres sont tout à fait corrects pour un service de cette taille.

La DMS est à un niveau également satisfaisant autour de 7,5 jours en hospitalisation classique et de 10 jours en neuroréanimation.

Le nombre d'interventions est de 784 en 2006, stable par rapport à 2005 mais en nette diminution par rapport à la période 1990-2000 où le chiffre oscillait entre 1000 et 1150. Si on inclut tout geste, même mineur, réalisé au bloc, les chiffres sont à peu près stables entre 2002 (1122) et 2006 (989) avec une discrète tendance à la baisse.

L'activité se répartit entre le rachis pour 60% et le crâne pour 30%, ce qui indique une orientation vers la chirurgie rachidienne un peu plus marquée que la moyenne des services de neurochirurgie.

Pour mieux apprécier l'activité nous avons enregistré le nombre d'interventions par chirurgien, par pathologie et par pathologie par chirurgien. Par chirurgien, l'activité varie de 217 à 280 interventions par an.

Par pathologie nous avons retenu 10 grands types d'interventions :

- 1/ hernie discale lombaire (HDL) (2V93)
- 2/ hernie discale cervicale (HDC) (2V73 et 2V67)
- 3/ trépanation pour tumeur (2N34)
- 4/ trépanation pour méningiome (2N35)
- 5/ intervention sur hypophyse ou voies optiques (2N31)
- 6/ intervention sur la fosse postérieure (2N32)
- 7/ traitement d'une malformation vasculaire (2N42)
- 8/ ostéosynthèse cervicale ou lombaire (2V63 et 2V84)
- 9/ tumeurs au niveau du rachis (2V23, 2V34 et 2V35)
- 10/ thermocoagulation (2N85)

1	HDL	309/an	82 cas/an/chirurgien	(33 à 108)
2	HDC	99/an	26 cas/an/chirurgien	(17 à 38)
3	Tumeur cérébrale	37/an	8,3 cas/an/chirurgien	(4 à 18)
4	Méningiome	16/an	3,7 cas/an/chirurgien	(1 à 6)
5	Hypophyse	10/an	2,3 cas/an/chirurgien	(1 à 5)
6	Fosse postérieure	9,5/an	2,2 cas/an/chirurgien	(2 à 3)
7	Malf. vasculaire	17,4/an	3,5 cas/an/chirurgien	(2 à 13)
8	Ostéosynthèse	36,5/an	9,9 cas/an/chirurgien	(6 à 18)
9	Tumeur rachis	7,7/an	1,7 cas/an/chirurgien	(1 à 3)
10	Thermocoagulation	2,5/an	0,8 cas/an/chirurgien	(0 à 1)

La constatation claire et évidente de cette analyse est que l'activité moyenne de chaque chirurgien (au-dessus de 200 interventions/an) est correcte ; par contre

la répartition qualitative est beaucoup moins acceptable. La chirurgie neuro-orthopédique (rachidienne) est pratiquée à un niveau satisfaisant (items 1, 2 et 8). Tous les items se rapportant à la chirurgie neuro-orthopédique ne sont d'ailleurs pas inclus.

Par contre toutes les autres pathologies sont en nombre insuffisant par an et par chirurgien pour qu'un bon niveau d'expérience soit maintenue. Pour certaines, on peut suggérer qu'un seul chirurgien concentre toute l'activité (au moins 10 interventions d'un type donné par an par chirurgien). Pour les autres, la question se pose soit de sous-traiter dans un centre étranger soit de faire venir un chirurgien extérieur occasionnellement. On peut imaginer que cette formule fasse augmenter l'activité dans l'un ou plusieurs de ces types d'interventions de sorte que l'aide extérieure ne devienne plus nécessaire.

D- Analyse qualité :

L'analyse qualité permet d'approcher la valeur du service rendu. Deux paramètres sont utilisés au niveau international pour évaluer une structure : la mortalité et le taux de réhospitalisation dans les 28 jours suivant une intervention. Ces paramètres sont imparfaits dans la mesure où la mortalité peut ne pas concerner des opérés (traumatisés ou sujets âgés par exemple) et où la réhospitalisation peut correspondre à une activité programmée (réglage d'une dérivation ventriculaire ou d'un stimulateur).

Sur 2005, 2006 et les 6 premiers mois de 2007, la mortalité a varié de 0,5 à 1,7%/an en hospitalisation classique et de 0,7 à 1,8%/an si on ajoute la neuroréanimation. Au total on compte 38 décès en neurochirurgie (y compris la neuroréanimation) sur 2,5 ans dont 14 en rapport avec une tumeur ou un problème neurologique et 14 en rapport avec un problème cardiaque. Sur

l'année 2006 on compte 27 décès incluant la neuroréanimation et la réanimation. 17 patients avaient plus de 70 ans, dont 12 plus de 80 ans. Il n'y a que 7 opérés parmi ces décès. 10 sont en rapport avec un problème cardiaque et 5 sont en rapport avec une hémorragie favorisée soit par un traitement anticoagulant soit par un trouble de la coagulation. Au total 15 patients sont morts de problèmes hémorragiques, 9 de l'évolution terminale d'un glioblastome (N=5) ou d'un cancer (N=4), 1 d'un méningiome à 87 ans et 1 de 80 ans d'un problème cardiaque à la suite d'une sacroplastie. Enfin nous n'avons pas la cause du décès pour un patient de 87 ans. Cette analyse permet de conclure qu'en tout cas sur le paramètre mortalité, le service de neurochirurgie du CHL est largement au-dessus des standards reconnus.

Le taux de réhospitalisation dans les 28 jours varie sur la même période de 0 à 6% soit 12 patients en 2006 et 14 sur les 6 premiers mois de 2007. Certains patients ont été réhospitalisés plusieurs fois. Parmi les patients réhospitalisés, seuls 6 sur 12 en 2006 et 5 et sur 14 en 2007 ont été réopérés. Sur les 2 années 2006 et 2007 il y a donc eu 11 réinterventions, 2 pour récurrence de hernies discales, 1 reprise de valve, 1 reprise de cranioplastie après un trauma, 2 problèmes infectieux, 3 problèmes de stimulateur (pour traitement antalgique). De plus un patient a été opéré par kyphoplastie comme il était prévu sur un deuxième niveau. Là encore le nombre et les raisons de réhospitalisation paraissent tout à fait acceptables.

Par ailleurs la commission contrôle qualité du CHL nous a fourni de multiples informations concernant la surveillance des germes sentinelles (micro-organismes résistants aux antibiotiques), les audits de prévention des infections et de surveillance des abords veineux, la surveillance des infections nosocomiales (en particulier des infections urinaires) en neuroréanimation, la survenue d'incidents, la prise en charge de la douleur, la survenue de chutes de

patient et celle d'escarres. Tous ces paramètres sont clairement bons pour le service de Neurochirurgie : Cela se traduit au niveau des enquêtes de satisfaction auprès des patients par d'excellents scores : satisfaction globale : bien 52%, excellent 46% ; relation avec l'équipe médicale : bien 28%, excellent 72% ; la qualité des soins : bien 34%, excellent 66% ; le désir de revenir dans le service en cas de rehospitalisation : 97% de réponses positives.

E- Complications, plaintes :

Les différentes plaintes ou complications alléguées soit par l'association Patiente VERTRIEDUNG soit par l'ancien chef de service soit enfin par l'assureur de l'hôpital ont été analysés cas par cas. Des commentaires ont été entendus sur la plupart des cas auprès des chirurgiens responsables ou accusateurs.

Sur le plan officiel il faut noter que sur les 5 dernières années, aucune plainte n'a été transmise au parquet ; une seule l'a été auprès du collège médical en 2002 qui a été déboutée. Par contre 11 plaintes ont été réglées directement avec l'assureur du CHL (La Luxembourgeoise) soit 2 en 2003, 3 en 2004, 2 en 2005, 2 en 2006 et 2 en 2007 impliquant 3 médecins (un pour 3 dossiers, un pour 4 dossiers et un pour 5 dossiers (dont un en commun avec un autre médecin)). Ces plaintes ont abouti à 5 transactions à l'amiable, (2 sans reconnaissance de responsabilité et 3 responsabilités partielles), 2 dossiers en suspens, un dossier classé sans suite et 3 dossiers en cours. En définitive ce nombre de plaintes « officielles » paraît très faible pour un service de Neurochirurgie (spécialité à risque) et ce même si la « culture des plaintes » n'est pas encore aussi développée que dans d'autres pays (Etats-Unis en

particulier). Par contre il existe au Luxembourg une association de patients qui semble peser sur la vie publique et avoir l'oreille des médias.

- Complications alléguées :

L'association Patiente VERTRIEDUNG a finalement fourni au ministère une liste de 9 patients pris en charge de 2005 à 2007 par l'un ou l'autre des 3 neurochirurgiens actuels mais aussi pour 3 d'entre eux par l'ancien chef de service. La Patiente VERTRIEDUNG, lors de l'entretien qu'elle aura avec nous, nous présentera une liste beaucoup plus longue mais remontant à 1997. Sur la même période (2005-2007) cette liste compte 17 noms qui se recoupent avec la liste fournie par le Docteur TERZIS.

A/ Concernant la liste de 9 patients :

1/ Patient XX 73 ans : a présenté en 2005 une hémorragie intra-cérébrale sous anticoagulants. Comme il se doit aucun geste chirurgical n'a été proposé. Probablement plainte par défaut d'explication.

2/ Patient XX 65 ans : opéré en 2006 d'une hernie discale dorsale calcifiée par laminectomie. Aggravation de la paraparésie. On peut discuter dans ce cas le choix de la technique chirurgicale. La laminectomie est une technique qui n'est plus utilisée dans ce cadre. Le compte rendu opératoire ne figure pas dans le dossier.

3/ Patient XX 63 ans : opéré à de multiples reprises pour une ostéosynthèse sur scoliose de 2001 à 2006 après une première intervention hors CHL en 1994. N'a jamais présenté de problème neurologique hormis des douleurs. A

finalement été consulté à Heidelberg après avoir été suivi pendant 7 ans pour un problème chirurgical (scoliose) complexe. On observe de multiples problèmes plutôt mineurs, certes déplorables, mais pas d'erreur. Tout au plus pourrait-on discuter de l'avoir pris en charge alors qu'existent des centres plus expérimentés pour ce problème difficile.

4/ Patient XX 50 ans : opéré d'une hernie discale en 2006. Soit disant erreur d'étage correspondant en fait à une anomalie transitionnelle expliquant que l'étage puisse être dénommé de deux façons différentes. Patient opéré en 1999 puis en 2002. Récidive douloureuse en 2006 aboutissant à deux nouvelles interventions en août et en septembre 2006. L'ouverture a possiblement été faite en regard des deux derniers disques (en fait il semble que ce soit L5-S1 et S1-S2) mais seul le disque L5-S1 a été ouvert sur le scanner et l'IRM de septembre 2006. Malheureusement le patient a fait une infection du disque et malheureusement (encore) a présenté des effets secondaires cardiaques et hépatiques liés aux antibiotiques donnés pour traiter l'infection. En définitive le plus anormal est la réalisation de 3 reinterventions pour récurrence. C'est exceptionnel mais cela peut arriver. Si on retrouvait ce type de problèmes à plusieurs reprises sur un délai de quelques années ou moins chez un même chirurgien cela poserait question sur la qualité technique du chirurgien. Mais ce n'est pas le cas.

5/ Patiente XX 38 ans : antécédent de chirurgie pour hernie L4-L5 droit en 2004. Récurrence gauche en 2006 au même étage. Plaie de la méninge difficile à réparer (patiente obèse). Suites simples après repos couché prolongé au 6^{ème} jour. Réhospitalisée pour méningocèle (poche de liquide céphalo-rachidien) traitée chirurgicalement par un autre chirurgien par révision plus drainage externe à 3

semaines de la 1^{ère} intervention. Contrôle IRM à 6 mois (janvier 2007) sans problème. Complication banale correctement prise en charge. Là encore la complication en elle-même ne soulève pas de question, c'est sa répétition qui peut le faire.

6/ Patiente XX 4 ans : sciatique hyperalgique opérée en avril 2006 en semi-urgence chez une patiente qui hésite depuis 4 mois à se faire opérer (IRM en janvier 2006). Patiente déjà opérée d'une scoliose auparavant. Sort contre avis médical au 4^{ème} jour. Récidive sciatalgique à 3 mois. La patiente préfère ne pas être réopérée malgré une récidive confirmée par IRM en juillet 2006. Dernière consultation en août 2006. Non revue ensuite. Conclusion : récidive (5% minimum chez les meilleurs chirurgiens). Problème relationnel avec la patiente.

7/ Patient XX 30 ans : hernie discale lombaire opérée en 2007 ; suites difficiles et douloureuses. Sort au 6^{ème} jour. Réhospitalisée après 3 consultations du 18 juin au 29 juin. IRM : résidu herniaire indiscutable. Prise en charge par le Docteur BOEKER au Centre de la Douleur.

Conclusion : récidive précoce par traitement insuffisant. Image IRM importante qui devrait ou aurait du faire discuter une reintervention si la patiente est toujours douloureuse.

8/ Patiente XX 38 ans : patiente opérée en 2005 d'une hernie discale lombaire par un chirurgien puis revue par un autre chirurgien en 2007 en raison de récidive de crises sciatalgiques. Mise en évidence en septembre 2007 d'une récidive sur IRM. Discussion d'une reintervention. La Patiente VERTRIEDUNG indique des difficultés à contacter le chirurgien. Le chirurgien ne comprend pas quelle difficulté il y a. A nouveau problème de communication.

9/ Patient XX 40 ans : hernie discale traumatique C5-C6 responsable d'une tétraparésie opérée en juillet 2007. Suites favorables avec bon début de récupération à sa sortie en Centre de Rééducation. Persistance, surtout de problèmes urinaires. Le contentieux vient d'atermoiements dans la prise en charge du fait d'une présentation clinique très inhabituelle d'un problème cervical par des syncopes. Vu au CHL le 15 juillet aux urgences puis renvoyé sans traitement puis hospitalisé du 16 au 19 juillet 2007 à Sainte-Thérèse puis rehospitalisé au CHL et opéré le 20 juillet 2007.

Si on résume l'ensemble de ces cas, 3 peuvent faire l'objet d'une discussion sur la technique utilisée (cas n°2) ou sur un traitement insuffisant (cas n°4 et n°7). Les autres sont des complications plutôt banales et plutôt bien gérées sur le plan technique ; par contre il semble que si une communication de meilleure qualité avait pu être instaurée les patients ou leur famille auraient mieux accepté la survenue des complications (en particulier le cas n°1, 4 et 9).

Les autres cas de la liste non envoyée au ministère mais présentée à l'auditeur remonte à 1997. Beaucoup paraissent liés à un problème de communication et d'information du patient sur les risques et les complications qui peuvent survenir. Un exemple est le patient XX de 42 ans opéré en 1997, semble-t-il sans avoir été prévenu de la possibilité qu'il s'agisse d'une tumeur (neurofibrome) et donc qu'éventuellement le nerf pouvait être lésé ; ou encore XX, 67 ans, opéré en 2002 d'un anévrysme péricalleux pour qui la fille se pose la question de savoir si tout s'est déroulé normalement et si son état est en rapport avec l'opération. D'autres cas ont été expertisés comme XX opéré en 2002 et XX remontant à 2003. Un autre cas qui relève plus de la médecine interne que de la neurochirurgie (problème d'infection sur cathéter) est toujours

en expertise. Ce cas soulève le problème de l'absence de résidents et de médecins dans le service de Neurochirurgie pour régler les problèmes de médecine interne (infection, diabète, hypertension, anticoagulants, etc...). On est presque étonné qu'il y ait aussi peu de problème de cet ordre.

Au total il semble que nombre de plaintes ou de réclamations auprès de la Patiente VERTRIEDUNG ne soit pas lié à une erreur médicale mais à un défaut d'information et à une mauvaise communication entre médecin et patient et/ou famille. Sur la première liste de 9 patients, 3 cas font discuter un défaut de prise en charge ; sur la liste plus importante, discutée en entretien au ministère, hormis les cas déjà cités depuis 2005, il s'agit essentiellement de défaut d'information. Là encore on peut citer le patient XX, 36 ans opéré en 2006 pour lequel on dit que le chirurgien n'a jamais voulu avouer que l'intervention était un échec et n'a pas donné d'explication sur ce qui s'était passé. En fait il s'agissait d'un problème d'implantation d'un neurostimulateur (geste technique mineur) qui n'a pas donné le résultat escompté (ce qui peut arriver).

Dans la période récente une autre liste se superposant en partie avec celle de la Patiente VERTRIEDUNG a été divulguée. Elle comporte 19 incidents supposés. Certains sont en fait présentés car ils ont fait l'objet de difficulté relationnelle entre chirurgiens. Bien entendu chaque chirurgien nous a donné une version diamétralement opposée. En pratique très peu semblent indiquer une prise en charge défectueuse.

1/ XX 2005 : il s'agit d'une méningite mycotique. Maladie exceptionnelle dont le pronostic est redoutable et qui pose le problème d'un traitement possiblement toxique et d'un drainage ventriculaire à la fois nécessaire mais entretenant aussi

l'infection. La querelle sur le mode d'utilisation du système de drainage paraît hors sujet.

2/ XX 76 ans, 2006 : erreur de niveau reconnu. Complication post-opératoire réopérée par un autre chirurgien (pas de compte rendu opératoire). Bonne récupération semble-t-il hormis la persistance de douleurs.

3/ XX 42 ans, 2007 : hématome gauche sur anévrysme de la communicante antérieure injectée uniquement par la droite. Voie d'abord droite discutable.

4/ XX 80 ans, 2007 : intervention pour compression médullaire cervicale pour éviter une tétraplégie chez un patient présentant un cancer polymetastasé. Patient décédé rapidement de défaillance polyviscérale. Intervention louable mais discutable au vu du contexte. Néanmoins pour certains cette chirurgie se doit d'être tentée.

5/ XX, 48 ans, 2007 : hernie discale L5-S1 opérée en 2006 ; hernie discale L4-L5 opérée en 2007. Déficit distal (territoire L5) en post-opératoire. Réopéré le lendemain. Pas d'explication technique satisfaisante. Persistance du déficit à la sortie. Pas d'anomalie sur le contrôle scanner final.

6/ XX 35 ans, 2006 : aucun problème ; la position des vis paraît correcte. Le patient va bien.

7/ XX 40 ans, 2006 : aucun problème ; la position des vis paraît correcte sauf D7 droit mais sans incidence sur le montage. Le patient va bien, a repris son travail et le sport.

8/ XX 63 ans, 2006 : Cf. n°3 de la liste Patiente VERTRIEDUNG.

9/ XX 79 ans, 2007 : hypertendu, insuffisant cardiorespiratoire, diabétique. Très volumineux méningiome. Le patient présente des troubles visuels non quantifiables par défaut de coopération et troubles du comportement. Oedème papillaire au fond d'œil. Il persiste des troubles visuels à gauche en post-opératoire. On ne peut qu'être admiratif du résultat. Beaucoup d'équipes auraient récusé un tel patient.

10/ XX 65 ans, 2007 : fuite de LCR puis spondylodiscite sur réopération d'un problème lombaire. Surinfection favorisée par le diabète et un cancer. Traitement médical. Bon résultat (contrôle en août 2007 par IRM).

11/ XX 52 ans, 2007 : brèche méningée sur calcification. Traitement médical sans réopération. Bon résultat contrôlé à 3 mois.

12/ XX 56 ans, 2007 : il s'agit en fait de la discussion sur l'utilisation d'un implant conservant la mobilité du rachis mis au point par l'un des chirurgiens et utilisé dans le cadre d'un protocole mais sans l'accord du chef de service. Le matériel s'est déplacé et a donc été repositionné sans conséquence. Sortie du patient 2 jours plus tard.

13/ XX 62 ans, 2006 : glioblastome (tumeur cérébrale maligne) opéré ; récurrence 6 mois plus tard réopérée après discussion en staff avec l'oncologue et la famille. Dans beaucoup d'équipes, on ne réopère les récurrences de glioblastomes qu'après 10-12 mois. Mais si cela a été discuté collégalement et avec la famille

cela est acceptable. Les complications étaient inévitables (du fait de la localisation) et acceptées (hémiparésie).

14/ XX 50 ans (2006) : déficit visuel ancien à gauche. Perte de la vision à droite rapide (0,5/10 le 6 juillet 2006). Méningiome du sinus caverneux droit (loge anatomique profonde). Décompression du nerf optique et de l'apex orbitaire. Légère amélioration visuelle à 1/10 le 24 août 2006. La patiente refuse la radiochirurgie à Bruxelles ; traitement parfaitement adapté y compris la proposition de radiochirurgie. Un autre chirurgien envoie la patiente en radiothérapie conventionnelle à Esch. Au final perte de la vision de l'œil droit. En pratique la vision en pré-opératoire était quasi nulle, s'est améliorée très discrètement puis a rechuté pour disparaître complètement. Seul commentaire : la radiochirurgie plus focalisée aurait peut-être permis de garder un tout petit peu de vision.

15/ XX 80 ans (2006) : problème purement cardiaque entraînant le décès de la patiente mais sans rapport avec une injection de ciment dans le sacrum (décès 36 heures après le geste). Il semble qu'il s'agisse d'un trouble du rythme cardiaque sur défaut du pace-maker réimplanté très peu de temps avant le geste sur le sacrum.

16/ XX 60 ans (2006) : hématome intra-cérébral par rupture d'anévrisme géant de l'artère cérébrale moyenne gauche. Adressé à Bruxelles pour traitement endovasculaire. Remplissage à 80-90% de l'anévrisme. Néanmoins resaignement au 8^{ème} jour après son retour au CHL conduisant au décès. Aucun défaut de prise en charge. En principe le patient était protégé à moyen terme. Un complément de traitement était prévu à 6 mois.

17/ XX 47 ans (2005) : toxicomane, épileptique, opéré d'un très volumineux (7 cm de diamètre) méningiome. Hémorragie à distance du foyer opératoire en fin d'intervention. Hémiparésie régressive en post-opératoire. A 3 semaines, chute accidentelle sur la zone opérée (le volet osseux n'avait pas été remis, ce qui paraît raisonnable). La conséquence est une plaie cérébrale réopérée en urgence par un autre chirurgien. Malheureusement une infection de la plaie est survenue puis un problème de circulation du liquide céphalo-rachidien nécessitant une dérivation ventriculaire qui sera clampée 2 mois plus tard. Une plastie crânienne a été réalisée le 27 avril 2006 soit à 10 mois de l'infection, ce qui là encore était raisonnable ; mais la plastie s'est néanmoins infectée et a du être retirée en juin 2006. La prise en charge est tout à fait correcte y compris celle des suites de la chute mais sont survenues une série de complications pour lesquelles le chirurgien n'est pas en cause. Beaucoup de malchance sans doute favorisée par le terrain.

18/ XX 55 ans (2003) : méningiome du sinus caverneux opéré en 1995 et 1997. Stable.

Nouveau méningiome frontal bilatéral para-sagittal opéré en 2004, récidivant en 2006. En fait il s'agit alors d'un méningiome anaplasique (malin). Paraplégie transitoire post-opératoire. Radiothérapie au Luxembourg.

Récidive en 2007. Reintervention en mai 2007 mais suites peu satisfaisantes : patient pauci-relationnel.

Aucun défaut de prise en charge. Attitude très raisonnable et adaptée. Malheureusement forme maligne d'un méningiome. La reintervention en mai 2007 devait être tentée mais avait de bonnes chances d'aboutir à l'échec obtenu du fait qu'il s'agissait d'une 3^{ème} intervention sur un cerveau irradié.

19/ XX 66 ans, (2005) : méningiome de la tente contre le tronc cérébral (profond) opéré en 2005. Suites simples.

Contrôle IRM de routine le 14 décembre 2006 : image faisant discuter un abcès temporal. Intervention le 18 décembre 2006 : possible abcès mais pas de germe mis en évidence. Hémiparésie post-opératoire avec crise d'épilepsie. Scanner le jour même : satisfaisant (pas d'hématome ni d'œdème). Revue à 3 mois (février 2007) : pas de déficit neurologique. Pas de crise comitiale.

Au total découverte fortuite sur un contrôle à près de 2 ans d'une image très suspecte mais qui reste inexplicée malgré une reintervention. Possiblement certaines équipes auraient attendu et recontrôlé l'image avant de réopérer ; mais l'attitude choisie est tout à fait acceptable.

Dans cette nouvelle liste, là encore beaucoup de bruit et peu de choses anormales à retenir. On ne retiendra que 3 patients discutables : le cas n°2 avec erreur de niveau ; il s'agit d'une erreur indiscutable mais qui peut arriver à tout chirurgien. Il semble que les conséquences soient modérées ; le cas n°3 où certainement beaucoup auraient abordé la lésion par le côté où se trouvait l'hématome. L'argument de la disposition anatomique de l'anévrysme est recevable mais paraît insuffisant. Enfin le cas n°5 où possiblement (rien n'est démontré) est survenue une erreur technique. Pour les autres cas je ne comprends pas pourquoi un problème a été soulevé.

En définitive sur ces 2 listes de complications on peut envisager la possibilité de 6 erreurs ou de mauvaise prise en charge. En fait seules deux me paraissent sérieuses (le cas n°2 de la liste Patiente VERTRIEDUNG de laminectomie sur hernie discale calcifiée et le cas n°3 de la seconde liste avec abord chirurgical

du côté opposé à l'hématome). Les autres problèmes font partie des choses regrettables mais qui « peuvent arriver ». L'un des chirurgiens est plus souvent impliqué dans ces complications que les autres. Il est certainement aussi un peu plus « agressif » (sans connotation péjorative) dans ses indications. Il est présent dans 4 des 6 cas discutables ; un autre chirurgien est impliqué 2 fois dans la seule première liste. Parmi les complications classiques on relèvera 3 fistules de LCR et 3 récurrences de hernie discale. Ce qui fait assez peu de problèmes sur un total d'au moins 600 interventions sur le rachis lombaire par an soit 1%. Même si toutes les complications ne sont pas mentionnées et que le chiffre puisse atteindre 3 ou 4% cela reste largement dans la norme.

Pour conclure sur ces listes de complications, celles qui ont fait l'objet de remous médiatiques en parlant de mort et de cécité n'en sont pas. Au contraire la prise en charge de ces patients paraît tout à fait correcte. Les vraies complications sont en nombre réduit. Elles concernent surtout la chirurgie rachidienne ce qui ne surprend pas puisque c'est l'activité principale du service. A la limite on est presque étonné du peu de complications après chirurgie intracrânienne où l'expérience de chaque chirurgien est généralement très réduite. En fait on ne retient essentiellement que deux erreurs de prise en charge : une en pathologie crânienne et une en pathologie rachidienne.

CONCLUSION :

Le service de Neurochirurgie du Centre Hospitalier de Luxembourg est un service de bonne qualité reposant sur des infrastructures (matériel, équipement) excellent, disposant d'un personnel médical et paramédical en nombre suffisant et fonctionnant avec des neurochirurgiens expérimentés ; certains travaillent sans doute un peu « à l'ancienne » mais on ne relève que très peu de véritables problèmes de prise en charge. Les excellents contrôles de qualité effectués par l'hôpital démontrent un service bien organisé et présentant un taux de complications plutôt faibles. En fait le principal problème est d'organiser le renouvellement des cadres en évitant les erreurs du passé c'est à dire en essayant de créer une véritable équipe où les facteurs humains ne viennent pas troubler la sérénité du travail et par voie de conséquence celle de la population en manque de confiance.

Il me semble qu'une équipe doit s'organiser plus verticalement avec une hiérarchie entre le plus expérimenté et au moins 2 niveaux générationnels sous-jacents. Cette hiérarchie doit s'imposer de fait mais elle pourrait aussi être mieux affirmée dans les textes. Il faudrait donc prévoir un chef de service « naturellement » respecté qui choisisse ensuite de plus jeunes collaborateurs.

Il serait sûrement souhaitable que de jeunes médecins en formation puissent faire des stages (idéalement de 1 an) qui soient validants dans le cursus de leur formation auprès de leur université d'origine. Il faut sans doute pour cela passer des contrats avec les universités européennes voisines.

Enfin il faut recentrer les activités du service autour de 3 ou 4 grandes orientations en concentrant certaines pathologies sur un ou deux chirurgiens et en sous-traitant, soit par transfert de patients soit par contrat avec des chirurgiens extérieurs qui se déplacent, certaines pathologies trop peu

fréquentes. La neuroradiologie interventionnelle doit faire l'effort d'être plus disponible. La réputation du CHL ne pourra alors qu'en profiter.

Mais tout cela ne pourra réellement bien fonctionner que si une équipe où les chirurgiens se respectent chacun à leur niveau et avec leur domaine d'élection, se met en place. Il faudra sans doute un peu de temps pour y parvenir.