

IV. Cour d'appel de Liège, 3 juillet 2024

Dans un premier temps, le juge d'appel a examiné le critère du préjudice anormal et a décidé que les complications survenues n'auraient pas pu être évitées. Cependant, en ce qui concerne l'état du patient, la Cour a estimé que les complications ou récidives n'étaient pas censées se produire et qu'il existait donc un préjudice anormal. En ce qui concerne le critère de gravité, le juge décide que les conditions d'intervention du FAM ne sont pas remplies. Aussi, la Cour a annulé le jugement contesté et rejeté l'action des défendeurs.

R.G. 2019/RG/324
INAMI c./...

...

II. 2. Sur le fondement de l'appel

II. 2. 1. RAPPORT DE L'EXPERT DÉSIGNÉ PAR LE FAM ET AVIS RENDU PAR LE FONDS

1.

À la suite de la demande d'avis introduite par ... le ... 2013, le FAM a organisé une expertise contradictoire sur le fondement de l'article 17, § 2, de la loi du 31 mars 2010, et désigné en qualité d'expert le professeur ... neuropasychiatre et neurophysiologiste, ainsi que le docteur ... en qualité de sapiteur, afin de diligenter les travaux de l'expertise.

L'expert ... a clôturé son expertise par un rapport du 24 novembre 2016, aux termes duquel il précise, s'agissant des complications port-opératoires rencontrées par ..., que :

(...)

6) L'évolution post-opératoire indique que la décompression résultant de la foraminectomie L4-L5 et L5-S1 pratiquée le samedi .../2010 a, dans un 1^{er} temps, été favorable avec diminution significative de la douleur au membre inférieur gauche (Rapport d'hospitalisation rédigé par le Dr ... en date du .../2010) ;

7) Le pseudo-méningocèle qui est apparu le samedi .../2010 et qui est diagnostiqué le mardi .../2010 est une complication connue quoique rare de ce type d'intervention (son incidence est de 3,5 à 16 % de toutes les interventions chirurgicales rachidiennes confondues) et la prise en charge de cette complication semble avoir été correcte ;

8) Motivée par l'existence d'un pseudo-méningocèle douloureux et invalidant, une intervention a été pratiquée par le Dr ... le vendredi .../2010 au cours de laquelle un petit fragment discal a été enlevé au niveau du disque L5-S1 au départ duquel une discite s'est secondairement développée ;

9) La discite évoquée le .../2010 (son incidence est de 0,3 à 1,5 % des hernies opérées) n'a cependant été confirmée que le .../2010 et un traitement antibiotique est administré pour une durée de plusieurs mois ;

10) Monsieur ... a donc été victime de deux complications rares (pseudo-méningocèle et discite) dont l'enchaînement est exceptionnel, sa fréquence de survenue étant impossible à évaluer en raison du manque de données dans l'indication qui nous occupe.

Après avoir évalué le dommage temporaire de ... et avoir fixé la consolidation à la date du ... 2012, le professeur ... évalue le préjudice permanent comme suit : incapacité personnelle permanente de 25 % "en raison d'une atteinte à la charnière lombo-sacrée avec lésions disco-ligamentaires documentées qui sont responsables d'une atteinte sciatique S1 gauche invalidante", préjudice esthétique permanent inférieur à 1/7, compte tenu d'une boiterie quasi permanente du membre inférieur gauche.

2.

Le Fonds a transmis son avis par courrier du 16 mars 2017.

Il conclut en substance à l'absence de toute faute en lien avec le dommage allégué dans le chef du prestataire de soins et à l'absence d'accident médical sans responsabilité au motif que le dommage subi par ... ne pouvait être considéré comme anormal au sens de la loi.

II. 2. 2. SUR LES CONDITIONS POSÉES À L'INTERVENTION DU FAM

1.

En vertu de l'article 4, 1^o, de la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé, le Fonds indemnise la victime ou ses ayants droit conformément au droit commun lorsque le dommage trouve sa cause dans un accident médical sans responsabilité, pour autant que le dommage réponde à l'une des conditions de gravité prévues à l'article 5.

L'article 2, 7^o, de la loi du 31 mars 2010 définit l'accident médical sans responsabilité comme étant "un accident lié à une prestation de soins de santé, qui n'engage pas la responsabilité d'un prestataire de soins, qui ne résulte pas de l'état du patient et qui entraîne pour le patient un dommage anormal", lequel est celui qui "n'aurait pas dû se produire compte tenu de l'état actuel de la science, de l'état du patient et de son évolution objectivement prévisible".

Suivant les travaux préparatoires, l'objectif de la loi du 31 mars 2010 est "d'indemniser les dommages résultant de soins de santé, que ceux-ci trouvent leur origine dans la responsabilité d'un prestataire ou dans ce que l'on appelle communément un *aléa thérapeutique*. Néanmoins, en raison de la difficulté de traduction de ce terme en néerlandais, il a été opté pour le terme *d'accident médical sans responsabilité*"¹. Le rapport fait au nom de la commission de la santé publique, de l'environnement et du renouveau de la société précise, s'agissant de la définition des accidents médicaux sans responsabilité, que "l'exposé des motifs indique qu'on vise une traduction du concept d'aléa thérapeutique. Cette notion exprime bien en français ce qu'elle vise. La traduction en néerlandais paraît toutefois imprécise (...) Le mot '*ongeval*' est trop lié à une erreur humaine. Il faut clairement spécifier, au moins au cours des travaux préparatoires, que ce n'est pas cette erreur humaine qui est visée, mais le malheur, la malchance, la mauvaise fortune"².

2.

L'appelant fait grief au jugement entrepris d'avoir considéré que le dommage subi par ... était anormal et grave au sens de la loi du 31 mars 2010.

2.1. Sur l'existence d'un dommage anormal

2.1.1.

Deux critères alternatifs³ permettent de conclure à l'existence d'un dommage anormal : l'état actuel de la science ou l'état du patient et son évolution objectivement prévisible. La loi ne contient aucune autre précision quant au dommage "qui n'aurait pas dû se produire" au regard de ces critères, lesquels ne sont pas davantage précisés.

1. Exposé des motifs, *Doc. Parl.*, Ch. Repr., sess. 2009-2010, n° 52-2240/001, p. 22.

2. Rapport fait au nom de la commission, *Doc. Parl.*, Ch. Repr., sess. 2009-2010, n° 52-2240/006, p. 22.

3. Exposé des motifs, *Doc. Parl.*, Ch. Repr., sess. 2009-2010, n° 52-2240/001, pp. 24-26; C. const., 30.11.2017, arrêt n° 136/2017.

Aux termes de l'exposé des motifs, "ces critères peuvent être commentés comme suit :

- a. *L'état actuel de la science* : si en l'état actuel des connaissances, le dommage avait pu être évité, il devra être considéré comme anormal, puisqu'un prestataire correctement au fait de l'état de la science aurait pu prendre les mesures adéquates pour éviter qu'il se produise. Il importe de préciser que l'état de la science doit être apprécié au moment où la prestation de soins est posée. Le comportement du prestataire ne peut en effet être jugé sur la base de connaissances qui n'existaient pas au moment où il a posé l'acte.
- b. *L'état du patient et son évolution objectivement prévisible* : le dommage est également anormal lorsque le dommage n'est pas dû à la situation particulière du patient, déterminée en fonction de ses antécédents, de ses prédispositions particulières telle que son âge, ses capacités physiques, mais aussi de la pathologie pour laquelle la prestation de soins est posée, d'une autre pathologie, ou encore du traitement donné pour traiter cette dernière, etc ..., à la date de la prestation de soins de santé incriminée ou à l'aggravation 'naturelle' parce que prévisible et inévitable, de son état de santé initial. Le caractère normal ou non du dommage doit donc être apprécié en fonction de l'état de santé général du patient, et de ce que l'on peut raisonnablement prévoir comme évolution de celui-ci. Le décès ou un dommage grave causé à un patient en parfaite santé sera ainsi en principe plus facilement considéré comme anormal que le même dommage qui surviendrait chez un patient dont l'état de santé général est faible et déjà détérioré. Il s'agit d'une condition qui devra être appréciée au cas par cas en fonction du type de dommage allégué et des indications relatives à l'état de santé du patient".

2.1.2.

En l'espèce, il ne ressort d'aucun élément soumis à l'appréciation de la cour, et il n'est d'ailleurs pas soutenu, que la survenance d'un pseudo-méningocèle ou d'une spondylodiscite dans les suites d'une cure de canal lombaire rétréci par héli-laminectomie pouvait être évitée en l'état des connaissances scientifiques, appréhendé à son niveau le plus élevé⁴, tel qu'il existait au moment où ... a subi ces interventions, soit respectivement en .../2010.

Le pseudo-méningocèle et la spondylodiscite dont a souffert ... et les conséquences préjudiciables qui en ont résulté ne peuvent dès lors être considérés comme étant un dommage anormal par application du critère de l'état de la science.

2.1.3.

Quand au second critère, il convient de se référer aux conséquences normales, appréciées à l'aune de ce qui est probable, attendu ou redouté, de l'état de santé particulier de ... et de son évolution objectivement prévisible.

La mesure de l'anormalité ou non des conséquences dommageables d'un accident médical est représentée par le pronostic général de l'état de santé du patient concerné et non par des statistiques abstraites de risques ; ces conséquences sont anormales lorsqu'il existe une démesure entre la réalité de ce qui survient et ce qu'il est raisonnable d'espérer ou de craindre compte tenu de cet état de santé particulier et de son évolution⁵.

Le fait qu'une conséquence dommageable soit connue, référencée dans la littérature médicale et s'inscrive dans les risques liés à une prestation de soins de santé ne suffit pas à la considérer comme un dommage "normal" qui échapperait au champ d'application de la loi. Encore faut-il qu'elle corresponde à la réalisation d'un risque dont il peut être raisonnablement considéré compte tenu de la situation particulière du patient qu'il devait se produire, et non d'un risque résultant simplement de l'aléa thérapeutique.

4. Cette référence au niveau le plus élevé de l'état actuel de la science ressort des travaux préparatoires (voy. Exposé des motifs, *Doc. Parl.*, Ch. Repr., sess. 2009-2010, n° 52-2240/001, pp. 24-26 ; C. cont., 30.11.2017, arrêt n° 136/2017, pt. B.8.).

5. Voy. Q. Alaluf, "L'accident médical sans responsabilité et le dommage anormal" in I. Lutte, *États généraux du droit médical et du dommage corporel*, 2^e éd., Anthémis, 2018, pp. 219 et s. et les réf. Citées.

Quand aux complications rencontrées par ..., les parties s'opposent sur la question de savoir s'il convient d'apprécier la "normalité" de la survenance de chacune d'entre elles et de leurs conséquences préjudiciables distinctement, ou s'il convient de s'interroger sur la normalité de leur enchaînement.

Cette discussion ne présente en l'espèce pas d'intérêt dans la mesure où, contrairement à ce que soutient le Fonds, chacune de ces complications est constitutive d'un dommage anormal au sens de la loi du 31 mars 2010, dès lors que :

- s'agissant du pseudo-méningocèle

 - => le taux d'occurrence de cette complication dans les suites d'une intervention rachidienne est de 3,5 à 16 % de toutes les interventions rachidiennes confondues
 - => se référant à la littérature médicale, le FAM indique qu'une résorption spontanée du pseudo-méningocèle peut survenir, mais qu'il peut toutefois s'avérer nécessaire de procéder à un colmatage de la brèche de la dure-mère et à des ponctions de liquide céphalo-rachidien avant d'observer sa résorption, sans que le taux de résorption spontanée ou la résorption instrumentalisée soit précisé
 - => en l'espèce, le pseudo-méningocèle dont a souffert ... ne s'est pas résorbé spontanément, ce qui a nécessité de procéder chirurgicalement au colmatage de la brèche de la dure-mère. Malgré cette intervention, le pseudo-méningocèle a récidivé, nécessitant des ponctions répétées de liquide céphalo-rachidien pendant plus d'un mois⁶ ainsi qu'une nouvelle hospitalisation de ...⁷
 - => aucun élément ne permet de considérer que ... devait raisonnablement, compte tenu de sa situation particulière, s'attendre à subir un pseudo-méningocèle, nécessitant une nouvelle intervention chirurgicale pour colmater la brèche de dure-mère, ainsi qu'une récurrence de pseudo-méningocèle nécessitant des ponctions pendant plusieurs semaines.
- s'agissant de la spondylodiscite

 - => le taux d'occurrence de cette complication est de 0,3 à 1,5 % des hernies opérées, le tabagisme étant un facteur de risque
 - => cette complication nécessite un traitement par antibiothérapie d'une durée de six à douze semaines⁸.
Se référant à la littérature médicale, le Fonds indique quant aux conséquences habituelles de la discite, qu' "une fois que l'antibiothérapie est administrée, l'évolution est régulièrement favorable, la douleur régresse et les anomalies radiologiques s'estompent dans les 3 à 6 mois en moyenne"⁹
 - => en l'espèce, la spondylodiscite dont a souffert ... a été traitée par antibiothérapie pendant plusieurs mois, la décision étant prise le ... 2011 de poursuivre ce traitement débuté fin ... 2010¹⁰, ce qui a permis une diminution progressive du syndrome inflammatoire.
À la suite de cette complication, le disque intervertébral L5-S1 a cependant quasiment disparu, entraînant un frottement des vertèbres L5 et S1 et un endommagement des facettes articulaires¹¹

6. Rapport d'expertise du professeur ... p.1 – pièce 1 du dossier des intimés.

7. Avis du FAM, p. 3, pièce 1.2. du dossier de l'appelant.

8. Rapport d'expertise du professeur ... p. 20 – pièce 1 du dossier des intimés.

9. Avis du FAM, p. 18.

10. Avis du FAM, p. 3.

11. Avis du FAM, p. 19.

=> même s'il se situait dans la tranche haute du risque de survenance de cette complication en raison d'un tabagisme important, la probabilité pour ... d'être confronté à une discite de mourait objectivement extrêmement faible, tandis qu'aucun élément ne permet de considérer qu'il devait raisonnablement, en considération de sa situation particulière, s'attendre à souffrir d'une spondylodiscite nécessitant une antibiothérapie de plus de cinq mois et en trainant, nonobstant l'instauration rapide de ce traitement, une disparition quasi complète du disque intervertébral infecté.

2.2. Existence d'un dommage grave

En vertu de l'article 5 de la loi du 31 mars 2010, le dommage est suffisamment grave lorsqu'une des conditions suivantes est remplie :

- 1° le patient subit une invalidité permanente d'un taux égal ou supérieur à 25 % ;
- 2° le patient subit une incapacité temporaire de travail au moins durant six mois ou six mois non consécutifs sur une durée de douze mois ;
- 3° le dommage occasionne des troubles particulièrement graves, y compris d'ordre économique, dans les conditions d'existence du patient ;
- 4° le patient est décédé.

Les parties s'opposent quant à la gravité du dommage subi par ...

Se référant au rapport de l'expert ..., les intimés invoquent une incapacité personnelle permanente d'un taux égal ou supérieur à 25 % (art. 5, 1°) ainsi que des troubles particulièrement graves dans les conditions d'existence de ... (art. 5, 3°), critères dont le Fonds conteste qu'ils soient rencontrés.

- Invalidité permanente d'un taux égal ou supérieur à 25 %

Au terme de son expertise, le professeur ... énonce que :

(...) Se basant sur ses propres observations & constatations personnelles, sur les considérations médicales des médecins-conseils des parties & du médecin sapiteur du FAM ainsi que sur l'ensemble des éléments résultant de l'analyse approfondie du dossier médical de monsieur ... l'Expert retient qu'en conséquence des interventions pratiquées par le Dr ... (médecin spécialiste traitant de monsieur ...) il persiste chez celui-ci une atteinte de la charnière lombo-sacrée avec lésions disco-ligamentaires responsables d'une atteinte sciatique S1 gauche invalidante.

Ces séquelles sont stabilisées et consolidables à la date du2012 qui correspond au moment où fut constaté l'échec de la dernière tentative d'améliorer le dommage en relation avec les complications présentées par monsieur ...

Se basant sur le guide barème européen d'évaluation médicale des atteintes à l'intégrité physique et psychique, l'Expert retient que ces séquelles correspondent respectivement aux articles 42-2-b (45 % au max.) et 2-3-a (25 % au max) et, compte tenu de l'état antérieur (10 %), celles-ci entraînent une IPP de 25 % à la date de consolidation qui est le2012¹².

Le dommage dont la gravité doit être appréciée pour déterminer si le seuil fixé par l'article 5, 1°, de la loi est atteint est celui qui trouve sa cause dans une prestation de soins de santé et qui découle de l'accident médical sans responsabilité dont ... a été la victime, à l'exclusion des conséquences dommageables de la pathologie dont il souffrait préalablement à la prestation de soins litigieuse et qui auraient en toute hypothèse été subies en son absence ainsi que des conséquences préjudiciales d'éventuelles autres pathologies.

En l'espèce, il n'est pas contestable que ... présentait un état antérieur important dès lors :

- qu'il ressort du rapport d'expertise du professeur ... qu'il souffrait depuis plus d'un an et demi de douleurs au membre inférieur gauche, lesquelles n'étaient pas soulagées par les médications anti-inflammatoires et antalgiques classiques et qu'il avait déjà été traité au centre de la douleur en 2009
- qu'il s'était présenté au service des urgences du ... le ... 2010 pour des douleurs avec endormissement du membre inférieur gauche, et qu'à l'issue d'une consultation du ... 2010, le docteur ... a diagnostiqué un canal lombaire étroit en L3-L4 et en L4-L5, ainsi qu'une sténose foraminale L5-S1 gauche¹³
- qu'une intervention neurochirurgicale consistant en une cure de canal lombaire étroit par hémilaminectomie gauche L4-L5 et L5-S1 a été pratiquée, sans que l'indication opératoire soit discutée.

Aux termes de son rapport, le professeur ... tout en énonçant péremptoirement tenir compte de cet état antérieur qu'il fixe à 10 %, précise ne "pas partager l'opinion du docteur ..., médecin conseil du docteur ..., lorsqu'il affirme qu'il est essentiel d'opérer une ventilation entre d'une part les séquelles résultant de l'accident médical sans responsabilité et d'autre part les séquelles résultant de l'examen médical sans responsabilité et d'autre part qui résultent de l'état antérieur du patient, de l'évolution normale de la pathologie"¹⁴, ce qui pourtant s'imposait à lui et aurait nécessairement abouti à la réduction du taux d'incapacité personnelle permanente retenu sous le seuil des 25 %.

Il appert par ailleurs du guide barème européen d'évaluation médicale des atteintes à l'intégrité physique et psychique que les articles 42-2-b et 2-3-a auxquels l'expert ... se réfère pour fixer le taux d'incapacité personnelle permanente de ... se rapportent respectivement à :

- "une situation clinique et radiologique exceptionnellement sévère du rachis lombaire et charnière thoraco-lombaire et lombo-sacrée", pour laquelle le guide préconise un taux d'incapacité allant jusqu'à 25 % (et non 45 % comme erronément mentionné par l'expert ...)
- et à une "paralysie sciatique totale (lésion complète)", pour laquelle le guide préconise un taux d'incapacité de 45 % (et non 25 % comme indiqué par l'expert ...)

Ce qui ne correspond pas à l'état séquellaire de ... tel qu'il ressort des travaux d'expertise, après exclusion de son état antérieur.

Invité lors de la réunion d'expertise du ... 2015 à préciser les troubles et symptômes qu'il présentait à cette date, ... a en effet indiqué "ma jambe gauche s'endort ... je dois prendre du METATOP ... je ne dors pas bien ... j'ai une douleur 24h/24 qui part du dos et ça va jusqu'au pied gauche ... j'ai des fourmillements à la jambe gauche mais j'ai aussi des fourmillements dans la jambe droite, je ne sais plus rien faire ...", tout en précisant participer aux tâches ménagères, fréquenter ses amis et les membres de sa famille et faire parfois des promenades et des exercices d'assouplissement pour calmer la douleur, ajoutant que "selon lui, la situation clinique actuelle est globalement inchangée par rapport à celle qui prévalait lors du début de la période litigieuse qui commence le ... 2010"¹⁵, soit avant la survenance des deux complications litigieuses.

Il ressort enfin des protocoles d'imagerie médicale reproduits dans le rapport du docteur ... du ... 2021¹⁶ que deux scanners réalisés en mars et mai 2014, soit avant la première séance d'expertise du professeur ... ont mis en évidence une "impaction nucléaire au niveau du plancher de L3" ainsi qu'une "fracture en compression avec dépression du plateau inférieur de L3", sans que ces événements et leur incidence sur la situation clinique de ... soient mentionnés et analysés dans le cours de l'expertise.

13. Avis du FAM, p. 2, note subpaginale 3.

14. Rapport d'expertise du professeur ...p.18.

15. Rapport d'expertise du professeur ..., p. 2.

16. Pièce I.4. du dossier du FAM, p. 8.

L'avis émis par l'expert ... quant au taux d'incapacité permanente de 25 % qu'il retient n'apparaît pas être le reflet d'un travail précis, scientifiquement documenté et objectif ; l'examen de son rapport ne permet pas de comprendre la démarche qu'il a suivie et d'y trouver une justification de ses conclusions.

Aucun autre élément soumis à l'appréciation de la cour ne permet de considérer que ... aurait conservé, des suites du pseudo-méningocèle et de la spondylodiscite, à l'exclusion des troubles dont il souffrait au préalable et de leur évolution naturelle, une incapacité personnelle permanente d'un taux équivalent ou supérieur à 25 %.

Il peut en revanche être relevé que le médecin-conseil de ... a indiqué, en réponse à l'avis provisoire de l'expert ..., qu' "en termes d'incapacité personnelle permanente, si le taux proposé par l'Expert à 25 % me paraît correct, je pense qu'il faut considérer qu'une partie, que j'estimerai à 10 %, n'est pas liée aux accidents médicaux présentés mais à l'état antérieur"¹⁷.

Les intimés restent en défaut d'établir que le dommage résultant de l'accident médical sans responsabilité dont a été victime ... aurait entraîné dans son chef une incapacité personnelle permanente d'un taux égal ou supérieur à 25 %.

En l'absence de tout élément accréditant la thèse d'une incapacité personnelle permanente résultant des seules complications subies suite aux interventions pratiquées les ... 2010 et ... 2010 atteignant le seuil de gravité fixé par l'article 5, 1^o, de la loi du 31 mars 2010, compte tenu de l'état antérieur dégénératif de ... et de la survenance de son décès rendant impossible tout examen complémentaire, il n'y a pas lieu de désigner un expert judiciaire avec pour mission de déterminer le taux de l'incapacité personnelle permanente qu'il a subie en lien avec ces complications.

- Troubles particulièrement graves dans les conditions d'existence de ...

La loi du 31 mars 2010 ne précise pas la notion de "troubles particulièrement graves dans les conditions d'existence du patient".

Suivant l'exposé des motifs, le critère prévu à l'article 5, 3^o, de la loi est un critère qualitatif, qui vient nuancer les deux critères quantitatifs ci-dessus. Il s'agit ici de tenir compte des dommages qui ont un impact grave et important dans la vie de la victime, sans pour autant rencontrer l'une des deux premières conditions.

Il s'agit de tenir compte de l'impact "situationnel" du déficit fonctionnel, qui varie avec les conditions de vie de la victime (ex. retentissements relationnels, sensoriels, sportif, familiaux). Ce critère devra faire l'objet d'une appréciation individuelle, dès lors que par définition, cela variera en fonction des conditions d'existence de la victime. Cela vise donc tant la vie privée que la vie professionnelle. Il est cependant exigé que les troubles présentent un caractère de particulière gravité. Ce critère n'a pas pour objectif d'indemniser tous les dommages qui n'atteignent pas un des deux seuils visés aux points 1^o et 2^o. Néanmoins, il doit être possible d'intervenir, pour des dommages qui, sans répondre aux deux critères de quantification du dommage relatifs à l'invalidité permanente ou à l'incapacité temporaire totale, affectant la victime avec une gravité telle qu'une absence d'indemnisation serait contraire à l'esprit de la présente loi¹⁸.

En l'espèce, si les problèmes lombaires rencontrés par ... ont incontestablement troublé son existence, aucun élément soumis à l'appréciation de la cour ne permet de considérer que les seuls pseudo-méningocèle et spondylodiscite seraient à l'origine de troubles graves,

- le pseudo-méningocèle diagnostiqué en ... 2010 ayant finalement évolué favorablement pour disparaître le ... 2010 au plus tard¹⁹, sans qu'il apparaisse qu'il aurait engendré la moindre séquelle permanente, le FAM exposant d'ailleurs sans être contredit que tel n'était pas le cas

17. Rapport d'expertise du professeur ..., p. 16.

18. Exposé des motifs, Doc. Parl., Ch. Repr., sess. 2009-2010, n° 52-2240/001, pp. 39-40.

19. Avis du FAM, p. 3, renvoyant au rapport d'hospitalisation du ... 2010, non produit aux débats, pièce I.2. du dossier de l'appelant.

- le syndrome inflammatoire lié à la spondylodiscite ayant diminué progressivement avec l'antibiothérapie, et l'atteinte du disque intervertébral résultant de la spondylodiscite ayant donné lieu à une situation clinique décrite par ... comme étant "globalement inchangée par rapport à celle qui prévalait fin ... 2010", soit avant cette atteinte.

3.

Il suit des considérations qui précèdent que les conditions d'intervention du Fonds ne sont pas rencontrées en l'espèce. L'appel est fondé ; le jugement entrepris sera informé.

...

Tous autres moyens invoqués par les parties s'avèrent, au vu des motifs qui précèdent, non pertinents.

PAR CES MOTIFS,

Vu l'article 24 de la loi du 15 juin 1935 sur l'emploi des langues en matière judiciaire,

LA COUR, statuant contradictoirement,

Donne acte à ... de leur reprise d'instance,

Reçoit l'appel, le dit fondé,

Réformant le jugement entrepris,

Dit la demande formée par ... à l'encontre du Fonds des accidents médicaux – INAMI, recevable, mais non fondée,

...