

CONSEIL D'ETAT, SECTION DU CONTENTIEUX ADMINISTRATIF.

A R R E T

n° 197.434 du 28 octobre 2009

G./A.104.009/VI-15.950

En cause : **DEBLAERE** Jean-Marc,

ayant élu domicile chez
Me Philippe de BOURNONVILLE, avocat,
Lodomez, n° 7,
4970 Stavelot,

contre :

l'Etat belge, représenté par la Vice-Première
Ministre et Ministre des Affaires sociales et
de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale,

ayant élu domicile chez
Me Marc UYTTENDAELE, avocat,
rue de la Source, n° 68,
1060 Bruxelles.

LE CONSEIL D'ETAT, VI^e CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 30 avril 2001 par Jean-Marc DEBLAERE qui demande "conformément à l'article 11 des Lois coordonnées sur le Conseil d'Etat (qu'il soit statué) sur la demande d'indemnité qu'il articule contre l'Etat Belge en réparation de son préjudice exceptionnel résultant de la vaccination antipoliomyélitique";

Vu l'arrêt n° 182.842 du 9 mai 2008 ordonnant la réouverture des débats et désignant le docteur Gustave MOONEN, Doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Liège, en qualité d'expert;

Vu le rapport d'expertise du docteur Gustave MOONEN du 20 avril 2009;

Vu le rapport de M. DELVAX, Auditeur au Conseil d'Etat, rédigé sur la base de l'article 13 du règlement général de procédure;

Vu la notification du rapport aux parties et les derniers mémoires;

Vu l'ordonnance du 22 septembre 2009, notifiée aux parties, fixant l'affaire à l'audience du 21 octobre 2009;

Entendu, en son rapport, M. LEWALLE, Conseiller d'Etat;

Entendu, en leurs observations, Me Philippe de BOURNONVILLE, avocat, comparaissant pour la partie requérante et Me Quentin PEIFFER, loco Me Marc UYTENDAELE, avocat, comparaissant pour la partie adverse;

Entendu, en son avis conforme, M. DELVAX, Auditeur;

Vu le titre VI, chapitre II, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973;

Considérant que les faits utiles à l'examen de la requête ont été énoncés dans l'arrêt n° 182.842 du 9 mai 2008 précité;

Considérant que le requérant fait valoir que la vaccination antipoliomyélique a été rendue obligatoire par un arrêté royal du 26 octobre 1966 pris en exécution de l'article 1^{er} de la loi du 1^{er} septembre 1945, qu'elle est pratiquée en application d'un règlement adopté par une autorité administrative, qu'il existe un lien de causalité entre la vaccination et le dommage exceptionnel qu'il a subi et qu'il souhaite que l'indemnité soit portée à 10.000.000 BEF, soit 247.893,52 euros;

Considérant que, dans son mémoire en réponse, la partie adverse affirme que le requérant n'établit pas l'existence d'un lien de causalité entre le dommage qu'il allègue et la vaccination antipoliomyélique, qu'il ressort des différents rapports que si la paralysie dont souffre le requérant pourrait trouver sa source dans cette vaccination, cette affection pourrait avoir une autre cause comme une affection virale ou une vaccination diphtérie-tétanos-coqueluche, que le montant de l'indemnité ne peut excéder le montant réel du dommage, que la somme de 10.000.000 BEF demandée par le requérant excède ce montant tel qu'il aurait été évalué par une juridiction judiciaire amenée à se prononcer sur la réparation intégrale d'un tel dommage, que, dans sa requête préalable, le requérant se plaignait uniquement d'une incapacité importante, que seule cette incapacité peut être prise en considération au titre de dommage exceptionnel, les autres chefs de dommage étant invoqués pour la première fois devant le Conseil d'Etat, que l'incapacité de travail est définie comme étant "l'incapacité à exercer des activités lucratives que la victime, compte tenu de ses qualifications, peut exercer dans

le milieu économique et social qui est le sien", que le requérant peut marcher et pratiquer un sport, qu'il exerce une activité professionnelle, que, même s'il conserve une incapacité partielle, il reste en défaut d'apporter des éléments permettant de l'évaluer, qu'il lui incombe pourtant d'établir, dès le stade de sa requête préalable à l'autorité administrative, l'ensemble des éléments permettant d'évaluer son dommage, que l'on pourrait recourir à une méthode d'évaluation forfaitaire, à laquelle le juge a généralement recours lorsqu'il constate l'absence d'éléments de calcul précis et certains, que les tribunaux de police, qui sont appelés à chiffrer les dommages corporels subis à l'occasion d'accidents de roulage, se réfèrent au tarif indicatif des points d'incapacité, que ce tarif prévoit une indemnité, par point d'incapacité, de 80.000 BEF si la victime a moins de 10 ans, de 70.000 BEF si elle en a moins de 15 et de 60.000 BEF si elle en a moins de 30 et que cette évaluation doit tenir compte du moment de la consolidation de l'état de la victime, que ne peut être accueillie la demande d'indemnité provisionnelle, à charge pour un expert d'apporter les éléments destinés à préciser la consistance du dommage, s'agissant là d'un renversement des principes de charge de la preuve et les prétentions du requérant à une telle indemnité étant pour le moins exagérées; que, dans son dernier mémoire après réouverture des débats, la partie adverse soutient que l'expertise n'a pas permis de déterminer avec certitude que les troubles neurologiques constatés chez le requérant depuis le 23 novembre 1982 trouvent leur cause dans la vaccination antipoliomyélitique qui lui a été appliquée le 6 mai 1982;

Considérant que, dans son dernier mémoire après réouverture des débats, le requérant affirme n'avoir jamais recherché l'octroi d'une indemnité supérieure au préjudice exceptionnel qu'il a subi, que la référence au montant qui lui serait octroyé par les juridictions judiciaires doit être nuancée compte tenu de ce que, dans le cadre de la présente procédure, le juge est appelé à se prononcer en équité, que l'ancienneté des séquelles graves que le docteur MOONEN relie à la vaccination antipoliomyélitique appliquée le 6 mai 1982 doit servir de paramètre essentiel dans l'appréciation du préjudice, que tant pour l'invalidité permanente partielle que pour l'incapacité permanente partielle, l'expert retient comme corrects jusqu'à 30 % pour la première et 8 % pour la seconde, qu'il n'y a pas lieu d'y appliquer un coefficient de réduction, que depuis le 8 mai 1991, plus aucune allocation supplémentaire pour enfant handicapé n'a été versée pour le requérant, que deux années avant la mise en oeuvre de la présente procédure, le requérant a cessé de bénéficier de toute allocation d'handicapé, qu'il n'y a pas lieu d'effectuer un décompte, qui interviendrait plus que tardivement, des allocations familiales majorées perçues entre 1982 et 1991, mais que l'indemnité doit être fixée en équité à 66.000 euros au titre de l'invalidité permanente partielle et à

17.600 euros au titre d'incapacité permanente partielle, en y ajoutant une somme évaluée à 7.500 euros au titre du préjudice d'agrément et une somme arrondie à 9.000 euros en tenant compte de l'érosion et du délai d'indemnisation, soit 100.100 euros au total, majoré des intérêts judiciaires au taux légal depuis le 30 avril 2001, date de la requête en indemnisation;

Considérant, quant au lien de causalité entre la vaccination antipoliomyélique et le dommage, que le rapport établi le 20 avril 2009 par le Doyen MOONEN énonce notamment ce qui suit :

" En conclusion

Hypotrophie globale du membre inférieur gauche entreprenant aussi certains des muscles de la fesse. Il s'agit d'une amyotrophie d'allure neurogène non fasciculante avec aréflexie et hypotonie.
Le tableau clinique est stable depuis plusieurs années.

A la consultation de ce 24 novembre, le patient a apporté différents documents radiologiques, essentiellement des radiographies du genou gauche et de la cheville gauches et d'autre part un scanner cérébral réalisé récemment dans le cadre de l'exploration de l'épilepsie et qui ne montre pas d'anomalie.

Discussion

1. Les faits

Monsieur Jean-Marc DEBLAERE est né à terme après une grossesse normale et aucun problème médical n'est rapporté au cours des premiers mois.
C'est vers l'âge de 5 mois qu'il reçoit le premier vaccin DITEPER (diphtérie, tétanos, coqueluche) par voie intramusculaire et polio par voie orale.

A relever, qu'il n'est pas explicitement mentionné dans les documents dont je dispose que le vaccin polio a été administré par voie orale mais à l'époque c'était bien un vaccin oral de type Sabin qui était administré.

«C'est dans les jours qui suivent cette vaccination» qu'apparaît un déficit moteur sous forme d'une parésie aréflexique et hypotonique. Cette parésie a secondairement été responsable d'une hypotrophie globale du membre inférieur gauche et de complications orthopédiques ayant justifié plusieurs interventions jusqu'à l'âge de 18 ans.

L'état moteur est actuellement stable depuis de nombreuses années.

L'évolution neurologique ultérieure a été caractérisée par la survenue de deux crises d'épilepsie (voir rapport du Professeur GRISAR en annexe). Celui-ci conclut à une épilepsie généralisée cryptogénique, terme médical sibyllin désignant les épilepsies considérées comme symptomatiques d'une cause qui échappe à nos moyens d'investigation actuels. Pour mémoire, ces épilepsies cryptogéniques représentent approximativement 45% des syndromes et maladies épileptiques. Aucun traitement antiépileptique n'est prescrit à l'heure actuelle. Il n'y a pas la moindre raison de considérer que la survenue de ces crises a un quelconque rapport avec le problème neurologique qui justifie la présente expertise.

2. Les examens complémentaires

Des informations que nous avons, il ressort qu'aucune lésion anatomique n'a été démontrée au niveau médullaire ou supraspinal par les examens d'imagerie.

Je relève des examens biologiques réalisés

- que la recherche d'une maladie métabolique congénitale est négative.
- que la sérologie virale polio mentionnée dans le rapport du Docteur MISSON daté du 23/11/82 est polio 1: 1/64, polio 2: 1/16 et polio 3: 1/16. Dans un rapport daté du 9/10/1998, le Professeur MISSON signale que «Jean-Marc DEBLAERE ne possède pas d'anticorps contre le virus de la polio ce qui tendrait à dire qu'il n'aurait jamais en fait été vacciné contre la polio et qu'il faudrait chercher ailleurs l'origine du problème posé par Jean-Marc».
- que le liquide céphalorachidien montrait une augmentation de la cytorachie à 10 éléments dont le type n'est pas précisé.
- que les autres données neurochimiques sont normales.

Les différents examens électrophysiologiques réalisés sont compatibles avec une atteinte motoneuronale spinale.

Un EMG réalisé par le Docteur SACRE en 1998 conclut à des tracés témoignant d'une atteinte poliomyélite ancienne avec potentiels séquellaires de grande amplitude et activité de repos aux deux membres inférieurs prédominant à gauche de façon très nette. Il est conclu à des séquelles fort probables de poliomyélite et à une atteinte surajoutée de type axonale du sciatique poplité interne gauche sans notion de bloc sous le genou. Il faut souligner que sur le plan strictement électrophysiologique, cette dernière conclusion n'est pas autorisée. Il s'agit d'un électromyogramme d'atteinte des neurones de la corne antérieure de la moelle. L'électromyographie ne peut en aucun cas préciser l'étiologie.

Il faut donc retenir des éléments qui précèdent plusieurs aspects importants pour la réflexion diagnostique :

- Absence d'anomalies structurelles du système nerveux central spinal et supraspinal.
- Electroneuromyographie compatible avec une atteinte motrice proximale de la corne antérieure de la moelle.
- Discrète augmentation de la cytorachie à la ponction lombaire, la valeur normale pour les cellules du liquide céphalorachidien étant inférieure à 5. La valeur de 10 n'est pas extrêmement élevée mais doit éventuellement être prise en considération dans la réflexion diagnostique.
- Positivité précoce des anticorps contre les trois types de virus polio et négativation ultérieure.

[...]

3. Diagnostic différentiel

Le diagnostic différentiel d'une paralysie flasque aiguë survenant à 5 mois comprend le syndrome de Guillain Barré, une myélite transverse, une paralysie traumatique et la poliomyélite qu'elle soit due au virus «sauvage» ou à un des virus vivants atténués qui sont présents dans le vaccin oral.

Le syndrome de Guillain Barré ne peut pas être retenu ici sur la base de la normalité de la protéinorachie et de l'absence de ralentissement pathologique des vitesses de conduction. Rappelons également que le syndrome de Guillain Barré évolue

favorablement même si c'est souvent en plusieurs mois et que la symptomatologie est bilatérale dans cette affection.

L'absence de troubles sphinctériens, de troubles sensitifs en particulier de niveau sensitif, la normalité du liquide céphalorachidien et de l'imagerie permettent d'exclure une myélite transverse.

Une atteinte traumatique centrale ou périphérique est également exclue sur base du caractère exclusivement moteur de la symptomatologie et de sa topographie. Il n'y a par ailleurs aucun signe de centralité.

L'affection neurologique apparue à l'âge de trois mois chez Monsieur Jean-Marc DEBLAERE est donc compatible avec une poliomyélite post-vaccinale. L'hypothèse d'une poliomyélite due à un virus «sauvage» en quelque sorte une «vraie poliomyélite» ne peut être retenue pour des raisons épidémiologiques. Cette affection a été éradiquée de notre pays précisément à cause du caractère obligatoire de la vaccination.

D'emblée, il faut affirmer sans ambiguïté, qu'à 27 ans de distance, une certitude ne pourra pas être obtenue. Dans un tel cas, la preuve eut été obtenue en démontrant à la phase aiguë de l'affection la présence du virus dans le liquide céphalo rachidien (et/ou dans le sang du patient parce qu'une virémie est très fréquente dans ces cas). L'isolement du virus et sa caractérisation auraient pu permettre de démontrer que l'affection était bien d'origine infectieuse et que le type du virus était bien un des virus atténués qui constituent le vaccin.

Nous devons donc nous limiter à des hypothèses.

Le premier élément de réflexion est que les poliomyélites post-vaccinales existent. Il en sera fait mention dans la brève revue de la littérature qui sera présentée plus loin dans ce rapport.

Le tableau clinique est tout à fait compatible avec une atteinte poliomyélitique. La poliomyélite donne en effet essentiellement et quasiment exclusivement une lésion des motoneurones de la corne antérieure de la moelle épinière et du tronc cérébral. C'est bien ce qui s'est produit dans le cas de Monsieur DEBLAERE où on constate une paralysie flasque amyotrophique neurogène.

L'investigation neurophysiologique réalisée à l'époque était compatible avec ce diagnostic.

Bien que la valeur ne soit pas très élevée, la discrète augmentation des globules blancs dans le liquide céphalo rachidien est compatible avec une infection virale.

Il n'y a pas le moindre argument en faveur d'une autre étiologie comme cela l'a déjà été évoqué à propos du diagnostic différentiel dans le paragraphe précédent.

L'enfant a bien été vacciné contre la polio puisque la sérologie réalisée dans le tout jeune âge lors de l'exploration en pédiatrie à l'Hôpital de Bavière montrait bien une augmentation des anticorps contre les trois types de virus présents dans le vaccin. La négativité ultérieure de cette sérologie n'est pas incompatible avec une notion d'une vaccination antérieure, le patient n'ayant été vacciné qu'à deux reprises à 4 ans d'intervalle.

4. Quelques données de la littérature

- JAMA 2004; 292 : 1696 (Annexe 1)

Cette revue de la situation aux USA fait état de 9 cas par an de paralysie poliomyélique de 1961 à 1989. A ce moment, la poliomyélite a été considérée comme éradiquée aux USA à savoir qu'aucun cas dus aux virus «sauvages» n'a été observé depuis 1979. Les autorités publiques ont donc considéré qu'une couverture vaccinale restait nécessaire en raison de possibles cas d'importation et du risque à partir de ceux-ci de voir se développer une épidémie dans une population éventuellement non vaccinée. Toutefois, le risque de poliomyélite vaccinale (1/2.900.000 doses) a été considéré comme devenu inacceptable et la décision a été prise d'assurer désormais la couverture vaccinale non plus par vaccin oral de type Sabin (virus vivant atténués) mais par vaccin de type Salk (virus inactivés) qui doit être administré non par voie orale mais par voie intramusculaire.

BMJ 1992; 305 : 79 (Annexe 2)

Cette revue concerne l'Angleterre et le Pays de Galle. 21 cas de poliomyélite ont été repérés entre 1985 et 1991. Treize de ces cas étaient associés au virus vaccinal. Dans 9 cas, il s'agissait des sujets vaccinés eux-mêmes et dans 4 cas de sujets contaminés à partir de sujets vaccinés.

- Journal of Pediatric and Child Health 2000; 36:408 (Annexe 3)

Illustre un cas particulier de poliomyélite vaccinale survenue après la deuxième vaccination. Dans cet article, le risque de poliomyélite vaccinale est évalué à 1 cas pour 760.000 doses de vaccin oral administré soit 1/1.500.000 après la première dose et 1/2.000.000 de doses après la deuxième dose.

- Folia Pharmacotherapeutica Nov. 2000 (Annexe 4)

C'est une publication du Centre Belge d'information Pharmacothérapeutique (asbl). Cet organe est exclusivement subventionné par les pouvoirs publics. Dans cet article est justifiée et expliquée la modification de politique vaccinale en Belgique. A partir du 1/1/2001, la vaccination anti-poliomyélite tout en restant obligatoire se fait désormais exclusivement par le vaccin injectable (virus inactivé) précisément en raison du risque de poliomyélite post-vaccinale. En effet, l'éradication dans nos régions de la poliomyélite grâce à l'utilisation du vaccin oral rend désormais inacceptable un risque même faible de polio post-vaccinale. Toutefois, l'affection n'étant pas éradiquée dans le monde, le maintien d'une couverture vaccinale reste indispensable.

Il faut rappeler que le vaccin oral est «plus efficace» que le vaccin inactivé intramusculaire parce qu'il assure une immunité au niveau du tube digestif. La propagation de la poliomyélite se fait par contamination féco-orale principalement et le vaccin oral a l'avantage de limiter les éventuels foyers d'épidémie.

5. Réponses aux questions posées par la Cour

1° Déterminer si des troubles neurologiques constatés depuis le 23 novembre 1982 chez Jean-Marc DEBLAERE ont été causés par la vaccination antipoliomyélique qui lui a été appliquée le 6 mai 1982.

La preuve formelle, scientifique, ne peut pas être obtenue à 26 ans de distance. Nous considérons cependant, sur base des réflexions qui précèdent, que les troubles neurologiques constatés depuis le 23 novembre 1982 chez Jean-Marc Deblaere ont probablement été causés par la vaccination antipoliomyélique qui lui a été appliquée le 6 mai 1982.

2° Préciser la nature de ces troubles et leur évolution jusqu'à la date du dernier examen.

Il s'agit d'une paralysie flasque (synonyme hypotonique) aréflexique et globale du membre inférieur gauche. La force résiduelle est estimée à 4 sur l'échelle MRC. Cette atteinte motrice est neurologiquement pure sans trouble sensitif ou dysautonomie associés.

Apparue dans le très jeune âge, elle a entraîné une discrète hypotrophie secondaire du membre inférieur gauche et des complications orthopédiques ayant nécessité trois interventions.

3° Evaluer les taux d'incapacité de travail et d'invalidité permanente dont il est atteint.

Selon l'examen clinique, l'invalidité permanente partielle peut être évaluée selon les principes suivants :

- Aucune réduction d'amplitude des mouvements du membre inférieur : 0 %
 - Une amyotrophie monosymptomatique (art. 342 du BOBI) : 0 à 15 %
 - Paraparésie incomplète des membres inférieurs permettant la marche sans appui, sans trouble des sphincters ou de la sensibilité (art. 579a du BOBI) : 15 à 20 %
- Tenant compte de ces éléments, un taux de 25 % à 30 % d'invalidité permanente partielle me paraît correct.

En termes d'incapacité permanente partielle, Monsieur Jean-Marc DEBLAERE exécute péniblement un travail physique de monteur en châssis de fenêtres d'aluminium.

En conséquence, on peut reconnaître 5 à 8 % d'incapacité permanente partielle, non seulement en raison de la limitation de l'activité, mais surtout de la pénibilité à l'accomplir.

4° Décrire les aides matérielles et humaines requises par son état depuis 1982, actuellement et pour l'avenir.

Néant.";

Considérant que, s'agissant d'apprécier si le dommage exceptionnel allégué a été causé par une autorité administrative, l'exigence d'une certitude causale n'est pas requise; que, sur le vu des conclusions du rapport du docteur MOONEN, il est raisonnable de voir dans le dommage invoqué par le requérant la conséquence de la vaccination antipoliomyélitique imposée par l'arrêté royal du 26 octobre 1966; que ce dommage apparaît à la fois grave et spécial; que, quant à l'indemnité, le Conseil d'Etat doit se prononcer en équité, en tenant compte de toutes les circonstances d'intérêt public et privé; que ce pouvoir d'appréciation ne peut s'exercer qu'en fonction de la nature de l'incapacité, de son évolution, et de son incidence sur les conditions de vie actuelles et futures du requérant; que l'indemnité accordée par le Conseil d'Etat ne peut, en principe, être supérieure à celle réclamée dans la requête préalable; que sous cette réserve, le Conseil d'Etat dispose d'un très large pouvoir d'appréciation;

Considérant que la requête n'est recevable qu'en tant qu'elle porte sur un montant de 123.946,76 euros, soit 5.000.000 BEF, montant demandé originairement à la partie adverse;

Considérant qu'il s'indique de prendre en considération le montant qui serait octroyé, pour un dommage identique, par les juridictions judiciaires; que, en ayant égard au tableau indicatif révisé établi en 2008 par l'Union nationale des magistrats de première instance et l'Union Royale des Juges de Paix et de Police, l'âge à prendre en considération étant celui auquel le requérant a été atteint par la poliomyélite, antérieur à ses 15 ans, ce qui implique qu'une somme de 2.200 euros est attribuée par pour cent d'invalidité,

D E C I D E :

Article 1^{er}.

Il est dû par l'Etat belge à Jean-Marc DEBLAERE, à titre de réparation en équité du dommage exceptionnel subi par lui :

- en retenant le produit de la multiplication du nombre de pour-cents d'invalidité permanente partielle retenus par le docteur MOONEN, soit au maximum 30 %, par le montant de 2.200 euros, soit 66.000 euros,
- en y ajoutant le produit de la multiplication du nombre de pour-cents d'incapacité permanente partielle retenus par le docteur MOONEN, soit au maximum 8 % , par le montant de 2.200 euros, soit 17.600 euros,
- en y ajoutant une somme destinée à tenir compte de l'érosion et du délai d'indemnisation, soit 9.000 euros,
- en y ajoutant les intérêts judiciaires au taux légal depuis le 30 avril 2001, date de l'introduction de la requête au Conseil d'Etat, jusqu'à parfait paiement des 92.600 euros.

Article 2.

Les dépens, en ce compris la taxe de 173,53 euros et les honoraires de l'expert de 1.400 euros, liquidés à la somme de 1.573,53 euros, sont mis à la charge de la partie adverse.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique de la VI^e chambre, le
vingt-huit octobre deux mille neuf par :

M^{me} DAURMONT,

MM. LEWALLE,

NIHOUL,

M^{me} SCHMITZ,

Président de chambre,

Conseiller d'Etat,

Conseiller d'Etat,

Greffier.

Le Greffier,

Le Président,

V. SCHMITZ.

O. DAURMONT.