



Syndrome de la queue de cheval

Une atteinte des racines nerveuses situées en bas du canal rachidien peut compromettre les jambes, la sensibilité du périnée et le contrôle de la vessie ou des intestins. Une compression aiguë suspectée exige une évaluation urgente. [M01–M03]

Ce qui se passe

Sous l'extrémité de la moelle, les racines nerveuses forment un faisceau évoquant une queue de cheval. Une volumineuse hernie discale est une cause fréquente de compression ; une infection, un hématome, une tumeur ou un traumatisme peuvent aussi l'expliquer. Le syndrome décrit les conséquences neurologiques ; il ne désigne donc pas une cause unique. [M02–M03]

Les signes qui doivent alerter

- Difficulté nouvelle à commencer à uriner ou sensation inhabituelle du passage des urines.
- Sensibilité diminuée autour de l'anus, des organes génitaux ou entre les cuisses, dite atteinte « en selle ».
- Faiblesse sévère ou progressive des deux jambes ; troubles nouveaux du contrôle intestinal ou de la fonction sexuelle.

Repères médicaux : [M01].

Évaluation et prise en charge

La suspicion conduit à une évaluation neurologique et à une IRM urgente, puis à un avis spécialisé et au traitement de la cause. Un résidu urinaire faible n'exclut pas le syndrome. GIRFT vise une IRM dès que possible et au plus tard quatre heures après la demande : c'est un repère organisationnel anglais, pas un délai légal suisse ni une permission d'attendre. [M01]

Les pièges à éviter

Une sciatique isolée n'est pas synonyme de queue de cheval. Il ne faut pas attendre une incontinence complète pour s'inquiéter. Un examen partiellement rassurant n'efface pas des symptômes récents évocateurs ; aucune manifestation isolée ne suffit au diagnostic. [M01–M03]



Lire le dossier

Grille de lecture JurisMedX pour le contexte suisse. Les questions ci-dessous orientent l'analyse ; elles ne constatent ni faute ni responsabilité individuelle.

Diligence et orientation

L'analyse commence au premier contact pertinent : quels symptômes ont été rapportés, compris et transmis ? Reconstituer l'accès à l'imagerie, les demandes d'avis et les possibilités de transfert. Une difficulté d'organisation doit être examinée concrètement ; elle ne devient pas une explication suffisante par sa seule mention.

Causalité et dommage

Comparer l'évolution constatée avec celle qu'une prise en charge conforme aurait vraisemblablement permise à partir du moment où elle était due. Séparer la lésion initiale, une éventuelle aggravation évitable et les séquelles. L'arrêt intégré montre pourquoi une statistique générale de récupération ne tranche pas à elle seule cette question.

Information et continuité

Pour une sortie ou une surveillance, rechercher quelles consignes de retour ont été données, à qui et dans des termes compréhensibles. Décrire les conséquences urinaires, intestinales, sexuelles, locomotrices et professionnelles dans leurs dimensions propres, sans ramener le dommage à la seule marche.

Les pièces à rapprocher

- Horaires des premiers troubles, des appels, de l'admission et des examens neurologiques successifs.
- Demande, réalisation, compte rendu et transmission de l'IRM ; avis spécialisés et transfert.
- Compte rendu opératoire, bilans de réadaptation, besoins d'assistance et évolution fonctionnelle.

Cadre général : [J02–J04]. Distinguer le régime applicable, les faits établis, les hypothèses d'expertise et leur portée probatoire. Références juridiques communes dans le registre des sources.



Comprendre les mots et se tester

Mot du dossier	Traduction utile
Périnée	Région entre les organes génitaux et l'anus.
Hypoesthésie	Diminution de la sensibilité.
Paraparésie	Faiblesse motrice des deux membres inférieurs.
Décompression	Intervention destinée à libérer les structures nerveuses comprimées.

Cas flash fictif

Cas pédagogique fictif : une patiente consulte pour lombalgie et précise qu'elle sent moins bien le passage des urines. La force des jambes paraît conservée. La note conclut « sciatique, retour si aggravation », sans préciser les consignes.

Corrigé

Le symptôme urinaire récent doit être replacé dans l'ensemble clinique et justifie une évaluation urgente de la suspicion. Pour le juriste, les questions portent sur l'interrogatoire, la décision d'orientation et la précision des consignes. Le scénario ne suffit pas à conclure à une responsabilité : il manque notamment le diagnostic final, le dommage et l'analyse causale.

Rappel actif

1. Une rétention complète est-elle nécessaire pour suspecter le syndrome ?

Réponse : Non. Des troubles urinaires débutants ou une modification périnéale peuvent déjà alerter.

2. Un résidu post-mictionnel inférieur à 200 ml exclut-il le syndrome ?

Réponse : Non. Ce résultat ne doit pas être utilisé isolément pour écarter une IRM indiquée.

3. Le TF a-t-il accordé une indemnisation dans 4A_554/2025 ?

Réponse : Non. Le recours a été rejeté dans la mesure de sa recevabilité ; la causalité n'était pas suffisamment établie.

Dater le premier signe neurologique, puis chaque décision. L'urgence médicale et la preuve juridique suivent deux raisonnements distincts.



DÉCODEUR 01 · RÉFÉRENCES

Sources et repères de lecture

Vérification documentaire au 5 septembre 2026. Les identifiants dans le texte renvoient aux sources ci-dessous. Les recommandations étrangères sont des repères médicaux ; leur transposition à une situation suisse doit être discutée.

[M01] NHS England GIRFT. National Suspected Cauda Equina Syndrome Pathway. Version portant des mises à jour jusqu'à mars 2026, p. 6 à 13.

[Consulter la source M01](#)

[M02] HSE. National Clinical Guideline for Cauda Equina Syndrome. Page institutionnelle, prise d'effet indiquée au 15 octobre 2025.

[Consulter la source M02](#)

[M03] Chartered Society of Physiotherapy. The National Suspected Cauda Equina Syndrome Pathway. Présentation professionnelle du parcours, mars 2024.

[Consulter la source M03](#)

[J01] Tribunal fédéral. TF 4A_554/2025 du 9 juin 2026. Ire Cour de droit civil ; faits A et B, consid. 2 à 5 et dispositif.

[Consulter la source J01](#)

Cadre juridique commun

[J02] ASSM et FMH. Bases juridiques pour le quotidien médical. Guide en ligne, chapitre 8.2 Responsabilité du médecin en droit civil et en droit pénal.

[Consulter la source J02](#)

[J03] ASSM et FMH. Information. Guide en ligne, chapitre 3.2.

[Consulter la source J03](#)

[J04] ASSM et FMH. Consentement libre et éclairé. Guide en ligne, chapitre 3.3.

[Consulter la source J04](#)

Jurisprudence : la fiche TF 4A_554/2025 est intégrée aux pages suivantes.

Ces ressources pédagogiques expliquent le raisonnement ; elles ne remplacent ni une évaluation médicale ni une expertise du cas concret. Les cas flash sont fictifs. Version 1.0.



TF 4A_554/2025 du 9 juin 2026

Une prise en charge illicite et un dommage sont admis. La causalité avec les séquelles n'est pas établie au degré requis dans ce dossier ; le recours est rejeté dans la mesure de sa recevabilité. [J01, consid. 4 et 5]

Les faits et leur temporalité

Après un accouchement en 2016 avec péridurale, une patiente présente des lombalgies qui deviennent aiguës le 21 avril. Le 23 avril, une faiblesse des jambes est constatée. À l'admission aux urgences sont relevées une diminution de force, une hypotonie sphinctérienne et une hypoesthésie péri-anale. L'IRM montrera une collection épidurale compressive ; une décompression est réalisée. Des séquelles neurologiques sévères persistent. Le seul ordre des événements ne prouve pas que la péridurale a causé la collection. [J01, faits A]

Moment rapporté	Événement
23 avril 2016 à 18 h 29	Admission aux urgences.
23 avril à 23 h 07	Scanner : collection suspecte, IRM préconisée.
24 avril au matin	Aggravation neurologique ; proposition de transfert.
24 avril à 14 h 38	IRM montrant la compression ; chirurgie ensuite.

Lecture chronologique JurisMedX : ces heures donnent 20 h 09 entre admission et IRM, et 15 h 31 entre scanner et IRM. Le consid. 4.3 parle d'une IRM différée de plus de vingt heures. Il faut citer cette appréciation comme telle, sans attribuer ce chiffre au seul intervalle scanner–IRM.

Le cadre de responsabilité

L'hôpital public relève du droit public fribourgeois : art. 41 LHFR/FR et art. 6 à 9 LResp/FR. Le consid. 2.2 distingue acte illicite, préjudice et causalité naturelle et adéquate. Il s'agit d'une responsabilité causale ; une faute subjective n'est pas une condition supplémentaire de ce régime. Le recours en matière civile reste ouvert dans cette matière connexe au droit civil. [J01, consid. 1 et 2]



Ce que décide le Tribunal fédéral

La question déterminante

Si l'IRM et la prise en charge adéquate avaient eu lieu sans le retard imputé à l'hôpital, les séquelles auraient-elles été évitées ou réduites avec une vraisemblance prépondérante ? Le manquement est analysé comme une omission : le raisonnement porte sur un déroulement hypothétique des événements. [J01, consid. 4.1]

Pourquoi les statistiques ne suffisent pas

L'expertise évoque environ 30 % de récupérations incomplètes malgré un traitement optimal. Ce chiffre général ne mesure pas les chances propres de cette patiente. L'état à l'arrivée et le temps écoulé avant l'admission font partie du raisonnement cantonal. Le TF juge soutenable l'absence de preuve causale suffisante. Il ne décide pas que le retard hospitalier était sans risque : il relève au contraire qu'il augmentait le risque de complications. [J01, consid. 4.3 et 4.4.1]

Le contrôle exercé

Le TF contrôle ici notamment l'arbitraire dans l'appréciation des preuves et l'application du droit cantonal. Il ne refait pas librement l'expertise. Le consid. 4.1 précise qu'aucun pourcentage jurisprudentiel fixe n'a été établi : 51 % ne suffit pas ; 75 % est cité dans la doctrine, sans devenir un seuil automatique. [J01, consid. 3, 4.1 et 4.2]

Le rapport du médecin mandaté dans la procédure AI ne lie pas le juge de la responsabilité. Son raisonnement individualisé est déterminant, non le seul titre de son auteur. Ici, son recours aux statistiques générales et l'absence d'analyse circonstanciée justifiaient de l'écarter. [J01, consid. 4.4.3]

La portée pratique

- Ne pas présenter cet arrêt comme une indemnisation accordée, ni comme une prise en charge jugée conforme.
- Ne pas transformer le délai avant l'admission en faute de la patiente : l'arrêt l'intègre à l'analyse du pronostic.
- Demander à l'expert d'explicitier le scénario de soins conforme, l'état initial, l'aggravation évitable et les incertitudes.

Dispositif : recours rejeté dans la mesure de sa recevabilité ; assistance judiciaire refusée ; pas de frais judiciaires ni de dépens. Les référentiels médicaux de 2025–2026 expliquent le syndrome aujourd'hui ; ils ne sont pas rétroactivement la norme des soins de 2016. [J01, consid. 5 et dispositif]

[J01] Tribunal fédéral. TF 4A_554/2025 du 9 juin 2026. Ire Cour de droit civil ; faits A et B, consid. 2 à 5 et dispositif.

[Consulter la source J01](#)