

RDSS 2015 p. 279

La portée de la notion de « conséquences anormales » dans le régime d'indemnisation des accidents médicaux
Conclusions sur CE, 12 décembre 2014, M^{me} Bourgeois, n° 365211 et ONIAM c/ Bondoni, n° 355052

Fabienne Lambolez, Rapporteur public

*

**

Les deux affaires qui viennent d'être appelées vous conduiront à préciser la portée de la condition d'anormalité des conséquences dans le régime d'indemnisation des accidents médicaux non fautifs issu de la loi du 4 mars 2002. Avant d'en exposer les principales données nous décrivons l'état du droit et son évolution.

L'arrêt d'assemblée du 9 avril 1993 *Bianchi* (1) avait ouvert la voie à l'indemnisation par les établissements hospitaliers publics des conséquences dommageables des actes médicaux non fautifs. Pas moins de cinq conditions cumulatives avaient été fixées par le considérant de principe, très légèrement retouché en 1997 par un arrêt de Section (2). Il fallait qu'un acte médical ait été indispensable au diagnostic ou au traitement du malade, devenu simple « patient » en 1997, que cet acte ait présenté un risque dont l'origine est connue mais dont la réalisation est exceptionnelle, qu'aucune raison ne permit de penser que le patient était particulièrement exposé à ce risque, enfin que l'acte ait été la cause directe de dommages à la fois sans rapport avec l'état initial du patient comme avec l'évolution prévisible de cet état, et présentant un caractère d'extrême gravité.

Les applications positives de ce régime jurisprudentiel à dessein très verrouillé sont demeurées assez rares (3).

La barre avait été fixée très haut s'agissant de la condition tenant au caractère exceptionnel de la réalisation du risque. Un niveau de risque de 2 %, pourtant peu élevé dans l'absolu, n'a pas été regardé comme exceptionnel dans le cas d'une hémiplegie consécutive à une lobectomie pratiquée sur un patient épileptique (4) : suivant les conclusions de D. Chauvaux, il a été admis en pratique que le seuil de l'exceptionnel s'arrête à 1 %. Toute une série de risques correspondant à ce que l'on pourrait qualifier de « complications classiques » - c'est-à-dire à la fois connues et présentant une certaine fréquence - ont ainsi conduit à exclure la réparation de dommages même extrêmement graves (5).

La condition tenant à l'absence de rapport avec l'état initial du patient et son évolution prévisible s'est également révélée dans le régime jurisprudentiel un puissant facteur d'exclusion. Vos commissaires du gouvernement en ont souligné l'ambiguïté et l'interprétation délicate puisqu'elle pouvait s'entendre soit comme l'absence pure et simple de *lien causal* entre l'état initial et le dommage, soit comme l'exigence d'une disproportion entre la *gravité* de l'état de santé initial et celle de l'état consécutif à l'accident.

Il a ainsi été jugé que n'étaient « pas sans rapport » avec l'état initial du patient un décès survenu par thrombose au décours d'une angioplastie sur un patient atteint d'une grave affection cardiaque (6), une tétraplégie causée par l'occlusion d'une artère coronaire au cours d'une intervention délicate consistant dans le remplacement de l'aorte descendante (7), ou encore la perte définitive de vision causée par une hémorragie massive lors d'une intervention chez un patient ayant de nombreux antécédents oculaires (8). À l'inverse, la condition d'absence de rapport a été regardée comme remplie dans le cas d'un accident ischémique cérébral ayant entraîné de lourdes séquelles dû à la migration d'un caillot au cours d'une artériographie sur un patient atteint d'une pathologie artérielle relativement bénigne (9).

Avec les dispositions introduites à l'article L. 1142-1, II du code de la santé publique, le législateur s'est inspiré du régime jurisprudentiel, en en redéfinissant les conditions afin d'ouvrir plus largement le droit à l'indemnisation des accidents médicaux non fautifs.

Trois conditions, au lieu de cinq antérieurement, sont désormais fixées.

Il faut en premier lieu que l'accident médical soit directement imputable à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins. Notons que ni vous ni la Cour de cassation, qui sera probablement la première confrontée à la question, n'avez encore eu à trancher le point de savoir si les dommages résultant d'actes médicaux non dictés par un motif médical, comme la chirurgie esthétique, peuvent ouvrir droit à réparation. Dans le régime *Bianchi*, la section du contentieux avait décidé, conformément aux conclusions de V. Péresse, de ne pas exclure une intervention réalisée sans nécessité médicale, à propos d'un décès survenu à l'occasion d'une circoncision rituelle réalisée sous anesthésie générale (10).

Il faut en deuxième lieu que l'accident médical présente un caractère de gravité apprécié au regard de la perte de capacités fonctionnelles et des conséquences sur la vie privée et professionnelle, compte tenu notamment d'un taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique ne pouvant excéder 25 %. Cette condition, précisée par l'article D. 1142-1 qui a fixé le taux à 24 %, est ainsi considérablement assouplie par rapport à l'ancienne condition d'« extrême gravité ». Son appréciation ne pose pas de difficulté.

Et il faut également que l'accident médical ait « eu pour le patient des conséquences anormales au regard de son état de santé comme de l'évolution prévisible de celui-ci ». Il n'est plus question, dans la loi du 4 mars 2002, de risque, ni d'exposition particulière du patient au risque, ni de « rapport » entre le dommage et l'état, initial et prévisible, du patient. Ces conditions se trouvent absorbées et remplacées par la notion nouvelle de « conséquences anormales », qui n'a pas manqué de susciter les interrogations de la doctrine - démentant ainsi, qu'il nous pardonne, D. Chauvaux qui, dans ses conclusions sur une décision inédite du 16 mai 2007 (11), avait estimé que la nouvelle disposition législative « devrait être d'interprétation plus aisée que la formule jurisprudentielle ». Sans doute, fallait-il y voir, plus qu'un pronostic, le voeu du commissaire du gouvernement régulièrement confronté à la délicate condition d'« absence de rapport » avec l'état du patient.

C'est avec la décision du 16 décembre 2013 *M^{me} Audy* (12), à nos conclusions, que vous avez véritablement eu à vous pencher pour la première fois sur le contenu de cette condition d'anormalité des conséquences - vous l'aviez seulement « tangée » dans deux décisions antérieures où la question n'était pas centrale (13).

M. Audy, atteint d'un cancer du poumon, était décédé d'une hémorragie survenue au cours d'une lobectomie. Vous avez estimé que le décès ne pouvait être regardé comme anormal au sens de l'article L. 1142-1, II après avoir relevé que M. Audy était particulièrement exposé au risque d'accident hémorragique en raison de la proximité de la tumeur et des zones cardio-vasculaires, et qu'il avait dû subir, dans l'espoir d'obtenir une amélioration de son état de santé, une intervention indispensable présentant des risques importants liés à sa pathologie. Le choix de certains de ces termes est directement

inspiré du premier arrêt rendu par la Cour de cassation sur l'application du nouveau régime législatif, en l'occurrence un arrêt de la 1^{re} chambre civile du 31 mars 2011 ⁽¹⁴⁾, ayant jugé que n'était pas anormal au regard de l'état de santé et de l'évolution prévisible de celui-ci une complication hémorragique à laquelle la victime, restée tétraplégique, était « particulièrement exposée » compte tenu de ses antécédents vasculaires.

2. Venons-en aux pourvois, en commençant par celui de l'ONIAM.

En 2003, M. Bondoni, alors âgé de 36 ans, a été opéré d'une hernie discale à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière à Paris. Cette intervention a causé une compression médullaire qui, après consolidation, a laissé M. Bondoni atteint d'une tétraparésie partielle correspondant à un taux d'incapacité permanente partielle de 60 %.

La CRCI a émis l'avis que la survenance même de la compression pendant l'intervention était un accident médical non fautif ayant entraîné des conséquences anormales, et que néanmoins le fait de ne pas avoir pratiqué une seconde intervention pour en réduire les conséquences constituait une faute, à l'origine d'une perte de chance de 50 % d'éviter les séquelles.

Statuant en 2009, le TA de Paris a retenu une perte de chance de 50 % et condamné l'AP-HP à indemniser M. Bondoni à due concurrence. Il a toutefois rejeté les conclusions de M. Bondoni dirigées contre l'ONIAM, estimant non remplie la condition tenant au caractère anormal du dommage. Dans un effort méritoire pour formaliser une méthode générale d'appréciation, il a indiqué que *deux critères* devaient être pris en compte. Le premier est le *niveau de risque* lié à l'acte médical, compte tenu de l'état de santé du patient. Un risque suffisamment élevé qui ferait de l'accident médical une complication classique du type d'acte médical pratiqué ne permet pas de regarder le dommage comme anormal. Le deuxième critère est fonction de *l'évolution prévisible à court terme* de l'état de santé. Un dommage n'est pas anormal lorsque l'évolution prévisible de l'état de santé en l'absence de réalisation du geste médical aurait conduit, de façon suffisamment certaine, à un dommage de gravité au moins équivalente à celui qui s'est produit. De manière moins précise, les premiers juges ont ajouté « qu'il y a lieu aussi de prendre en considération le bénéfice attendu, de façon suffisamment certaine, de cet acte ». Et s'agissant du cas particulier de M. Bondoni, ils ont retenu que son état antérieur le prédisposait à la réalisation du risque, lequel était par ailleurs inhérent au geste chirurgical, et ils en ont déduit qu'il s'agissait d'une « complication classique », ne pouvant être regardée comme une conséquence anormale.

Mais M. Bondoni a obtenu gain de cause devant la CAA de Paris, qui en 2011 a jugé qu'il n'y a pas lieu de prendre en compte la *fréquence du risque* de complication pour se prononcer sur le caractère anormal du dommage. Constatant ensuite que la tétraparésie de 60 % n'était pas la conséquence d'un échec thérapeutique, qu'elle était sans commune mesure avec la pathologie initiale, laquelle selon l'expert n'aurait pas évolué vers un dommage aussi grave, elle a estimé remplie la condition d'anormalité.

L'ONIAM a ainsi été condamné par la cour à verser une indemnité de 98 000 € à M. Bondoni, non compris les intérêts. Il se pourvoit en cassation.

Le seul moyen délicat du pourvoi est tiré de l'erreur de droit qu'aurait commise la cour en estimant que l'appréciation de la condition d'anormalité n'implique pas de prendre en considération le risque de complication lié à l'acte médical.

3. Revenons-en à la loi du 4 mars 2002, et d'abord aux notions utilisées pour sa mise en oeuvre.

On trouve à plusieurs reprises dans les travaux préparatoires, mais à aucun moment dans le texte, la notion d'« *aléa thérapeutique* », qui est directement issue de la jurisprudence de la Cour de cassation et permet de distinguer l'*accident médical fautif* de l'*accident médical non fautif* : « l'aléa thérapeutique se définit comme étant la réalisation, en dehors de toute faute du praticien, d'un risque accidentel inhérent à l'acte médical et qui ne pouvait être maîtrisé » ⁽¹⁵⁾. L'aléa thérapeutique, ou accident médical non fautif, ne doit pas être confondu avec l'*échec thérapeutique*, que le législateur n'a pas entendu indemniser. C'est là la portée, selon les travaux préparatoires ⁽¹⁶⁾, de la condition tenant à l'anormalité des conséquences au regard de l'état de santé du patient et son évolution prévisible. On peut dire qu'il y a échec thérapeutique lorsque l'acte médical a seulement échoué à éviter le dommage, dont la cause réside dans la pathologie elle-même.

L'intention du législateur a été d'ouvrir largement le droit à l'indemnisation des accidents médicaux les plus graves, en en faisant supporter la charge par la solidarité nationale.

La notion d'anormalité des conséquences nous paraît comporter nécessairement, comme celle d'absence de rapport avec l'état de santé dans le régime *Bianchi*, une appréciation d'ordre causal et une appréciation d'ordre comparatif entre l'état résultant du dommage et l'état initial du patient et son évolution prévisible.

Il faut d'abord apprécier si l'état général du patient a ou non joué un rôle dans la survenance du dommage - ou, si l'on préfère utiliser ces termes, de l'accident médical ou de l'aléa thérapeutique. Un dommage ne peut être regardé comme anormal lorsque le patient était particulièrement exposé au risque de sa survenance, compte tenu de sa pathologie ou de sa physiologie. C'est le critère d'exclusion retenu dans les décisions récentes de la Cour de cassation et dans votre décision *Audy*.

Il faut ensuite comparer l'état du patient sans le dommage, et l'état résultant du dommage. La notion d'anormalité suppose un écart de gravité notable, significatif, d'une certaine importance. Pour autant, il paraît difficile de proposer de quantifier cet écart - les dommages en effet ne sont pas tous exprimés en termes de taux d'incapacité permanente - et il convient, pensons-nous, d'en laisser l'appréciation au cas par cas.

Encore convient-il de déterminer le terme de référence auquel comparer l'état après le dommage. Est-ce l'état du patient s'il n'avait pas reçu le traitement ou l'acte médical en cause ? Pour le dire autrement, le pronostic d'évolution spontanée de l'état du patient, en situation d'abstention thérapeutique ? Ou bien le pronostic tenant compte du résultat qui était attendu de l'intervention si elle s'était déroulée normalement : en quelque sorte le patient tel qu'il aurait dû être, pour paraphraser La Bruyère ?

Nous n'avons aucune hésitation à tenir pour anormal le dommage causé par un acte médical dont les conséquences pour le patient ont été notablement plus graves que l'état vers lequel il aurait, selon toute probabilité, *spontanément* évolué en l'absence d'intervention ou de traitement. Non seulement le patient n'a pas obtenu le bénéfice attendu mais il se retrouve dans un état pire que si rien n'avait été fait : il est légitime qu'il reçoive réparation.

Et nous pensons comme la CAA de Paris qu'il n'y a plus lieu, dans le régime législatif, de pondérer la gravité comparée des conséquences du dommage par la plus ou moins grande *fréquence statistique du risque*. Peu importe que le risque ait été connu, peu importe qu'il présente une certaine fréquence. La question du risque intervient en amont, pensons-nous, pour déterminer si l'accident médical est le résultat d'un acte fautif ou non fautif. À partir du moment il a été décidé de faire courir un risque au patient, compte tenu du bénéfice attendu, sans que cela résulte d'un choix médical fautif, rien ne justifie de ne pas en indemniser les conséquences anormalement graves, lorsque par malchance elles se produisent. Toute autre interprétation serait contraire à la volonté du législateur d'ouvrir très largement le droit à indemnisation.

Beaucoup plus délicate est à nos yeux la question de savoir s'il y a lieu de tenir compte, dans certains cas, de ce qu'aurait été l'état du patient *si la prise en charge s'était déroulée normalement*, si le bénéfice attendu avait été empoché. Prenons deux exemples concrets, empruntés aux dernières écritures de l'ONIAM : une intervention de la cataracte sur un oeil présentant une acuité visuelle nulle, et la pose d'une prothèse totale de hanche : en cas d'accident médical, faut-il comparer l'état séquellaire avec la limitation du périmètre de marche constaté avant l'intervention, ou avec celui qui est généralement constaté en post-opératoire ? Comparer la capacité visuelle non pas avec l'état préexistant, mais avec l'acuité visuelle correcte généralement retrouvée après la chirurgie de la cataracte ? Vous aurez reconnu là une problématique que vous avez déjà rencontrée dans le régime d'indemnisation des infections nosocomiales au titre de la solidarité nationale (17) : vous avez décidé de vous référer, pour apprécier le taux d'atteinte à l'intégrité physique, à la capacité dont l'intervention chirurgicale aurait permis la récupération en l'absence de survenue de l'infection nosocomiale (18).

Nous ne sommes pas sûre, à la réflexion, qu'il faille étendre cette approche qui participe en réalité d'une logique assurantielle allant très au-delà des exigences minimales du principe de l'égalité devant les charges publiques - qui reste le fondement implicite du régime législatif comme il était celui du régime *Bianchi*.

A tout le moins convient-il de réintroduire, afin que le régime législatif ne présente aucun « angle mort » qui le rendrait dans certains cas plus sévère que le régime *Bianchi*, un critère alternatif tenant au caractère exceptionnel du risque inhérent à l'acte médical. Ce deuxième mode d'appréciation de l'anormalité serait appelé à jouer dans les cas où l'évolution spontanée aurait abouti à une gravité du même ordre ou plus élevée que celle causée par le dommage. Quant au mode d'appréciation du caractère exceptionnel du risque, nous vous proposons d'en rester au régime *Bianchi*, faute pour nous d'avoir identifié des critères pertinents de nature à justifier d'en relever le seuil.

Une autre interrogation relevée par les commentateurs des décisions des juges du fond porte sur l'horizon temporel auquel il convient de se placer pour apprécier l'évolution prévisible de l'état de santé. Nous ne pensons pas qu'il y ait lieu de fixer de règle générale sur ce point : l'horizon à prendre en compte est celui qui est pertinent compte tenu de la pathologie.

Pour finir sur cette question, nous dirons encore quelques mots de la décision *M^{me} Audy*. Son analyse au Lebon indique que dans l'appréciation de l'anormalité, le juge peut se fonder sur la probabilité habituelle de réalisation de l'un des risques. L'analyse va sur ce point plus loin que la décision elle-même - la question de la probabilité statistique du risque ne se posait pas dans cette affaire.

L'analyse mentionne également que le juge peut se fonder sur le « caractère incontournable » de l'opération - c'est là un écho à la précision, dans la décision elle-même, que le patient avait « dû subir dans l'espoir d'obtenir une amélioration de son état de santé une intervention indispensable et présentant des risques importants liés à sa pathologie ». Nous n'avions pas envisagé dans nos conclusions cette précision, qui a depuis été reprise par la 1^{re} chambre civile de la Cour de cassation dans un récent arrêt (19). Il nous semble que ce critère, tel qu'il est formulé, est pertinent non pas pour apprécier l'anormalité, mais pour caractériser l'absence de faute à avoir réalisé un acte médical identifié comme risqué et qui s'est avéré tel. De manière plus générale, il nous paraît très délicat de faire intervenir une appréciation de la nécessité de l'acte médical dans celle de l'anormalité des conséquences. Comme l'indiquait V. Péresse en 1997, « tracer la frontière entre des opérations médicalement justifiées et des opérations de convenance personnelle pourrait être séduisant en théorie mais s'avérerait en pratique très délicat ». Mis à part les cas très particuliers de la chirurgie esthétique ou d'une certaine manière assimilables comme la circoncision rituelle sous anesthésie générale, c'est en définitive toujours en vue d'une amélioration de l'état de santé que le médecin et le patient décident conjointement de la réalisation d'un acte.

En revanche, le critère de *l'exposition particulière* du patient au risque réalisé, caractérisant une absence d'anormalité et donc l'absence de droit à réparation, nous paraît devoir être conservé. Précisons, c'est important, qu'il ne doit pas être confondu avec l'état de santé antérieur ayant induit le besoin de soins. Il ne s'agit évidemment pas d'écarter dans tous les cas l'anormalité du simple fait que l'état de santé a conduit à la réalisation de l'acte médical à l'occasion duquel s'est produit l'accident.

Pour nous résumer : nous vous proposons d'admettre que, sous réserve des cas où le patient était particulièrement exposé, compte tenu de sa pathologie ou de sa physiologie, au risque de survenue du dommage qui s'est réalisé, la condition d'anormalité des conséquences doit toujours être regardée comme remplie lorsque l'acte médical, par hypothèse non fautif, a entraîné des conséquences notablement plus graves que celles auxquelles le patient était exposé de manière suffisamment probable si l'acte n'avait pas été réalisé. Au-delà, elle doit être également, dans les cas où l'absence de réalisation de l'acte médical exposait le patient à des conséquences aussi graves voire plus graves, si le dommage résulte d'un risque exceptionnel, au sens de la jurisprudence *Bianchi*

, et inhérent à l'acte.

4. En conséquence des développements qui précèdent, nous vous invitons à juger que la CAA de Paris n'a pas commis d'erreur de droit en jugeant qu'il n'y a pas lieu de prendre en considération la fréquence du risque de complication liée aux actes médicaux du type de ceux qui ont été pratiqués sur M. Bondoni.

Elle n'a pas non plus commis d'erreur de qualification juridique : la comparaison entre l'évolution prévisible spontanée de la hernie discale de M. Bondoni et la tétraparésie entraînant une IPP de 60 % caractérise bien un dommage anormal.

Par un dernier moyen, l'ONIAM critique l'application faite par la cour de la jurisprudence *ONIAM c/ M. et M^{me} Hautreux* (20), selon laquelle un dommage éligible à la réparation par la solidarité nationale peut néanmoins être partiellement indemnisé par un établissement hospitalier, au titre d'une faute ayant entraîné une perte de chance. L'ONIAM reproche à la cour, sur le double terrain de l'insuffisance de motivation et de l'erreur de droit, de ne pas avoir examiné si les seuils de gravité étaient atteints au regard de la seule partie des dommages imputables à l'aléa. Mais l'appréciation de la gravité d'un dommage n'est pas divisible quand bien même la charge de son indemnisation devrait être partagée, et vous écarterez le moyen en ses deux branches.

5. M^{me} Bourgeois, diabétique insulino-dépendante, a été victime sur son lieu de vacances en août 2004 d'un coma diabétique qui engageait son pronostic vital. Une intubation en urgence a été pratiquée durant son transfert au centre hospitalier de Saint-Nazaire. M^{me} Bourgeois a eu la vie sauve mais les séquelles de l'intubation ont rendu nécessaire une trachéotomie et plusieurs autres interventions. Elle en a conservé diverses séquelles, notamment des difficultés respiratoires et des troubles de la déglutition correspondant à une incapacité permanente partielle de 18 %, inférieure au seuil fixé par l'article D. 1142-1 du code de la santé publique. La condition de gravité du dommage est néanmoins remplie dès lors qu'elle a subi une période d'incapacité temporaire totale supérieure à six mois.

Les expertises ont révélé que l'intubation avait causé une sténose laryngée à l'origine des troubles divers subis par M^{me} Bourgeois.

Le TA puis la CAA de Nantes ont rejeté sa demande d'indemnisation au titre de la solidarité nationale.

La cour a décrit les faits, en relevant notamment que l'intubation en urgence rendue nécessaire par le coma diabétique présentait un caractère vital. Elle a relevé que la complication - la sténose -, bien qu'exceptionnelle, était favorisée par divers facteurs tenant en particulier aux conditions d'intervention en urgence lorsque le pronostic vital est engagé. Elle en a déduit que les conséquences de l'intubation n'étaient pas anormales.

M^{me} Bourgeois se pourvoit en cassation.

Elle reproche à la cour d'avoir insuffisamment motivé son arrêt en ne se prononçant pas sur l'anormalité au regard de l'état de santé et de son évolution prévisible, et commis une erreur de droit en jugeant non remplie la condition d'anormalité.

La motivation de l'arrêt est certes assez cursive, mais nous paraît suffisante. En soulignant à deux reprises le caractère vital de l'intervention et l'engagement du pronostic vital si rien n'était fait, la cour a implicitement mais nécessairement, caractérisé quelle était l'évolution prévisible de l'état de santé de M^{me} Bourgeois en l'absence de traitement : c'était le décès. Le cas de M^{me} Bourgeois ne répond donc pas à la première définition de l'anormalité que nous envisageons, et ne pourrait relever que de la seconde.

Il ressort des rapports d'expertise que si la fréquence de survenue des sténoses laryngées après intubation est relativement élevée (entre 10 % et 19 %), celle des sténoses entraînant des séquelles définitives du type de celles subies par M^{me} Bourgeois est seulement de 1 %. On a donc affaire à un risque en principe exceptionnel. Toutefois, cette fréquence se rapporte à des intubations réalisées dans des conditions normales, en milieu hospitalier, et non en urgence, pendant le transport à l'hôpital. Le risque qui s'est réalisé ne peut ainsi être regardé comme exceptionnel dans le cas de M^{me} Bourgeois, compte tenu des conditions de réalisation de l'acte à l'origine du dommage. La cour n'a pas commis erreur de droit, ni inexactement qualifié les faits, en estimant la condition d'anormalité non remplie.

Pour ces motifs, nous concluons au rejet des deux pourvois, ainsi que, dans le n° 365211, des conclusions de l'ONIAM au titre de l'article L. 761-1 du CJA.

Annexe

(...) 2. Considérant qu'aux termes du II de l'article L. 1142-1 du code de la santé publique, dans sa rédaction applicable au litige : " Lorsque la responsabilité d'un professionnel, d'un établissement, service ou organisme mentionné au I ou d'un producteur de produits n'est pas engagée, un accident médical, une affection iatrogène ou une infection nosocomiale ouvre droit à la réparation des préjudices du patient au titre de la solidarité nationale, lorsqu'ils sont directement imputables à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins et qu'ils ont eu pour le patient des conséquences anormales au regard de son état de santé comme de l'évolution prévisible de celui-ci et présentent un caractère de gravité, fixé par décret, apprécié au regard de la perte de capacités fonctionnelles et des conséquences sur la vie privée et professionnelle mesurées en tenant notamment compte du taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique, de la durée de l'arrêt temporaire des activités professionnelles ou de celle du déficit fonctionnel temporaire " ; que l'article D. 1142-1 du même code définit le seuil de gravité prévu par ces dispositions législatives ;

3. Considérant qu'il résulte de ces dispositions que l'ONIAM doit assurer, au titre de la solidarité nationale, la réparation des dommages résultant directement d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins à la double condition qu'ils présentent un caractère d'anormalité au regard de l'état de santé du patient comme de l'évolution prévisible de cet état et que leur gravité excède le seuil défini à l'article D. 1142-1 ;

4. Considérant que la condition d'anormalité du dommage prévue par ces dispositions doit toujours être regardée comme remplie lorsque l'acte médical a entraîné des conséquences notablement plus graves que celles auxquelles le patient était exposé de manière suffisamment probable en l'absence de traitement ;

5. Considérant que, lorsque les conséquences de l'acte médical ne sont pas notablement plus graves que celles auxquelles le patient était exposé par sa pathologie en l'absence de traitement, elles ne peuvent être regardées comme anormales sauf si, dans les conditions où l'acte a été accompli, la survenance du dommage présentait une probabilité faible ; qu'ainsi, elles ne peuvent être regardées comme anormales au regard de l'état du patient lorsque la gravité de cet état a conduit à pratiquer un acte comportant des risques élevés dont la réalisation est à l'origine du dommage ;

6. Considérant qu'il ressort des pièces du dossier soumis aux juges du fond que M.B..., qui souffrait d'une hernie discale cervicale C4-C5 entraînant des douleurs, un déficit modéré du bras droit et une gêne à la marche, s'est trouvé, à son réveil de l'intervention chirurgicale pratiquée afin de réduire cette hernie, atteint d'un déficit moteur des quatre membres, entraînant une incapacité permanente d'un taux évalué par l'expert à 60 % ; qu'après avoir relevé que la gravité de ce handicap était sans commune mesure avec celle de l'état initial de l'intéressé et que, selon l'expert, il n'existait pratiquement aucun risque, en l'absence d'intervention, de voir la hernie discale cervicale C4-C5 évoluer vers une tétraparésie, la cour administrative d'appel a exactement qualifié les faits de l'espèce en jugeant que la condition d'anormalité prévue au II de l'article L. 1142-1 du code de la santé publique était remplie ; que, dès lors qu'elle retenait à bon droit que la gravité de l'état du patient tel qu'il résultait de l'intervention était sans commune mesure avec celle de l'état qui aurait été le sien si elle n'avait pas été pratiquée, la cour n'a pas commis d'erreur de droit en estimant qu'il n'y avait pas lieu, pour se prononcer sur l'anormalité du dommage, de prendre en considération la fréquence du risque de complication lié au geste médical en cause ;

7. Considérant que, si les dispositions du II de l'article L. 1142-1 du code de la santé publique font obstacle à ce que l'ONIAM supporte au titre de la solidarité nationale la charge de réparations incombant aux personnes responsables d'un dommage en vertu du I du même article, elles n'excluent toute indemnisation par l'office que si le dommage est entièrement la conséquence directe d'un fait engageant leur responsabilité ; que, dans l'hypothèse où un accident médical non fautif est à l'origine de conséquences dommageables mais où une faute commise par une personne mentionnée au I de l'article L. 1142-1 a fait perdre au patient une chance d'échapper à l'accident médical ou de se soustraire à ses conséquences, le préjudice directement lié à cette faute est la perte de chance d'éviter le dommage corporel advenu et non le dommage corporel lui-même, lequel demeure tout entier en lien direct avec l'accident non fautif ; que, par suite, un tel accident ouvre droit à réparation au titre de la solidarité nationale si l'ensemble de ses conséquences remplissent les conditions posées au II de l'article L. 1142-1 et présentent notamment le caractère de gravité requis, l'indemnité due par l'ONIAM étant seulement réduite du montant de celle mise, le cas échéant, à la charge du responsable de la perte de chance, égale à une fraction du dommage corporel correspondant à l'ampleur de la chance perdue ; qu'il suit de là qu'en tenant compte de l'ensemble des conséquences de l'intervention pratiquée le 3 octobre 2003 pour déterminer si le seuil de gravité défini à l'article D. 1142-1 du code de la santé publique était atteint, la cour administrative d'appel, dont l'arrêt est suffisamment motivé sur ce point, n'a pas commis d'erreur de droit ;

8. Considérant qu'il résulte de tout ce qui précède que les conclusions de l'ONIAM tendant à l'annulation de l'arrêt du 20

octobre 2011 de la cour administrative d'appel de Paris doivent être rejetées (...)

Mots clés :

MEDECINE * Responsabilité * Accident médical * Réparation du préjudice * Solidarité nationale * Anormalité des conséquences

ETABLISSEMENT DE SANTE * Responsabilité * Accident médical * Réparation du préjudice * Solidarité nationale * Anormalité des conséquences

(1) CE 9 avr. 1993, n° 69336, Lebon avec les conclusions [127](#) ; AJDA 1993. 383 [127](#) ; *ibid.* 344, chron. C. Maugüé et L. Touvet [127](#) ; D. 1994. 65 [127](#), obs. P. Terneyre et P. Bon [127](#) ; RFDA 1993. 573, concl. S. Daël [127](#) ; RDSS 1994. 108, obs. J.-M. De Forges [127](#).

(2) CE, sect., 3 nov. 1997, *Hôpital Joseph-Imbert d'Arles*, n° 153686, Lebon [412](#) ; AJDA 1997. 1016 [412](#) ; *ibid.* 959, chron. T.-X. Girardot et F. Raynaud [412](#) ; D. 1998. 146 [412](#), note P. Chrestia [412](#) ; *ibid.* 1999. 45, obs. P. Bon et D. de Béchillon [412](#) ; RFDA 1998. 90, concl. V. Péresse [412](#) ; RDSS 1998. 519, note C. Clément [412](#).

(3) En plus du cas de M. Bianchi, resté atteint de tétraplégie après avoir subi une artériographie rendue nécessaire par des chutes répétées de tension et une paralysie faciale, la responsabilité sans faute a été admise à deux reprises pour le décès d'un enfant survenu à l'occasion d'une anesthésie générale (*Hôpital Joseph-Imbert d'Arles* précitée, et 27 oct. 2000, *Centre hospitalier de Seclin*, n° 208640, Lebon [478](#) ; AJDA 2001. 307 [478](#), note M. Deguerge [478](#) ; D. 2001. 1196 [478](#), concl. D. Chauvaux [478](#) ; *ibid.* 2002. 449, obs. P. Bon et D. de Béchillon [478](#)), pour une paraplégie consécutive à une intervention destinée à corriger une scoliose dorsale (27 oct. 2000, *Centre hospitalier d'Aubagne*, n° 201790, inédit), pour une hémiparésie définitive consécutive à une coronarographie (14 oct. 2002 *M^{me} Favre et CPAM des Hauts-de-Seine*, n° 210627, inédite), pour un coma végétatif, suivi d'un décès, consécutif à l'ablation de la vésicule biliaire (15 nov. 2006, *AP-Hôpitaux de Marseille*, au Lebon [T. sur un autre point](#) ; AJDA 2007. 327 [T. sur un autre point](#)), pour une incapacité permanente partielle de 85 % consécutive à une artériographie (26 mai 2010, *Consorts Birien*, n° 306617, au Lebon [T. sur un autre point](#) ; AJDA 2010. 1061 [T. sur un autre point](#)).

(4) CE 15 janv. 2001, *AP-HP*, n° 195774, Lebon [T. sur un autre point](#).

(5) Par ex. une tétraplégie consécutive à un pontage aorto-coronarien, « le risque d'arrêt cardiaque et de séquelles neurologiques qui s'est réalisé ne pouvant être regardé comme exceptionnel » : CE, ass., 19 mai 2004, *CRAMIF, CPAM du Val-de-Marne c/ Truszkowski*, n° 216039, 216040, Lebon [228](#) ; AJDA 2004. 1361 [228](#), chron. C. Landais et F. Lenica [228](#) ; D. 2004. 1771, et les obs. [228](#) ; *ibid.* 2005. 26, obs. P.-L. Frier [228](#).

(6) CE 15 janv. 2001, *M^{me} Courrech*, n° 184386, au Lebon [T. sur un autre point](#) ; D. 2001. 2924 [T. sur un autre point](#), note D. Dendoncker [T. sur un autre point](#).

(7) CE 14 janv. 2009, *CPAM des Ardennes, CPAM de l'Aisne*, n° 284434.

(8) CE 24 juill. 2009, *Ugarte Mendia*, n° 305372.

(9) CE, 26 mai 2010, *Consorts Birien*, n° 306617, au Lebon [T. sur un autre point](#) ; AJDA 2010. 1061 [T. sur un autre point](#).

(10) CE, sect., 3 nov. 1997, *Hôpital Joseph-Imbert d'Arles* (précité).

(11) CE 16 mai 2007, *Martinet et M^{elle} Martinet*, n° 287206, 287328.

(12) CE 16 déc. 2013, *M^{me} Audy*, n° 354268, au Lebon [1014](#) ; AJDA 2014. 1014 [1014](#) ; D. 2015. 124, obs. P. Brun et O. Gout [1014](#).

(13) CE 30 mars 2011, *M^{me} Joncour*, n° 320581, Lebon [145](#) ; AJDA 2011. 711 [145](#), et CE 24 sept. 2012, *M^{elle} Pichon*, n° 339285, Lebon [T. sur un autre point](#) ; AJDA 2012. 1828 [145](#) ; *ibid.* 2459 [145](#), note M.-L. Moquet-Anger [145](#).

(14) Civ. 1^{re}, 31 mars 2011, n° 09-17.135, *Cousin*, Bull. civ. I, n° 69 ; D. 2011. 1075, obs. I. Gallmeister [1075](#) ; *ibid.* 2565, obs. A. Laude [1075](#) ; *ibid.* 2012. 47, obs. P. Brun et O. Gout [1075](#) ; RDSS 2011. 761, obs. F. Arhab-Girardin [1075](#) ; RTD civ. 2011. 553, obs. P. Jourdain [1075](#).

(15) Civ. 1^{re}, 8 nov. 2000, n° 99-11.735, Bull. civ. I, n° 287 ; D. 2001. 2236, et les obs. [2236](#), obs. D. Mazeaud [2236](#) ; *ibid.* 570, chron. Y. Lambert-Faivre [2236](#) ; *ibid.* 3083, obs. J. Penneau [2236](#) ; RDSS 2001. 54, note L. Dubouis [2236](#) ; RTD civ. 2001. 154, obs. P. Jourdain [2236](#) ; 20 janv. 2011, n° 10-17.357, Bull. civ. I, n° 14 ; D. 2011. 376, obs. I. Gallmeister [2236](#) ; RTD civ. 2011. 354, obs. P. Jourdain [2236](#).

(16) V. les rapports de M. Claude Evin au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale, et de la commission des affaires sociales du Sénat.

(17) CSP, art. L. 1142-1-1.

(18) CE 30 juill. 2014, *Oudghiri*, n° 361821, au Lebon  T, à nos conclusions ; AJDA 2014. 1632  ; D. 2014. 2362, obs. M. Bacache, A. Guégan-Lécuyer et S. Porchy-Simon .

(19) Civ. 1^{re}, 2 juill. 2014, n° 13-15.750, D. 2014. 2362, obs. M. Bacache, A. Guégan-Lécuyer et S. Porchy-Simon  ; *ibid.* 2015. 124, obs. P. Brun et O. Gout  ; RTD civ. 2014. 899, obs. P. Jourdain .

(20) CE 30 mars 2011, n° 327669, Lebon  148 ; AJDA 2011. 709  ; D. 2011. 1074, obs. R. Grand  ; *ibid.* 2012. 47, obs. P. Brun et O. Gout  ; RFDA 2011. 329, étude C. Alonso  ; RTD civ. 2011. 550, obs. P. Jourdain .