



## **Conclusions de Jean-Charles JOBART**

**Rapporteur public à la 2<sup>ème</sup> chambre  
du Tribunal administratif de Toulouse**

**Responsabilité hospitalière :  
Obligation d'indemnisation par l'ONIAM – critère de la gravité du préjudice –  
appréciation *in concreto* de la probabilité de survenance**

**Affaire n° 1902832 – Consorts R.**

**Audience du 18 mars 2021  
Lecture du 1er avril 2021**

M. Alain R., époux, père et grand-père de Mme Josette R., de M. Sébastien R. et de Noah R., a été opéré au CHU de Toulouse le 3 novembre 2016 d'un anévrisme de l'aorte thoraco-abdominal. Il est décédé le 22 décembre 2016 d'une ischémie digestive subaiguë consécutive à cette opération. En conséquence, les requérants vous demandent de condamner l'ONIAM, au nom de la solidarité nationale, à leur verser 56 260 euros en qualité d'ayant droit de M. Alain R. ainsi que 28 359,81 euros à M. Sébastien R., dont 10 000 euros en tant que représentant légal de son fils Noah R. et de 31 380 euros à Mme Josette R. au titre de leurs préjudices propres.

Il résulte de l'article L. 1142-1 II du code de la santé publique 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 du même code.

Deux conditions cumulatives sont donc à remplir.

D'une part, la gravité du préjudice (CE, 24 septembre 2012 Mlle Pichon, n°339285, aux Tables). Les articles L. 1142-1 et D. 1142-1 précisent le seuil de gravité : un taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique supérieur à 24 %, un déficit fonctionnel temporaire supérieur ou égal à un taux de 50 % pendant six mois ou des troubles particulièrement graves dans les conditions d'existence. En l'espèce, M. R. est malheureusement décédé. Le critère de gravité est donc plus que rempli.

Reste le second critère, celui de l'anormalité du préjudice. Celle-ci peut résulter de deux circonstances (CE 12 décembre 2014, ONIAM c/ M. Bondoni, n°355052, au Recueil). D'une part, les soins doivent avoir eu des conséquences notablement plus graves que l'évolution prévisible de l'état du patient. En l'espèce, il résulte du rapport du 15 septembre 2017 des docteurs M. et B., experts désignés par la CCI d'Aquitaine, que l'anévrisme de l'aorte

abdominale sous-rénale dont était atteint M. R. était passé de 52 millimètres en mai 2015 à 66 millimètres en avril 2016, faisant accroître son risque de rupture de 30% à 50 %. Au vu de cette évolution rapide de l'anévrisme, le risque de rupture dans les années à venir était quasi certain avec alors un risque de décès de 95 à 100%. L'opération avait pour objectif d'éviter de décès quasi certain et a malheureusement précipité ce décès. En conséquence, il n'est pas établi que l'exclusion de l'anévrisme par endoprothèse aortique subie par M. R. a entraîné des conséquences plus graves que celles auxquelles il était exposé en l'absence de traitement.

Mais la gravité du préjudice peut être établie dans une seconde circonstance : si la survenance du dommage présente une faible probabilité, fixée par le Conseil d'Etat à 3 % (CE, 4 février 2019, M. Guesdon, n° 413247, B). Le taux général de survenance d'une ischémie digestive post-opératoire est, selon les experts, de 2,64 %. Mais le risque doit être apprécié *in concreto* (CE, 12 décembre 2014, Mme Bourgeois, n°365211, aux Tables), en fonction des conditions dans lesquelles l'opération a été accomplie (CE, 29 avril 2015, M. Tonnelier et autres, n° 369473, A) et des spécificités de l'état de santé du patient (CE, 6 novembre 2013, Mme Botuli-Kadima, n°352492, aux Tables). En l'espèce, M. R. souffrait d'hypertension, d'insuffisance rénale et fumait. Selon une étude du CHU de Rouen, les patients présentant un anévrisme de l'aorte abdominale présentent dans 70 % des cas de l'hypertension, dans 50 % des cas une maladie coronarienne et dans 40% des cas une bronchopneumopathie chronique obstructive. Notons que de rares patients ne présentent aucun facteur de comorbidité, la maladie ayant été déclenchée par un facteur génétique. On peut donc estimer que les maladies de M. R. le font inscrire dans la moyenne des patients. Mais son tabagisme actif et ancien constitue un très important facteur d'aggravation des risques (cf. la thèse de Sophie Elise Michaud, *Les effets du tabagisme dans l'ischémie*, Université de Montréal, 2005 ; E. Marret, N. Lember, F. Bonnet, *Anesthésie et réanimation pour chirurgie réglée de l'anévrisme de l'aorte abdominale*, Département d'anesthésie-réanimation de l'Hôpital Tenon à Paris, 2003). Les experts désignés par la CCI d'Aquitaine ont estimé que l'état antérieur de M. R., constitué d'un terrain vasculaire, d'une hypertension artérielle et d'un tabagisme actif ancien était responsable pour moitié de la survenue de cette complication. Au final, dans le cas particulier qui nous occupe, le taux de risque de 3 % nous semble être aisément dépassé.

Dans les circonstances particulières de l'espèce, l'ischémie digestive dont a été victime M. R. dans les suites de son opération chirurgicale ne nous semblent pas pouvoir être regardées comme résultant de la réalisation d'un risque présentant une probabilité faible. Il s'ensuit que les conséquences de l'intervention chirurgicale du 3 novembre 2016 ne peuvent être regardées comme anormales au regard de l'état de santé de M. R. et de l'évolution prévisible de celui-ci.

Pour ces motifs, nous concluons au rejet de la requête.