CAA Versailles, 17 juillet 2026, n° 23VE00980

Source : https://www.legifrance.gouv.fr/ceta/id/CETATEXT000054449872

Vu la procédure suivante : Procédure contentieuse antérieure : Mme C... B... a demandé au tribunal administratif de Versailles de condamner solidairement le centre hospitalier Sud Essonne et son assureur AXA France lard à lui verser la somme de 59 104,18 euros en réparation des préjudices qu'elle estimait avoir subis du fait de l'intervention du 28 novembre 2011, d'ordonner une expertise judiciaire en aggravation et de mettre à la charge solidaire de l'hôpital et son assureur la somme de 3 000 euros au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative. Par un jugement n° 2006224 du 3 avril 2023, le tribunal administratif de Versailles a solidairement condamné le centre hospitalier Sud Essonne et son assureur AXA France lard à verser, à Mme B..., une somme de 31 031 euros et, à la caisse primaire d'assurance maladie de Loir-et-Cher, une somme de 8 076 euros, a mis à leur charge une somme de 1 500 euros au titre des frais d'instance et a rejeté le surplus des conclusions des parties. Procédure devant la cour : Par une requête et des mémoires, enregistrés les 10 mai et 24 août 2023, ainsi que les 28 avril 2025 et 8 janvier 2026, le centre hospitalier Sud Essonne et son assureur AXA France lard, représentés par Me Lebrun, demandent à la cour : 1°) à titre principal, d'annuler ce jugement en tant qu'il les a condamnés à verser à Mme B... une somme de 31 031 euros et à la caisse primaire d'assurance maladie de Loir-et-Cher une somme de 8 076 euros, et qu'il a mis à leur charge une somme de 1 500 euros au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative ; 2°) à titre subsidiaire, de fixer l'indemnité due à Mme B... au titre d'un préjudice d'impréparation à la somme de 1 000 euros ; 3°) à titre très subsidiaire, d'évaluer le taux de perte de chance ayant résulté du défaut d'information à 10 % et de ramener les indemnités accordées à Mme B... ainsi qu'à la caisse primaire d'assurance maladie de Loir-et-Cher aux sommes respectives de 4 991,44 et 1 602,15 euros ; 4°) en tout état de cause, de mettre à la charge de Mme B... la somme de 1 500 euros au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative. Ils soutiennent que :

- à titre principal : le centre hospitalier n'a pas manqué à son obligation d'information à l'égard de Mme B... dès lors qu'une information orale, portant notamment sur les risques de lésion nerveuse, lui a été délivrée lors de l'entretien individuel réalisé avec son chirurgien conformément aux recommandations de la Haute autorité de santé, qu'elle n'avait initialement pas contesté avoir reçu cette information auprès de l'expert, que ce dernier ne relève à cet égard aucune faute dans son rapport et qu'elle a signé un formulaire de consentement éclairé avant l'intervention dont le caractère général ne saurait suffire à caractériser un défaut d'information ; sa responsabilité ne saurait dès lors être engagée ;

- la seule production d'un relevé de débours et d'une attestation d'imputabilité ne permet de justifier, ni de la réalité du montant de ces frais, ni de leur lien de causalité direct avec les faits litigieux, de sorte que les conclusions présentées par la CPAM devant le tribunal devront être rejetées ;

- la demande d'expertise en aggravation sera rejetée ; d'une part, les douleurs présentées par Mme B... au niveau de son genou sont uniquement liées à l'évolution de sa pathologie arthrosique préexistante, non à l'atteinte de son nerf sciatique poplité externe (SPE) ayant résulté de l'intervention du 28 novembre 2011 et Mme B... ne rapporte pas la preuve de l'existence d'un lien de causalité entre la lésion de ce nerf et l'intervention pour dépose du matériel d'ostéotomie du 23 avril 2015 ; d'autre part, la juridiction dispose de l'ensemble des éléments nécessaires à l'évaluation des préjudices de l'intéressée, qui ne fait valoir aucune circonstance nouvelle de sorte qu'une seconde expertise serait dépourvue d'utilité ;

- à titre subsidiaire, pour le cas où la cour estimerait que l'hôpital a manqué à son obligation d'information : la perte de chance pour Mme B... de se soustraire à l'intervention litigieuse sera écartée, dès lors que les données statistiques sur lesquelles s'est fondé l'expert ne sont pas fidèles à la réalité et que, sans cette intervention, qui était indispensable, Mme B... aurait dû à terme subir une intervention encore plus lourde consistant en la pose d'une prothèse totale du genou ; par suite, l'indemnité

susceptible de lui être octroyée au titre du préjudice moral lié au prétendu défaut d'information ne saurait excéder 1 000 euros ;

- à titre infiniment subsidiaire : dès lors que la pathologie dégénérative de l'intéressée était à l'origine de troubles fonctionnels de la marche et d'une hyper algie, l'abstention chirurgicale était très improbable ; de plus, comme l'indique l'expert, l'indication opératoire était conforme aux données acquises de la science, dès lors qu'à défaut Mme B... s'exposait à une intervention nettement plus délabrante et risquée ; ainsi, l'éventuel taux de perte de chance retenu ne saurait excéder 10 % ;

- en application de ce taux, les besoins d'assistance par tierce personne seront indemnisés à hauteur de 118,44 euros, le déficit fonctionnel temporaire à hauteur de 199,90 euros, les souffrances endurées, réévaluées à 3/7, à hauteur de 361,90 euros, le préjudice esthétique temporaire à hauteur de 200 euros, le déficit fonctionnel permanent à hauteur de 3 749,20 euros et le préjudice esthétique permanent à hauteur de 362 euros ; l'incidence professionnelle, la perte de droits à la retraite et le préjudice d'agrément, qui ne sont pas démontrés, ne seront pas indemnisés ; les débours de la CPAM seront indemnisés à hauteur de 1 602,15 euros ; la demande d'actualisation des postes de préjudices présentée par Mme B... sera rejetée. Par des mémoires en défense, enregistrés les 21 juillet et 22 septembre 2023, ainsi que les 16 avril et 6 mai 2025, Mme C... B..., représentée par Me Letang, conclut, dans le dernier état de ses écritures : 1°) à la confirmation du jugement attaqué en ce qu'il a retenu la responsabilité du centre hospitalier Sud Essonne et l'a condamné, avec son assureur, à l'indemniser de ses préjudices sur la base d'un taux de perte de chance de 50 % ; 2°) à l'infirmation du jugement attaqué quant aux montants des préjudices retenus et à ce que le centre hospitalier Sud Essonne ainsi que son assureur soient solidairement condamnés à lui verser la somme totale de 62 307,68 euros ; 3°) à l'infirmation du jugement attaqué en ce qu'il a rejeté sa demande d'expertise en aggravation et à ce que la cour ordonne une telle expertise, sursoie à statuer sur cette question dans l'attente du dépôt du rapport et réserve les dépens ; 4°) à ce que la somme de 3 000 euros soit mise à la charge solidaire du centre hospitalier Sud Essonne et de son assureur au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative. Elle soutient que :

- le centre hospitalier Sud Essonne a manqué à son devoir d'information en méconnaissance des dispositions de l'article L. 1111-2 du code de la santé publique, dès lors qu'elle n'a jamais été informée des risques propres à l'intervention du 28 novembre 2011, particulièrement des risques neurologiques ; elle a contesté, lors de l'expertise, avoir reçu une telle information et a toujours maintenu cette version ; aucun document de son dossier médical ne permet d'établir que l'information due lui aurait été délivrée, alors que la charge de la preuve pèse sur l'établissement hospitalier ; le formulaire type de consentement qu'elle a signé ne saurait valoir délivrance de cette information, dès lors qu'il ne comportait aucune précision sur les risques propres à la chirurgie pratiquée et n'est, en tout état de cause, pas produit par le centre hospitalier ;

- ce manquement est à l'origine d'une perte de chance de refuser l'intervention et d'éviter ainsi la réalisation de ses dommages, qui doit être évaluée à 50 % ;

- elle a subi différents préjudices qui doivent être évalués aux montants suivants : 1 386 euros au titre de l'assistance par tierce personne, 15 000 euros au titre de l'incidence professionnelle, 3 846,68 euros au titre des pertes de droits à la retraite, 2 325 euros au titre du déficit fonctionnel temporaire, 6 000 euros au titre des souffrances endurées qui doivent bien être évaluées à 4,5 sur une échelle de 7, 3 000 euros au titre du préjudice esthétique temporaire, 25 750 euros au titre du déficit fonctionnel permanent, 2 000 euros au titre du préjudice esthétique permanent et 3 000 euros au titre du préjudice d'agrément ;

- elle a été réopérée le 23 avril 2015 pour retirer le matériel posé lors de l'intervention initiale du 28 novembre 2011 ; elle souffre depuis de douleurs et est contrainte de se rendre régulièrement chez le pédicure ; l'ablation de ce matériel est nécessairement liée à l'intervention initiale, de sorte que les conséquences qui en découlent constituent une aggravation de son état de santé ; il est donc nécessaire d'ordonner une expertise médicale en aggravation afin de déterminer si ses séquelles sont

imputables à l'intervention de 2015. La requête a été communiquée à la caisse primaire d'assurance maladie de Loir-et-Cher qui n'a pas produit de mémoire en défense. Le centre hospitalier Sud Essonne d'une part et Mme B... d'autre part ont été invités, en application des dispositions de l'article R. 613-1-1 du code de justice administrative, à produire le formulaire de consentement éclairé signé par Mme B... le 28 novembre 2011, en vue de compléter l'instruction. En réponse à cette mesure d'instruction, Mme B... et le centre hospitalier Sud Essonne ont, par des courriers enregistrés les 17 et 18 novembre 2025, informé la cour qu'ils n'étaient pas en mesure de produire la pièce sollicitée. Les parties ont été informées, en application des dispositions de l'article R. 611-7 du code de justice administrative, que l'arrêt était susceptible d'être fondé sur un moyen relevé d'office, tiré de ce que les préjudices subis par Mme B... en raison de la survenance d'une complication neurologique (paralysie du nerf SPE) non fautive de l'intervention du 28 novembre 2011, ouvrent droit à réparation au titre de la solidarité nationale, en application des dispositions du II de l'article L. 1142-1 du code de la santé publique. Par un mémoire, enregistré le 24 novembre 2025, Mme B... a présenté des observations en réponse à ce moyen d'ordre public et demandé la condamnation solidaire du centre hospitalier Sud Essonne, de son assureur AXA France lard et de l'ONIAM à lui verser la somme totale de 124 957,97 euros ou, à défaut, la condamnation solidaire du centre hospitalier et de son assureur à lui verser la somme totale de 62 478,99 euros. Elle fait valoir que :

- un accident médical non fautif s'est produit lors de l'intervention du 28 novembre 2011 ;

- cet accident est à l'origine de l'atteinte portée à son nerf sciatique poplité externe ;

- la condition d'anormalité du dommage au sens du II de l'article L. 1142-1 du code de la santé publique est remplie, dès lors que les conséquences de cet accident médical sont notablement plus graves que celles auxquelles son état l'exposait en l'absence d'intervention ; en effet, alors qu'elle ne prenait jusqu'alors aucun traitement et que ses douleurs lui permettaient de s'adonner à la marche à pied, à la danse et au vélo, elle ne peut plus, depuis l'intervention, s'occuper de ses petits-enfants, elle présente des difficultés à la marche ainsi que des douleurs nocturnes et fait fréquemment des chutes lorsqu'elle est fatiguée ; en tout état de cause, cet accident a accéléré l'évolution de sa pathologie ;

- la condition de gravité précisée à l'article D. 1142-1 du code de la santé publique est également remplie, dès lors qu'elle présente un DFP évalué à 25 % par l'expert et que les complications de l'intervention sont à l'origine d'un arrêt de travail de plus d'un an ;

- la responsabilité du centre hospitalier et de son assureur, pour défaut d'information, ainsi que celle de l'ONIAM, au titre de la solidarité nationale, sont cumulativement engagées ; ils devront être solidairement condamnés à l'indemniser de l'intégralité de ses préjudices ;

- ses préjudices devront être actualisés à la date du présent arrêt et réévalués comme suit : 3 168 euros au titre de l'assistance par tierce personne, 37 639,97 euros au titre de l'incidence professionnelle et des pertes de droits à la retraite, 4 650 euros au titre du déficit fonctionnel temporaire, 12 000 euros au titre des souffrances endurées, 6 000 euros au titre du préjudice esthétique temporaire, 51 500 euros au titre du déficit fonctionnel permanent, 4 000 euros au titre du préjudice esthétique permanent et 6 000 euros au titre du préjudice d'agrément. Par un mémoire en réponse au moyen d'ordre public précité, enregistré le 24 décembre 2025, l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM), représenté par Me Welsch, conclut, à titre principal, à sa mise hors de cause, à titre subsidiaire, à ce que sa prise en charge des préjudices de Mme B... n'excède pas 50 % de ceux-ci et à ce que leur indemnisation soit ainsi ramenée à la somme totale de 22 905,5 euros ou, à défaut, de 24 043,28 euros. Il fait valoir que :

- la demande d'indemnisation formée à son encontre est prescrite, en application des articles L. 1142-28 et L. 1142-7 (4ème alinéa) du code de la santé publique ; le délai de prescription de dix ans prévu par ces dispositions, qui devait commencer à courir le 27 septembre 2013 (date de consolidation de l'état de santé de Mme B...), a été suspendu par la saisine, le 9 août 2013, de la CCI d'Île-de-France et n'a

commencé à courir qu'à compter du 4 mars 2014, date de l'avis rendu par la CCI clôturant la procédure amiable ; Mme B..., qui avait donc jusqu'au 4 mars 2024 pour agir à son encontre, n'a entrepris aucune action et la communication, par la cour, du moyen d'ordre public, est intervenue postérieurement à l'expiration du délai de prescription de dix ans ; l'office doit donc être mis hors de cause ;

- à titre subsidiaire, la condition d'anormalité du dommage ouvrant droit à indemnisation au titre de la solidarité nationale n'est, en tout état de cause, pas remplie ; en premier lieu, les conséquences de l'intervention ne sont pas notablement plus graves que celles auxquelles était exposée Mme B... en cas d'abstention thérapeutique, dès lors que son état aurait nécessairement évolué vers une aggravation des douleurs et du retentissement moteur la conduisant, à brève échéance, à la pose d'une prothèse totale de genou ; en second lieu, la survenance du risque à l'origine du dommage ne présentait pas une probabilité faible, dès lors que le risque de paralysie du nerf SPE est, selon l'expert, de 10 à 20 % (soit bien au-dessus de 5 %), Mme B... y étant particulièrement exposée ; l'office doit donc être mis hors de cause ;

- à titre infiniment subsidiaire, la part d'indemnisation éventuellement mise à la charge de l'ONIAM ne pourra excéder 50 %, dès lors que le centre hospitalier Sud Essonne est à l'origine d'un double défaut d'information ayant entraîné, pour Mme B..., une perte de chance de 50 % de se soustraire à l'intervention ; cette dernière n'a en effet été informée, ni des traitements alternatifs possibles, ni des complications postopératoires neurologiques fréquentes ; l'application du barème indicatif de l'ONIAM, dans sa version du 1er juillet 2025, est particulièrement légitime s'agissant d'une indemnisation par la solidarité nationale ; en application des dispositions de l'article L. 1142-17 du code de la santé publique, toutes indemnisations versées à Mme B... par des tiers payeurs, tels notamment que la CPAM, sa mutuelle santé ou autres, devront être déduites des indemnisations mises à la charge de l'office ; s'agissant des préjudices subis par Mme B... : le déficit fonctionnel temporaire sera réévalué à la somme de 2 476 euros, soit 1 238 euros après déduction de la part imputable au centre hospitalier ; les souffrances endurées, qui ont été surestimées par l'expert, seront réévaluées à 3,5/7, représentant la somme totale de 5 000 euros, dont 2 500 euros à la charge de l'office ; le préjudice esthétique temporaire sera justement évalué à la somme de 3 000 euros, soit 1 500 euros à la charge de l'office ; le déficit fonctionnel permanent sera réévalué, en application des barèmes du concours médical de 2001 et 2025, à 20 % soit, en l'espèce, la somme 28 135 euros, dont 14 067,50 euros à la charge de l'office ; le préjudice esthétique permanent sera justement évalué à la somme de 2 600 euros, " soit 1 800 euros " à la charge de l'ONIAM ; le préjudice d'agrément sera justement évalué à la somme de 2 600 euros, " soit 1 800 euros " à la charge de l'office ; Mme B... ne justifiant pas des indemnités qui lui ont été versées par d'autres débiteurs du chef du même préjudice, sa demande d'indemnisation présentée au titre de l'assistance par tierce personne sera rejetée ; à défaut, et sous réserve que soit communiqué le montant des aides précitées, l'assistance par tierce personne sera réévaluée, sur la base d'un taux journalier de 16 euros, à la somme de 2 275,56 euros soit 1 137,78 euros à la charge de l'office, desquels devront être déduites les sommes versées par des tiers ; les demandes présentées au titre de l'incidence professionnelle et de la perte de droits à la retraite seront rejetées, l'intéressée n'ayant subi aucune perte de revenus et ne démontrant ni la pénibilité accrue de son emploi (son poste de travail ayant été aménagé), ni une incidence défavorable sur son évolution professionnelle ;

- Mme B... ne démontrant pas d'aggravation de son état depuis la consolidation, sa demande d'expertise sera rejetée. Les parties ont été informées, en application des dispositions de l'article R. 611-7 du code de justice administrative, que l'arrêt était susceptible d'être fondé sur un moyen relevé d'office, tiré de ce que le jugement attaqué est irrégulier, faute pour le tribunal administratif d'avoir mis en cause l'ONIAM, alors que l'indemnisation des préjudices subis par Mme B... était susceptible de relever de la solidarité nationale, en application des dispositions du II de l'article L. 1142-1 du code de la santé publique. Le centre hospitalier Sud Essonne et son assureur ont été invités, en application des dispositions de l'article R. 613-1-1 du code de justice administrative, à produire tout document de nature à établir la date à laquelle Mme B... a effectivement reçu ou, à défaut, a eu connaissance, de l'offre

d'indemnisation d'AXA du 4 juillet 2014, en vue de compléter l'instruction.

Vu les autres pièces du dossier.

Vu :

- le code civil ;

- le code de la santé publique ;

- le code de la sécurité sociale ;

- le code du travail ;

- la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ;

- le code de justice administrative. Les parties ont été régulièrement averties du jour de l'audience. Ont été entendus au cours de l'audience publique :

- le rapport de Mme Bahaj, - les conclusions de Mme Florent, rapporteure publique, - les observations de Me Bouchet, pour le centre hospitalier Sud Essonne et la société Axa France Iard, ainsi que celles de Me Leprovost, pour Mme B....

Considérant ce qui suit :

1. Mme B..., née le 29 avril 1956, souffrait d'importantes douleurs au niveau du genou droit, en raison d'une gonarthrose interne sur genu varum de 7,5 degrés. Le 28 novembre 2011, elle a bénéficié d'une ostéotomie de valgisation par soustraction externe de 12 degrés au sein du centre hospitalier (CH) Sud Essonne. A la suite de cette intervention chirurgicale et dès son réveil, Mme B... a signalé des difficultés motrices du membre inférieur droit, qui se sont révélées être dues à une paralysie du nerf sciatique poplité externe (SPE), non sectionné durant l'intervention. En l'absence de récupération neurologique et du fait de l'atteinte sévère du nerf SPE, Mme B... a été adressée à l'hôpital Bichat (AP - HP) où elle a bénéficié d'un triple transfert tendineux le 25 octobre 2012. Ces transferts se sont avérés efficaces sur les orteils mais la flexion dorsale de la cheville est restée déficitaire d'une quinzaine de degrés. Le 9 août 2013, Mme B... a saisi la commission de conciliation et d'indemnisation (CCI) d'Île-de-France d'une demande tendant à l'indemnisation des préjudices subis du fait de l'intervention du 28 novembre 2011. La commission a désigné comme expert un chirurgien orthopédiste, qui a déposé son rapport le 18 décembre 2013. Dans son avis rendu le 4 mars 2014, la CCI a estimé, d'une part, que la responsabilité du CH Sud Essonne était engagée, dès lors que la patiente n'avait été préalablement informée, ni des complications possibles de l'opération, ni des alternatives existantes ainsi que de leurs avantages et inconvénients respectifs, d'autre part, que cette faute était à l'origine d'une perte de chance d'éviter les complications ayant résulté de l'intervention litigieuse à hauteur de 50 % et, enfin, que la condition tenant au caractère anormal des conséquences de l'accident médical, nécessaire à leur prise en charge au titre de la solidarité nationale, n'était en l'espèce pas remplie, dès lors que Mme B... était particulièrement exposée à la complication neurologique survenue. Par un courrier du 4 juillet 2014, la compagnie AXA, assureur du CH Sud Essonne, a adressé à Mme B... une proposition d'indemnisation provisionnelle, dans l'attente de certains justificatifs. Par une lettre du 25 septembre 2019, reçue le 2 octobre suivant, Mme B... a adressé à la compagnie AXA une contreproposition. Aucun accord n'étant intervenu entre les intéressés, Mme B... a demandé au tribunal administratif de Versailles de condamner solidairement le CH Sud Essonne et son assureur AXA France Iard à lui verser la somme de 59 104,18 euros en réparation des préjudices subis du fait de l'intervention du 28 novembre 2011 et d'ordonner une expertise judiciaire en aggravation. Par un jugement du 3 avril 2023, le tribunal administratif de Versailles a solidairement condamné le CH Sud Essonne et son assureur à verser, à Mme B..., une somme de 31 031 euros, à la caisse primaire d'assurance maladie de Loir-et-Cher, une somme de 8 076 euros, et a rejeté la demande d'expertise formée par Mme B....

2. Par la présente requête, l'hôpital et son assureur relèvent appel de ce jugement en demandant, à titre principal, à être mis hors de cause, à titre subsidiaire, à ce que l'indemnité due à Mme B... soit limitée à la somme de 1 000 euros et, à titre très subsidiaire, à ce que le taux de perte de chance d'éviter les complications intervenues soit fixé à 10 % et les indemnités accordées à Mme B... ainsi qu'à la caisse primaire d'assurance maladie de Loir-et-Cher ramenées aux sommes respectives de 4 991,44 et 1 602,15 euros. L'ONIAM ayant été, d'office, appelé dans la cause, Mme B... demande, dès lors, la condamnation solidaire du CH Sud Essonne, de son assureur ainsi que de l'ONIAM à l'indemniser de ses préjudices qu'elle réévalue à la somme de 124 957,97 euros et que soit ordonnée une expertise en aggravation. A titre subsidiaire, elle demande la condamnation du seul centre hospitalier et de son assureur à l'indemniser à hauteur de 50 % de ses préjudices, soit la somme de 62 478,99 euros. L'ONIAM, quant à lui, conclut, à titre principal, à sa mise hors de cause et à titre subsidiaire, à ce que les indemnités mises à sa charge soit limitées à 50 % des préjudices subis par Mme B... et ramenées à de plus justes proportions.

Sur la régularité du jugement attaqué :

3. Aux termes de l'article L. 1142-21 du code de la santé publique : " I.

- Lorsque la juridiction compétente, saisie d'une demande d'indemnisation des conséquences dommageables d'actes (...) de soins dans un établissement de santé, estime que les dommages subis sont indemnisables au titre du II de l'article L. 1142-1 (...), l'office est appelé en la cause s'il ne l'avait pas été initialement. Il devient défendeur en la procédure. (...) " et selon les dispositions du II de l'article L. 1142-1 auxquelles il est ainsi renvoyé, un accident médical ouvre droit à réparation au titre de la solidarité nationale lorsque les préjudices subis par le patient sont directement imputables à un acte de soin et qu'ils ont eu pour lui des conséquences graves et anormales.

4. Il résulte de ces dispositions que la juridiction du fond saisie de conclusions tendant à l'engagement de la responsabilité d'un établissement public de santé est tenue, si elle estime que le dommage invoqué remplit les conditions pour être indemnisé en tout ou partie sur le fondement du II de l'article L. 1142-1 du code de la santé publique, d'appeler l'ONIAM en la cause, au besoin d'office, puis de mettre à sa charge la réparation qui lui incombe, même en l'absence de conclusions dirigées contre lui et sans préjudice de l'éventuelle condamnation de la personne initialement poursuivie à réparer la part du dommage dont elle serait responsable.

5. En l'espèce, dès son réveil de l'intervention du 28 novembre 2011, Mme B... a signalé des difficultés motrices du membre inférieur droit qui se sont, par la suite, révélées être dues à une paralysie complète du nerf sciatique poplité externe (SPE). Selon le rapport d'expertise du 18 décembre 2013, cette paralysie a été immédiate - ce qui permet d'affirmer qu'elle est survenue au cours de l'intervention - et a résulté d'un accident médical non fautif. Par ailleurs, du fait de cette complication, Mme B... a été placée en arrêt de travail du 29 mars 2012 au 1er mars 2013 et le taux de son déficit fonctionnel permanent a été évalué par l'expert à 25 %. Enfin, si Mme B... présentait, avant l'intervention litigieuse, d'importantes douleurs au niveau du genou droit, ces dernières ne faisaient néanmoins pas obstacle à ce qu'elle marche plusieurs kilomètres par jour dans le cadre de son emploi de préparatrice de commandes et à ce qu'elle s'adonne à la pratique de la danse ainsi que du vélo. Toutefois, du fait de l'accident médical précité, l'intéressée présente désormais des difficultés à la marche, des douleurs nocturnes, fait fréquemment des chutes lorsqu'elle est fatiguée et se trouve dans l'incapacité de s'occuper de ses petits-enfants. Ainsi, la demande d'indemnisation présentée par Mme B... était susceptible de relever de la solidarité nationale, en application des dispositions du II de l'article L. 1142-1 du code de la santé publique. Par suite, en s'abstenant de mettre en cause l'ONIAM, le tribunal administratif de Versailles a méconnu les dispositions de l'article L. 1142-21 du code de la santé publique et entaché son jugement d'irrégularité. Il en résulte que ce jugement doit être annulé, en tant qu'il se prononce sur les conclusions indemnitaires présentées par Mme B... et la caisse primaire d'assurance maladie de Loir-et-Cher.

6. Par suite, il y a lieu pour la cour de se prononcer sur cette partie des demandes par la voie de l'évocation et de statuer par la voie de l'effet dévolutif de l'appel sur la demande de Mme B... tendant à ce que soit ordonnée une expertise en aggravation.

Sur la responsabilité du CH Sud Essonne pour défaut d'information :

7. Aux termes de l'article L. 1142-1 du code de la santé publique : " I.

- Hors le cas où leur responsabilité est encourue en raison d'un défaut d'un produit de santé, les professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du présent code, ainsi que tout établissement, service ou organisme dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute. (...) " et aux termes de l'article L. 1111-2 du même code, dans sa version applicable au litige : " Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. (...) / Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. / Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel. (...) /// Des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information sont établies par la Haute Autorité de santé et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé. / En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen. (...) ". Il résulte de ces dernières dispositions que doivent être portés à la connaissance du patient, préalablement au recueil de son consentement à l'accomplissement d'un acte médical, les risques connus de cet acte qui, soit présentent une fréquence statistique significative, quelle que soit leur gravité, soit revêtent le caractère de risques graves, quelle que soit leur fréquence.

8. En cas de manquement à cette obligation d'information, si l'acte de diagnostic ou de soin entraîne pour le patient, y compris s'il a été réalisé conformément aux règles de l'art, un dommage en lien avec la réalisation du risque qui n'a pas été porté à sa connaissance, la faute commise en ne procédant pas à cette information engage la responsabilité de l'établissement de santé à son égard, pour sa perte de chance de se soustraire à ce risque en renonçant à l'opération. Il n'en va autrement que s'il résulte de l'instruction, compte tenu de ce qu'était l'état de santé du patient et son évolution prévisible en l'absence de réalisation de l'acte, des alternatives thérapeutiques qui pouvaient lui être proposées ainsi que de tous autres éléments de nature à révéler le choix qu'il aurait fait, qu'informé de la nature et de l'importance de ce risque, il aurait consenti à l'acte en question.

9. En l'espèce, pour démontrer que les dispositions de l'article L. 1111-2 du code de la santé publique auraient été respectées, le CH Sud Essonne soutient qu'une information orale, portant notamment sur les risques de lésion nerveuse, a été délivrée à Mme B... lors de l'entretien individuel réalisé avec son chirurgien, qu'elle n'avait initialement pas contesté avoir reçu cette information auprès de l'expert qui ne relève d'ailleurs aucune faute dans son rapport et que l'intéressée a signé un formulaire de consentement éclairé préalablement à l'intervention.

10. Bien que le centre hospitalier n'ait pas été en mesure de le verser au dossier, il est cependant constant que le 28 novembre 2011, avant de subir l'intervention litigieuse, Mme B... a bien signé un formulaire dit " de consentement éclairé ". Toutefois, le rapport d'expertise remis le 18 décembre 2013 à la CCI indique, s'agissant de ce document, qu' " il s'agit d'un protocole de consentement éclairé classique ne mentionnant pas les complications les plus fréquentes rencontrées après ce type de chirurgie ". De plus, Mme B... a constamment affirmé, et ce, dès les opérations d'expertise, n'avoir jamais reçu aucune documentation ou information relative à la possible complication neurologique qui est ensuite

survenue. Par ailleurs, bien que le rapport d'expertise n'emploie pas expressément, au sein de sa rubrique consacrée au respect de l'obligation d'information incombant au professionnel de santé, le terme de " faute ", les développements qu'il comporte à ce titre ne peuvent, en tout état de cause, être entendus autrement que comme concluant à la faute de l'hôpital sur ce point. En outre et surtout, rien au dossier ne permet de conférer une date précise à l'entretien individuel au cours duquel le chirurgien de Mme B... lui aurait délivré l'information relative au risque de paralysie du nerf SPE, qui est un risque connu d'après le rapport précité. A cet égard, il résulte des écritures mêmes de l'hôpital Sud Essonne que Mme B... a rencontré pour la première fois son chirurgien courant novembre 2011, que le principe même de l'intervention a été acté lors de cette seule consultation et que l'opération a eu lieu dès le 28 novembre 2011. Ainsi, compte tenu notamment du caractère unique de la consultation précitée et du court délai l'ayant séparée de l'intervention litigieuse, la seule signature, par la patiente, d'un formulaire de consentement au caractère général, ne saurait suffire à établir que le risque de paralysie du nerf SPE avait bien été porté à sa connaissance préalablement à l'ostéotomie litigieuse. Il en résulte que le centre hospitalier a méconnu les dispositions précitées de l'article L. 1111-2 du code de la santé publique et commis une faute à ce titre.

11. Afin de nier l'existence d'une perte de chance pour Mme B... d'éviter le dommage précité en refusant l'opération, l'hôpital Sud Essonne soutient que l'intéressée aurait été contrainte, en cas d'abstention thérapeutique, de se faire poser, à terme, une prothèse totale du genou, supposant une intervention encore plus lourde que l'ostéotomie litigieuse laquelle se trouvait, par suite, être indispensable.

12. En l'espèce, ainsi qu'il a été dit au point 1, Mme B... souffrait, avant l'opération litigieuse, d'importantes douleurs au niveau du genou droit, en raison d'une forme hyper algique d'arthrose sur genu varum de 7,5 degrés. Ces douleurs n'empêchaient toutefois pas l'intéressée, alors âgée de 55 ans, de pratiquer plusieurs activités physiques - telles que la marche, le vélo ou la danse - et de parcourir chaque jour plusieurs kilomètres à pied dans le cadre de son travail. Si le rapport d'expertise du 18 décembre 2013 précise que " l'absence de traitement chirurgical aurait abouti à une aggravation de cette arthrose et à la mise en place à plus ou moins brève échéance d'une prothèse totale de genou, éventualité peu souhaitable vu le jeune âge de la patiente ", il indique toutefois également qu'aucun traitement de première intention n'a été proposé à l'intéressée, alors que la littérature médicale figurant au dossier (à savoir, l'article du Pr A..., chirurgien orthopédique, intitulé " Place et techniques actuelles des ostéotomies dans la gonarthrose fémoro-tibiale médiale ") fait état de l'existence de solutions permettant de supprimer la douleur de façon temporaire, tels que les médicaments, les infiltrations, la physiothérapie ainsi que la diminution du poids et de l'activité. Enfin, l'avis rendu par la CCI le 4 mars 2014 précise quant à lui que l'intervention du 28 novembre 2011 ne présentait pas un caractère vital pour l'intéressée, qui aurait pu refuser de s'y soumettre et continuer à vivre avec les gênes dont elle souffrait. Ainsi, compte tenu du niveau d'activité de l'intéressée avant cette intervention, de l'absence de certitude quant au délai dans lequel la dégradation de son état aurait nécessité le recours à une prothèse totale de genou ainsi que de l'absence de mise en place de traitement symptomatique préalable, il ne résulte pas de l'instruction que, même informée du risque qui s'est réalisé, Mme B... aurait tout de même consenti à l'intervention en litige. Par suite, le manquement du chirurgien à son obligation d'information doit être regardé comme ayant, en l'espèce, privé Mme B... d'une chance de refuser ladite opération. Il en résulte que le CH Sud Essonne n'est pas fondé à soutenir que Mme B... ne pourrait prétendre qu'à l'indemnisation d'un éventuel préjudice d'impréparation.

13. S'agissant ensuite du taux de perte de chance à retenir, si le rapport d'expertise précité présente l'ostéotomie tibiale de valgisation comme " le traitement idéal " dans le cas de Mme B...

- ce qui est conforté par la littérature médicale évoquée plus haut précisant notamment que " tous les auteurs sont d'accord pour proposer des ostéotomies à des arthroses purement unicompartimentales et de stade peu avancé ", également que " moins l'usure est importante au départ, meilleurs sont les résultats " ou encore que " dans [des] cas évolués, on propose plutôt des prothèses après 70 ans, mais chez des patients jeunes une ostéotomie est encore susceptible de faire gagner de précieuses années

avant l'arthroplastie " - il n'en demeure pas moins que selon ce même expert, la probabilité pour que survienne une paralysie du nerf SPE après une ostéotomie tibiale de valgisation se situe entre 10 % et 20 % (cette probabilité augmentant lorsque l'ostéotomie est réalisée, comme en l'espèce, proche de la tête du fibula). Si le CH Sud Essonne se prévaut de l'article du Pr A... pour contester ce taux de probabilité, cette publication - dont il ne résulte pas de l'instruction que les hypothèses qu'elle évoque seraient transposables au cas de Mme B... et qui date d'ailleurs de 2006 - ne peut suffire à remettre en cause les conclusions plus récentes du rapport d'expertise du 18 décembre 2013. Ainsi, bien que l'ostéotomie ait été particulièrement indiquée dans le cas de Mme B..., il y a lieu, au regard de la probabilité de survenance d'une paralysie du nerf SPE telle qu'exposée ci-dessus, de considérer (comme l'a d'ailleurs fait la CCI) que l'absence d'information relative à ce risque a privé l'intéressée d'une chance de refuser l'intervention à hauteur de 50 %.

Sur la réparation au titre de la solidarité nationale : En ce qui concerne l'exception de prescription :

14. D'une part, aux termes de l'article L. 1142-28 du code de la santé publique, dans sa rédaction issue du I de l'article 188 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé : " (...) les demandes d'indemnisation formées devant l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales en application du II de l'article L. 1142-1 (...) se prescrivent par dix ans à compter de la consolidation du dommage. / Le titre XX du livre III du code civil est applicable, à l'exclusion de son chapitre II. ". Aux termes du II du même article 188 de la loi du 26 janvier 2016, ces dispositions s'appliquent " lorsque le délai de prescription n'était pas expiré à la date de publication de la présente loi. Il est alors tenu compte du délai déjà écoulé. / Toutefois, lorsqu'aucune décision de justice irrévocable n'a été rendue, l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales applique le délai prévu au I aux demandes d'indemnisation présentées devant lui à compter du 1er janvier 2006 (...). ".

15. En l'espèce, la consolidation de l'état de santé de Mme B... a été fixée au 27 septembre 2013 par l'expert. Par suite, le délai de prescription prévu par les dispositions citées au point précédent n'était pas expiré le 27 janvier 2016, date à laquelle la loi du 26 janvier 2016 a été publiée. Il en résulte que la demande d'indemnisation adressée par Mme B... à l'ONIAM, sur le fondement du II de l'article L. 1142-1 précité, est soumise à la prescription décennale.

16. D'autre part, l'article 2238 du code civil, rendu applicable aux demandes d'indemnisation formées devant l'ONIAM par le second alinéa de l'article L. 1142-28 du code de la santé publique, prévoit que lorsque la prescription a été suspendue par le recours des parties à la médiation ou à la conciliation, " le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée (...). ". Par ailleurs, le quatrième alinéa de l'article L. 1142-7 du même code dispose que : " La saisine de la commission [de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux] suspend les délais de prescription et de recours contentieux jusqu'au terme de la procédure prévue par le présent chapitre. ".

17. Lorsque, en application de ces dernières dispositions, la saisine de la commission de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, soit par une demande au titre de la procédure de règlement amiable, soit par une demande au titre de la procédure de conciliation, a suspendu le délai de prescription applicable à l'action indemnitaire, il résulte des dispositions de l'article 2238 du code civil que ce délai recommence à courir pour la durée restant à courir ou, si celle-ci est inférieure à six mois, pour une durée de six mois.

18. Si la demande a été présentée à la commission de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux au titre de la procédure amiable, le délai de prescription recommence à courir, dans le cas où la commission conclut à l'absence de droit à réparation, à compter de la date à laquelle cet avis de la commission est notifié à l'intéressé. Dans le cas où la commission estime que le dommage est indemnisable par un établissement de santé ou au titre de la solidarité nationale, si l'intéressé reçoit une

offre d'indemnisation de l'assureur de la personne considérée comme responsable ou de l'ONIAM, le délai recommence à courir à compter de la date de réception de cette offre.

19. En l'espèce, Mme B... a saisi la CCI dès le 9 août 2013, soit avant même que le délai de prescription décennale ne se déclenche, le 27 septembre 2013, par l'effet de la consolidation de son état de santé. Ce délai de dix ans, ainsi entièrement conservé, n'a recommencé à courir pour son intégralité qu'à compter de la réception, par Mme B..., de l'offre d'indemnisation envoyée par l'assureur du CH Sud Essonne. Toutefois, si cette offre en date du 4 juillet 2014 figure bien au dossier, rien ne permet de savoir - en l'absence de réponse de l'hôpital et de son assureur à la mesure d'instruction visée ci-dessus - à quelle date et si elle a bien été réceptionnée par Mme B... avant le 25 septembre 2019, date à laquelle l'intéressée a adressé à la compagnie AXA une contre-proposition. Par suite, le délai de prescription de dix ans n'était, en tout état de cause, pas expiré le 17 novembre 2025 lorsque la cour a mis en cause l'ONIAM dans la présente procédure en lui communiquant le moyen d'ordre public visé ci-dessus. Il en résulte que l'exception de prescription opposée par l'office en défense doit être écartée. En ce qui concerne les conditions de mise en jeu de la solidarité nationale :

20. Aux termes du II de l'article L. 1142-1 du code de la santé publique : " Lorsque la responsabilité d'un professionnel, d'un établissement, service ou organisme mentionné au I (...) n'est pas engagée, un accident médical (...) 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. / Ouvre droit à réparation des préjudices au titre de la solidarité nationale un taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique supérieur à un pourcentage d'un barème spécifique fixé par décret ; ce pourcentage, au plus égal à 25 %, est déterminé par ledit décret. ". En vertu des articles L. 1142-17 et L. 1142-22 du même code, la réparation au titre de la solidarité nationale est assurée par l'ONIAM. Enfin, aux termes de l'article D. 1142-1 du même code : " Le pourcentage mentionné au dernier alinéa de l'article L. 1142-1 est fixé à 24 %. / Présente également le caractère de gravité mentionné au II de l'article L. 1142-1 un accident médical (...) ayant entraîné, pendant une durée au moins égale à six mois consécutifs ou à six mois non consécutifs sur une période de douze mois, un arrêt temporaire des activités professionnelles (...). ".

21. D'une part, 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. 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. 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.

22. D'autre part, 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. 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 à la victime une chance d'échapper à l'accident ou de se soustraire à ses conséquences, le préjudice en lien direct avec 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. 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.

23. Il résulte de l'instruction, notamment du rapport d'expertise remis le 18 décembre 2013 à la CCI ainsi que de l'avis rendu par cette commission le 4 mars 2014, que la paralysie du nerf SPE ayant affecté Mme B... dans les suites de l'intervention du 28 novembre 2011, a résulté d'un accident médical non fautif. Ainsi qu'il a été dit au point 5, le caractère immédiat de cette paralysie permet d'établir avec certitude le lien de causalité l'unissant à l'intervention litigieuse. De plus, la gravité des dommages subis par Mme B...

- dont le déficit fonctionnel permanent a été évalué par l'expert à 25 % et qui a, au surplus, été placée en arrêt de travail du 29 mars 2012 au 1er mars 2013 du fait de cette complication - excède le seuil défini à l'article D. 1142-1 du code de la santé publique. Enfin, si avant son intervention, Mme B... présentait d'importantes douleurs au niveau de son genou droit, elle restait néanmoins très active, ainsi qu'il a été dit au point 5, son arthrose étant peu avancée. Par suite, et comme l'indique l'avis de la CCI, l'intéressée aurait pu, en l'absence d'ostéotomie, continuer à vivre, au moins durant une certaine période, avec les gênes dont elle souffrait, alors qu'elle présente désormais un syndrome du pied tombant, une démarche en steppage, des difficultés à monter et descendre les escaliers, un périmètre de marche réduit à une heure et se trouve dans l'incapacité de pratiquer le vélo, la danse ou la marche à pied avec ses petits-enfants. Ainsi, et alors que rien au dossier ne permet d'affirmer que l'évolution naturelle de l'arthrose de Mme B... aurait abouti à des symptômes équivalents à ceux qu'elle rencontre aujourd'hui, l'aggravation de son état ne serait, en tout état de cause, intervenue qu'après plusieurs années d'abstention thérapeutique. Dès lors, les conséquences entraînées par l'ostéotomie litigieuse doivent être regardées comme notablement plus graves que celles auxquelles Mme B... se trouvait exposée de manière suffisamment probable en l'absence de traitement. Il en résulte que les conséquences de l'aléa thérapeutique dont Mme B... a été victime et qui répond aux critères posés au II de l'article L. 1142-1 du code de la santé publique, doivent être prises en charge au titre de la solidarité nationale par l'ONIAM, déduction faite de la part de 50 % incombant au CH Sud Essonne, responsable de la perte de chance de se soustraire à cet aléa.

24. Il résulte de ce qui précède que Mme B... est fondée à obtenir l'indemnisation intégrale des conséquences de l'intervention du 28 novembre 2011, en répartissant la charge de cette indemnisation entre le CH Sud Essonne, à hauteur de la perte de chance d'éviter la survenue de son dommage, c'est-à-dire 50 %, et, pour le surplus, l'ONIAM, au titre de la mise en œuvre de la solidarité nationale, pour 50 %.

Sur les préjudices : En ce qui concerne les préjudices patrimoniaux :

25. En application des dispositions de l'article L. 376-1 du code de la sécurité sociale, le juge saisi d'un recours de la victime d'un dommage corporel et du recours subrogatoire d'un organisme de sécurité sociale doit, pour chacun des postes de préjudice, déterminer le montant du préjudice en précisant la part qui a été réparée par des prestations de sécurité sociale et celle qui est demeurée à la charge de la victime. Il lui appartient ensuite de fixer l'indemnité mise à la charge de l'auteur du dommage au titre du poste de préjudice en tenant compte, s'il a été décidé, du partage de responsabilité avec la victime ou du fait que celle-ci n'a subi que la perte d'une chance d'éviter le dommage corporel. Le juge doit allouer cette indemnité à la victime dans la limite de la part du poste de préjudice qui n'a pas été réparée par des prestations, le solde, s'il existe, étant alloué à l'organisme de sécurité sociale.

26. Dans l'hypothèse où la victime, régulièrement appelée dans l'instance, n'a pas sollicité l'indemnisation d'un poste de préjudice au titre duquel la caisse demande le remboursement par le tiers responsable des prestations le réparant de manière incontestable, la caisse ne tient pas des dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 376-1 du code de la sécurité sociale une priorité qui lui permettrait à son tour, en faisant état du préjudice total subi par la victime, d'obtenir le remboursement de l'intégralité des prestations qu'elle a versées. Elle peut alors demander au juge, indépendamment de la priorité accordée à la victime, le remboursement de ses débours dans la limite de la part des conséquences dommageables de l'accident dont le tiers est directement responsable. S'agissant des préjudices patrimoniaux temporaires : Quant aux dépenses de santé actuelles :

27. Alors que Mme B... ne présente aucune demande au titre des dépenses de santé restées à sa charge, il résulte de l'instruction, notamment du courrier de notification de ses débours ainsi que de l'attestation d'imputabilité établie par son médecin conseil, que la CPAM de Loir-et-Cher a exposé des dépenses de santé pour le compte de la victime, en lien avec les suites de l'intervention du 28 novembre 2011, à hauteur de 4 504,80 euros. Cette somme correspond aux frais hospitaliers exposés entre le 24 et le 26 octobre 2012 pour les besoins de la chirurgie de triple transfert tendineux réalisée à l'hôpital Bichat, aux frais médicaux réglés au titre de la période comprise entre le 10 février 2012 et le 28 février 2013 (constitués par des actes techniques médicaux, des séances de kinésithérapie, des soins infirmiers et de la biologie), aux frais pharmaceutiques exposés au titre de la période comprise entre le 25 juin 2012 et le 15 janvier 2013 et aux frais d'appareillage exposés du 8 décembre 2011 au 3 octobre 2012 (orthèses). Contrairement à ce que soutient le CH Sud Essonne, les justificatifs produits par la CPAM en première instance, qui apparaissent cohérents avec la chronologie des faits, suffisent à établir la réalité de ces frais ainsi que leur lien de causalité avec l'intervention du 28 novembre 2011. Par suite, la somme de 2 252,40 euros, correspondant à 50 % du montant total des sommes exposées par la CPAM au titre du chef de préjudice susvisé, doit être mise à la charge solidaire du CH Sud Essonne et de son assureur. Quant aux pertes de gains professionnels actuels :

28. Il résulte de l'instruction, notamment du rapport d'expertise déposé le 18 décembre 2013, que Mme B... a été, du fait de l'accident médical litigieux, placée en arrêt de travail du 29 mars 2012 au 1er mars 2013 inclus. Il n'est pas contesté que l'intéressée, qui ne présente aucune demande indemnitaire au titre du poste de préjudice susvisé, n'a subi aucune perte de salaire relative à son activité de préparatrice de commandes durant cette période. Au titre de cette activité, la CPAM de Loir-et-Cher justifie, par la production du décompte et de l'attestation précités, avoir versé à Mme B... des indemnités journalières entre le 30 mars 2012 et le 3 mars 2013, pour un montant total de 11 124,15 euros. En conséquence, le montant du préjudice tiré de la perte de gains professionnels actuels - qui a été entièrement réparé par la CPAM - doit être fixé à la somme de 11 124,15 euros. Compte tenu de la fraction du dommage dont le centre hospitalier Sud Essonne doit assurer la réparation, il y a lieu de mettre à sa charge, solidairement avec son assureur, la moitié de cette somme soit 5 562 euros à verser à la CPAM de Loir-et-Cher. Quant aux frais divers :

29. Lorsque le juge administratif indemnise dans le chef de la victime d'un dommage corporel la nécessité de recourir à l'aide d'une tierce personne, il détermine le montant de l'indemnité réparant ce préjudice en fonction des besoins de la victime et des dépenses nécessaires pour y pourvoir. Il doit à cette fin se fonder sur un taux horaire déterminé, au vu des pièces du dossier, par référence, soit au montant des salaires des personnes à employer augmentés des cotisations sociales dues par l'employeur, soit aux tarifs des organismes offrant de telles prestations, en permettant le recours à l'aide professionnelle d'une tierce personne d'un niveau de qualification adéquat et sans être lié par les débours effectifs dont la victime peut justifier. Il n'appartient notamment pas au juge, pour déterminer cette indemnisation, de tenir compte de la circonstance que l'aide a été ou pourrait être apportée par un membre de la famille ou un proche de la victime ou que celle-ci n'ait, malgré son besoin, pas fait effectivement appel à une telle aide.

30. Il résulte de l'instruction, notamment du rapport d'expertise remis à la CCI, que la paralysie du nerf SPE ayant affecté Mme B... a nécessité l'aide d'une tierce personne non spécialisée à raison de trois heures par jour entre le 27 octobre et le 7 décembre 2012, soit durant 42 jours. Afin de tenir compte des congés payés et des jours fériés prévus par l'article L. 3133-1 du code du travail, il y a lieu de calculer l'indemnisation de ces besoins sur la base d'une année de 412 jours, soit 48 jours en l'espèce. Par ailleurs, compte tenu du niveau du SMIC horaire et des charges pesant sur les employeurs à cette époque, il y a lieu de retenir un taux de rémunération horaire de 13 euros. Par suite, le préjudice subi par Mme B... au titre de l'assistance temporaire par une tierce personne s'élève à la somme de 1 872 euros, laquelle doit être répartie à raison de 936 euros à la charge solidaire du CH Sud Essonne et de son assureur et de 936 euros à la charge de l'ONIAM. S'agissant des préjudices patrimoniaux permanents : Quant aux dépenses de santé futures :

31. La CPAM a demandé à être indemnisée des frais médicaux futurs en lien avec l'accident médical litigieux à hauteur de 392,63 euros. Ces frais correspondent à la prise en charge d'une orthèse, pour un montant de 57,78 euros, à renouveler tous les trois ans.

32. Toutefois, eu égard aux dispositions de l'article L. 376-1 du code de la sécurité sociale qui limitent le recours subrogatoire des caisses de sécurité sociale à l'encontre du responsable d'un accident corporel aux préjudices qu'elles ont pris en charge, le remboursement des prestations qu'une caisse sera amenée à verser à l'avenir, de manière certaine, prend normalement la forme du versement d'une rente et ne peut être mis à la charge du responsable sous la forme du versement immédiat d'un capital représentatif qu'avec son accord. Il peut également prendre la forme d'une condamnation à rembourser les frais au fur et à mesure qu'ils auront été exposés sur présentation de justificatifs.

33. En l'espèce, à défaut d'accord donné en ce sens par le CH Sud Essonne, il y a lieu de condamner ce dernier, solidairement avec son assureur, à payer, sur justification par la caisse de ses débours, la moitié des dépenses de santé qui seront engagées à compter du 18 juillet 2026, correspondant aux frais d'orthèse renouvelée tous les trois ans. Quant à l'incidence professionnelle :

34. En premier lieu, il résulte de l'instruction qu'à l'issue de sa période d'arrêt de travail, Mme B... a pu reprendre son activité de préparatrice de commandes le 4 mars 2013, sans reclassement et sur le même poste, lequel a en revanche été aménagé afin de favoriser la posture assise, éviter le port de charges lourdes (en cantonnant l'intéressée à la préparation de petits colis) et réduire son temps de travail. A l'expiration de son contrat de travail, Mme B... a connu une période de chômage s'étendant de l'année 2016 à l'année 2018. Dans ces conditions, et bien que Mme B... ait pu reprendre son emploi, elle subit nécessairement un préjudice d'incidence professionnelle, lequel se caractérise, à tout le moins, par une dévalorisation sur le marché du travail et une augmentation de sa fatigabilité. En l'espèce, compte tenu de l'âge de l'intéressée et de la qualification de son emploi, il sera fait une juste appréciation de ce préjudice en l'évaluant à la somme de 4 000 euros, laquelle sera répartie pour moitié, soit 2 000 euros, entre le CH Sud Essonne et son assureur d'une part ainsi que l'ONIAM d'autre part.

35. En second lieu, Mme B... a été admise à la retraite à compter du 1er mai 2018 et perçoit depuis lors une pension d'un montant de 963,41 euros nets par mois. Il résulte toutefois de l'instruction, notamment du relevé de carrière et de la simulation effectuée par sa caisse de retraite le 7 août 2019 que, si elle avait continué à travailler sans être indemnisée par l'assurance maladie au cours des années 2011 à 2013 ainsi que 2015, elle aurait pu prétendre à une pension s'élevant à 1 093,05 euros bruts, soit 993,58 euros nets par mois. Toutefois, ainsi qu'il a été dit plus haut, la seule période d'arrêt de travail en lien avec son accident médical se situe entre le 29 mars 2012 et le 1er mars 2013 (onze mois), de sorte que les arrêts de travail relatifs aux périodes allant du 7 novembre 2011 au 28 mars 2012 (cinq mois) et du 23 avril au 10 mai 2015 (2,5 semaines) ne peuvent être pris en compte. Dès lors, le différentiel de pension invoqué de 30 euros par mois ne saurait être entièrement imputé à l'intervention du 28 novembre 2011 et il n'y a lieu de retenir, à ce titre, qu'un différentiel de 20 euros par mois, soit 240 euros annuels. Par suite, le préjudice tiré de la perte de droits à la retraite subi par Mme B... s'élève, pour la période allant du 1er mai 2018

(admission à la retraite) au 17 juillet 2026 (mise à disposition du présent arrêt) à la somme de 1 970 euros. Pour la période à compter du 18 juillet 2026, ce préjudice s'élève, après application d'un taux de capitalisation de 17,317 euros, à la somme de 4 156 euros. Il en résulte que le préjudice tiré de la perte de droits à pension de retraite subi par Mme B... s'élève à la somme totale de 6 126 euros, qu'il y a lieu de répartir à raison de 3 063 euros à la charge solidaire du CH Sud Essonne et de son assureur ainsi que de 3 063 euros à la charge de l'ONIAM. En ce qui concerne les préjudices extra-patrimoniaux : S'agissant des préjudices extra-patrimoniaux temporaires : Quant au déficit fonctionnel temporaire :

36. Il résulte du rapport d'expertise précité qu'en raison de l'aléa thérapeutique litigieux Mme B... a subi un déficit fonctionnel temporaire de classe II (25 %) du 5 mars au 24 octobre 2012, total du 25 au 26 octobre 2012, de classe III (50 %) du 27 octobre au 7 décembre 2012 et de classe II du 8 décembre 2012 au 26 septembre 2013. Il sera ainsi fait une juste appréciation de ce poste de préjudice en l'évaluant à la somme totale de 3 856 euros. Cette somme sera répartie pour moitié (soit 1 928 euros) entre l'hôpital et son assureur (condamnation solidaire) d'une part, ainsi que l'ONIAM d'autre part. Quant aux souffrances endurées :

37. L'expert mandaté par la CCI a évalué les souffrances endurées par Mme B... du fait de l'accident médical litigieux à un niveau de 4,5/7 en raison des séances de rééducation liées à la paralysie, de la nouvelle intervention de réanimation de la flexion dorsale du pied, de la période d'immobilisation qui a suivi ainsi que des nouvelles séances de rééducation. Il sera fait une juste appréciation de ce chef de préjudice en l'évaluant à la somme de 12 000 euros. Après application du taux de perte de chance imputable au CH Sud Essonne, il y a lieu de mettre à la charge solidaire de cet établissement et de son assureur la somme de 6 000 euros. L'ONIAM versera quant à lui à Mme B... la même somme de 6 000 euros au titre de ce poste de préjudice. Quant au préjudice esthétique temporaire :

38. L'expert a évalué le préjudice esthétique temporaire subi par Mme B... à 2,5 sur une échelle de 7 et ce, en raison d'une démarche en steppage de ce fait inesthétique. Il sera fait une juste appréciation de ce poste de préjudice en l'évaluant à la somme de 3 000 euros, dont 1 500 euros seront mis à la charge solidaire du CH Sud Essonne et de son assureur et 1 500 euros à la charge de l'ONIAM. S'agissant des préjudices extra-patrimoniaux permanents : Quant au déficit fonctionnel permanent :

39. Il résulte de l'instruction qu'à la date de consolidation de son état de santé, le 27 septembre 2013, Mme B..., alors âgée de 57 ans, conserve un déficit fonctionnel permanent évalué par l'expert à 25 %, en raison de la paralysie du nerf SPE et des séquelles inhérentes à celle-ci, sur le plan tant physique que psychique. Il sera fait une juste appréciation de ce poste de préjudice en l'évaluant à la somme totale de 45 000 euros, dont 22 500 euros seront mis à la charge solidaire du CH Sud Essonne et de son assureur et les 22 500 euros restants à la charge de l'ONIAM. Quant au préjudice esthétique permanent :

40. L'expert a évalué le préjudice esthétique permanent subi par Mme B... à 3 sur une échelle de 7 en raison du steppage persistant et des nombreuses cicatrices engendrées par l'opération visant à réanimer la flexion dorsale de son pied. Il sera fait une juste appréciation de ce poste de préjudice en l'évaluant à la somme de 4 000 euros, laquelle sera répartie pour moitié (2 000 euros) entre le CH Sud Essonne et son assureur d'une part (condamnation solidaire), ainsi que l'ONIAM d'autre part. Quant au préjudice d'agrément :

41. Il résulte de l'instruction, notamment des attestations produites par Mme B..., que cette dernière pratiquait de manière régulière la marche récréative. Cette activité étant la seule qui apparaisse comme un loisir régulier, il sera fait une juste appréciation du préjudice d'agrément ainsi constitué en le fixant à la somme de 2 000 euros, répartie à raison de 1 000 euros pour le centre hospitalier ainsi que son assureur (condamnation solidaire) et 1 000 euros pour l'ONIAM.

42. Il résulte de tout ce qui précède que, d'une part, le CH Sud-Essonne et son assureur doivent être solidairement condamnés à verser à Mme B... une somme totale de 40 927 euros et à la CPAM de Loir-et-Cher une somme de 7 814,4 euros (ainsi que la moitié des frais d'orthèse engagés à compter du

18 juillet 2026) et que, d'autre part, l'ONIAM doit être condamné à verser à Mme B... une somme totale de 40 927 euros. Les conclusions de Mme B..., tendant à la condamnation solidaire de l'ensemble de ses débiteurs doivent ainsi, en application de ce qui a été dit au point 4, être rejetées, chacun d'entre eux ne pouvant être condamné qu'à hauteur de la réparation lui incombant.

Sur la demande d'expertise en aggravation :

43. Si Mme B... a subi le 23 avril 2015 une opération aux fins d'ablation du matériel d'ostéosynthèse (une plaque ainsi que quatre vis) mis en place lors de l'intervention initiale du 28 novembre 2011, il n'est cependant pas établi que cette nouvelle intervention aurait été rendue nécessaire par l'accident médical litigieux et la paralysie du nerf péronier qui s'en est suivie. Au contraire, les correspondances échangées entre le nouveau chirurgien de Mme B... et son médecin traitant, en particulier les courriers des 1er octobre et 26 novembre 2014, font apparaître que les douleurs ressenties par l'intéressée au niveau de son genou droit sont dues à la poursuite du processus dégénératif arthrosique. Ainsi, et quand bien même l'intéressée présenterait des douleurs dans les suites de l'intervention de 2015, celles-ci seraient dépourvues de lien avec le présent litige. Par suite, il n'y a pas lieu d'ordonner une seconde expertise et les conclusions susvisées doivent être rejetées.

Sur les frais d'instance :

44. Les dispositions de l'article L. 761-1 du code de justice administrative font obstacle à ce que soit mise à la charge de Mme B..., qui n'est pas la partie perdante dans la présente instance, la somme que demandent le CH Sud Essonne et son assureur au titre des frais exposés par eux et non compris dans les dépens. Il y a lieu en revanche, dans les circonstances de l'espèce, de mettre à la charge solidaire du CH Sud Essonne et de son assureur une somme de 2 000 euros à verser à Mme B... au titre des mêmes dispositions.

D É C I D E :

Article 1er : Le jugement n° 2006224 du 3 avril 2023 du tribunal administratif de Versailles est annulé en tant qu'il se prononce sur les conclusions indemnitaires présentées par Mme B... et la caisse primaire d'assurance maladie de Loir-et-Cher.

Article 2 : Le centre hospitalier Sud Essonne et son assureur AXA France Iard sont solidairement condamnés à verser à Mme B... la somme de 40 927 euros.

Article 3 : Le centre hospitalier Sud Essonne et son assureur AXA France Iard sont solidairement condamnés à verser à la caisse primaire d'assurance maladie de Loir-et-Cher la somme de 7 814,4 euros au titre de ses débours ainsi qu'à lui rembourser la moitié des dépenses exposées pour le compte de Mme B... à compter du 18 juillet 2026 au titre de ses frais d'orthèse triennaux.

Article 4 : L'ONIAM est condamné à verser à Mme B... la somme de 40 927 euros.

Article 5 : Le centre hospitalier Sud Essonne et son assureur AXA France Iard verseront solidairement à Mme B... la somme de 2 000 euros au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative.

Article 6 : Le surplus des conclusions des parties est rejeté.

Article 7 : Le présent arrêt sera notifié au centre hospitalier Sud Essonne, à son assureur la société AXA France Iard, à Mme C... B..., à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales et à la caisse primaire d'assurance maladie de Loir-et-Cher.

Délibéré après l'audience du 25 juin 2026, à laquelle siégeaient : Mme Ribeiro-Mengoli, présidente de chambre, Mme Bruno-Salel, présidente-assesseure, Mme Bahaj, première conseillère. Rendu public par mise à disposition au greffe le 17 juillet 2026. La rapporteure, C. Bahaj La présidente, N. Ribeiro-Mengoli La greffière, V. Malagoli La République mande et ordonne à la ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées en ce qui la concerne ou à tous commissaires de justice à ce requis en ce qui concerne les voies de droit commun contre les parties privées, de pourvoir à l'exécution

de la présente décision. N° 23VE00980 2