Cour administrative d'appel de Nancy, 20 octobre 2026, n° 22NC02147, ONIAM

Source : https://www.legifrance.gouv.fr/ceta/id/CETATEXT000055022866

Cour administrative d'appel de Nancy, 1ère chambre, formation à 3, 20 octobre 2026, n° 22NC02147, Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) c/ Société hospitalière d'assurances mutuelles (Relyens Mutual Insurance) Inédit au recueil Lebon

Vu la procédure suivante :

Procédure contentieuse antérieure :

La société hospitalière d'assurances mutuelles, devenue la société Relyens Mutual Insurance, a demandé au tribunal administratif de Strasbourg d'annuler le titre exécutoire émis à son encontre le 4 septembre 2020 par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales pour un montant de 154 825,01 euros à raison de l'indemnisation qu'il a versée à M. A... et de la décharger du paiement cette somme.

Par un jugement n° 2007033 du 14 juin 2022, le tribunal administratif de Strasbourg a déchargé la société hospitalière d'assurances mutuelles pour un montant de 109 758,01 euros et sur la demande reconventionnelle de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales a condamné la société hospitalière d'assurances mutuelles à verser à l'Office la somme de 6 740,55 euros au titre de la pénalité prévue par les dispositions de l'article L. 1142-15 du code de la santé publique.

Procédure devant la cour :

Par une requête et des mémoires enregistrés le 11 août 2022, le 20 novembre 2025 et le 23 février 2026, l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM), représenté par la SELARL Birot-Ravaut & Associés, demande à la cour : 1°) d'annuler ce jugement du tribunal administratif de Strasbourg du 14 juin 2022 ; 2°) de rejeter la demande de la société hospitalière d'assurances mutuelles devant le tribunal administratif de Strasbourg ; 3°) subsidiairement, en cas d'annulation du titre de perception exécutoire, de condamner à titre reconventionnel la société Relyens Mutual Insurance à lui régler la somme de 154 825,01 euros en remboursement de l'indemnisation versée à M. A..., en substitution de l'assureur ; 4°) en toute hypothèse, de condamner la société Relyens Mutual Insurance aux intérêts au taux légal à compter du 17 septembre 2020 et à la capitalisation des intérêts sur la somme objet du titre de perception exécutoire ; 5°) de condamner la société Relyens Mutual Insurance à lui verser la somme de 23 223,75 euros au titre de la pénalité prévue à l'article L. 1142-15 du code de la santé publique ; 6°) de condamner la société Relyens Mutual Insurance à lui régler la somme de 870,98 euros en remboursement des honoraires d'expertise ; 7°) de rejeter l'appel incident de la société Relyens Mutual Insurance ; 8°) d'appeler en déclaration de jugement commun la caisse primaire d'assurance maladie du Bas-Rhin ; 9°) de mettre à la charge de la société Relyens Mutual Insurance le versement d'une somme de 5 000 euros au titre des dispositions de l'article L. 761-1 du code de justice administrative.

Il soutient que :

- ainsi que l'a estimé le tribunal, la responsabilité des hôpitaux universitaires de Strasbourg est engagée à hauteur de 50 % ;

- s'agissant du déficit fonctionnel temporaire, contrairement à ce qu'a estimé le tribunal, il n'y a pas lieu de prononcer une décharge dès lors qu'il n'est pas établi que M. A... aurait été hospitalisé en raison de son accident vasculaire cérébral pendant dix jours même en l'absence de faute ;

- s'agissant des frais d'assistance pour tierce personne, contrairement à ce qu'a estimé le tribunal, il est justifié de la somme de 105 712,28 euros, laquelle notamment a été établie sur la base d'une aide de quatre heures par jour et après application du taux de perte de chance de 50 % ;

- s'agissant des frais d'adaptation du logement, l'Office justifie du montant de 4 045,73 euros, après application du taux de perte de chance de 50 % ;

- le titre exécutoire est régulier en la forme ;

- en cas d'annulation du titre exécutoire pour un motif de régularité, l'Office est fondé à demander à titre reconventionnel la condamnation de la société Relyens Mutual Insurance à lui régler la somme de 154 825,01 euros en remboursement de l'indemnisation versée à M. A..., en substitution de l'assureur ;

- compte tenu du quantum de la créance d'un montant justifié de 154 825,01 euros, l'Office est fondé à demander à ce que la société Relyens Mutual Insurance soit condamnée à lui verser une somme de 23 223,75 euros correspondant à 15 % du montant de la créance au titre de la pénalité prévue à l'article L. 1142-15 du code de la santé publique, l'assureur ayant refusé de formuler toute offre d'indemnisation à M. A... alors que l'expert et la commission de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux avaient retenu des manquements ;

- contrairement à ce qu'a estimé le tribunal, l'Office est fondé à demander la condamnation de la société Relyens Mutual Insurance au paiement des intérêts au taux légal sur la somme objet du titre exécutoire à compter de la date de réception de ce titre et à la capitalisation des intérêts ;

- contrairement à ce qu'a estimé le tribunal, l'Office est fondé à demander la condamnation de la société Relyens Mutual Insurance à l'indemniser des honoraires de l'expert qu'il a réglé à ce dernier pour un montant de 870,98 euros ;

- dans le cadre d'une bonne administration de la justice, il est sollicité la mise en cause de l'organisme social de M. A....

Par un mémoire enregistré le 24 janvier 2023, le centre hospitalier de Sélestat, représenté par la SCP Normand &Associés, a présenté des observations par lesquelles il demande à la cour : 1°) de rejeter la requête de l'ONIAM ; 2°) de rejeter les conclusions dirigées à son encontre par la société hospitalière d'assurances mutuelles, devenue la société Relyens Mutual Insurance ; 3°) de mettre à la charge de tout succombant le versement d'une somme 2 000 euros au titre des dispositions de l'article L. 761-1 du code de justice administrative.

Il soutient que :

- il n'a pas commis de faute dans la prise en charge du patient ;

- subsidiairement, une nouvelle expertise pourrait être diligentée.

Par des mémoires en défense, enregistrés le 8 février 2023 et le 23 décembre 2025, la société hospitalière d'assurances mutuelles, devenue la société Relyens Mutual Insurance, représentée par la SARL Le Prado-Gilbert, demande à la cour : 1°) de rejeter la requête de l'ONIAM ; 2°) d'annuler le titre de perception exécutoire du 4 septembre 2020 émis à son encontre par l'ONIAM ; 3°) de rejeter la demande de l'ONIAM tendant à sa condamnation à lui verser la pénalité prévue par le cinquième alinéa de l'article L. 1142-15 du code de la santé publique ; 4°) de mettre à la charge de l'ONIAM le versement d'une somme de 3 500 euros au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative.

Elle soutient que :

- elle abandonne ses moyens de première instance quant à la régularité en la forme du titre exécutoire ;

- s'agissant du déficit fonctionnel temporaire, le jugement sera confirmé dès lors que, même en l'absence de faute, il est plus que probable que M. A... aurait passé une dizaine de jours à l'hôpital en raison de son accident vasculaire cérébral ischémique ;

- s'agissant des frais d'assistance pour tierce personne, le jugement sera confirmé dès lors que l'expert a évalué à deux heures ces frais, que l'intéressé a connu plusieurs périodes d'hospitalisation et a perçu une allocation personnalisée d'autonomie et que la prise en compte du taux de perte de chance de 50 % n'est pas établie ;

- s'agissant des frais d'adaptation du logement, le devis produit à l'instance par l'ONIAM ne permet pas de justifier de la réalité de la dépense ;

- l'ONIAM ne peut demander des intérêts et leur capitalisation antérieurement au prononcé du jugement en raison du caractère suspensif lié à la contestation du titre exécutoire ;

- l'ONIAM ne justifie pas des frais d'expertise par l'attestation de paiement versée à l'instance ;

- la demande de l'ONIAM tendant à la mise en cause de l'organisme social de M. A... n'est pas justifiée ;

- les premiers juges ont omis de prononcer l'annulation du titre de perception exécutoire ;

- contrairement à ce qu'a jugé le tribunal, la pénalité au titre des dispositions de l'article L. 1142-15 du code de la santé publique n'était pas justifiée en l'absence de refus dilatoire de la société hospitalière d'assurances mutuelles de faire une proposition d'indemnisation.

La requête a été communiquée au service départemental d'incendie et de secours du Bas-Rhin qui n'a pas présenté d'observations.

Vu les autres pièces du dossier.

Vu :

- le code de la santé publique ;

- le code de la sécurité sociale ;

- 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 M. Michel, - et les conclusions de M. Denizot, rapporteur public.

Considérant ce qui suit :

1. M. A..., alors âgé de soixante-dix-sept ans, a présenté une faiblesse au niveau de la jambe gauche dans la nuit du 6 novembre 2016 et a appelé le centre 15, qui dépend des hôpitaux universitaires de Strasbourg, à 03 heures 14 minutes. Un véhicule de secours et d'assistance aux victimes du service départemental d'incendie et de secours (SDIS) du Bas-Rhin a été envoyé à son domicile et le médecin régulateur du centre 15 a décidé de son maintien à domicile. A la suite d'un deuxième appel au centre 15 à 05 heures 09 minutes par l'épouse de M. A..., en raison de la chute de ce dernier dans la salle de bains sans pouvoir se relever, un véhicule de secours et d'assistance aux victimes du SDIS du Bas-Rhin a été de nouveau envoyé et le médecin régulateur a décidé du maintien à domicile de M. A.... Deux appels au centre 15 ont été de nouveau effectués alors que l'équipe du SDIS se trouvait encore sur place. Au cinquième appel, le médecin régulateur a de nouveau décidé de son maintien à domicile. Finalement, à la suite d'un sixième appel à 06 heures 18 minutes, le médecin régulateur a envoyé une ambulance privée et, à 07 heures 49 minutes, M. A... a été transporté au service des urgences du centre hospitalier de Sélestat, où un scanner cérébral a été réalisé, évoquant un accident vasculaire cérébral ischémique. M. A... a été alors transféré vers l'unité neurovasculaire de Colmar, où il sera hospitalisé jusqu'au 5 décembre 2016, avant d'être pris en charge dans l'établissement de soins de suite et de réadaptation des Trois Épis jusqu'au 8 février 2017, date de son retour à domicile. M. A... a saisi la commission de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux d'Alsace. A la suite d'un rapport d'expertise, effectuée par un médecin urgentiste, du 17 septembre 2018 diligenté dans le cadre de la procédure

devant la commission de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux d'Alsace, la commission, par un avis du 8 novembre 2018, a estimé que la responsabilité des hôpitaux universitaires de Strasbourg était engagée et a alors invité leur assureur, la société hospitalière d'assurances mutuelles (SHAM) à adresser une offre d'indemnisation à M. A.... La SHAM ayant refusé de faire une offre d'indemnisation à M. A..., l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) s'est substitué à cet assureur en application des dispositions de l'article L 1142-15 du code de la santé publique, pour proposer une indemnisation transactionnelle de 154 825,01 euros que M. A... a accepté le 28 juillet 2020. L'ONIAM s'est trouvé, de ce fait, subrogé à hauteur des sommes versées dans les droits de M. A... contre l'auteur du dommage. L'Office a alors émis un titre de perception exécutoire le 4 septembre 2020 d'un montant de 154 825,01 euros à l'encontre de la SHAM. La SHAM a demandé au tribunal administratif de Strasbourg d'annuler ce titre et de la décharger de l'obligation de payer cette somme. Par un jugement du 14 juin 2022, le tribunal administratif de Strasbourg, par l'article 1er, a déchargé la SHAM pour un montant de 109 758,01 euros et, sur la demande reconventionnelle de l'ONIAM, a condamné, par l'article 2, la SHAM à verser à l'ONIAM une somme de 6 740,55 euros au titre de la pénalité prévue par les dispositions de l'article L. 1142-15 du code de la santé publique et a rejeté, par l'article 3, le surplus des demandes des parties. L'ONIAM relève appel de ce jugement et la SHAM, devenue la société Relyens Mutual Insurance, forme un appel incident dirigé contre l'article 2 du même jugement.

Sur la régularité du jugement attaqué :

2. Lorsqu'il prononce une décharge partielle de l'obligation de payer prévue par un titre exécutoire, le juge ne méconnaît pas son office en ne prononçant pas corrélativement l'annulation partielle de ce titre exécutoire. Par suite, contrairement à ce que soutient la société Relyens Mutual Insurance, les premiers juges en prononçant une décharge partielle n'ont pas entaché leur jugement d'irrégularité en ne prononçant pas l'annulation du titre de perception exécutoire en litige.

Sur le bien-fondé du titre de perception exécutoire :

En ce qui concerne le cadre juridique applicable au litige :

3. L'article L. 1142-1 du code de la santé publique prévoit que les conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins sont réparées par le professionnel ou l'établissement de santé dont la responsabilité est engagée. Les articles L. 1142-4 à L. 1142-8 et R. 1142-13 à R. 1142-18 de ce code organisent une procédure de règlement amiable confiée aux commissions régionales de conciliation et d'indemnisation. En vertu des dispositions de l'article L. 1142-14 du même code, si la commission régionale de conciliation et d'indemnisation, saisie par la victime ou ses ayants droit, estime que la responsabilité du professionnel ou de l'établissement de santé est engagée, l'assureur qui garantit la responsabilité civile de celui-ci adresse aux intéressés une offre d'indemnisation. Aux termes de l'article L. 1142-15 de ce code : « En cas de silence ou de refus explicite de la part de l'assureur de faire une offre (...), l'office institué à l'article L. 1142-22 est substitué à l'assureur. / Dans ce cas, les dispositions de l'article L. 1142-14, relatives notamment à l'offre d'indemnisation et au paiement des indemnités, s'appliquent à l'office, selon des modalités déterminées par décret en Conseil d'Etat. / L'acceptation de l'offre de l'office vaut transaction au sens de l'article 2044 du code civil (...) / L'office est subrogé, à concurrence des sommes versées, dans les droits de la victime contre la personne responsable du dommage ou, le cas échéant, son assureur ou le fonds institué à l'article L. 426-1 du même code. Il peut en outre obtenir remboursement des frais d'expertise. / En cas de silence ou de refus explicite de la part de l'assureur de faire une offre, ou lorsque le responsable des dommages n'est pas assuré, le juge, saisi dans le cadre de la subrogation, condamne, le cas échéant, l'assureur ou le responsable à verser à l'office une somme au plus égale à 15 % de l'indemnité qu'il alloue. / Lorsque l'office transige avec la victime, ou ses ayants droit, en application du présent article, cette transaction est opposable à l'assureur ou, le cas échéant, au fonds institué au même article L. 426-1 du code des assurances ou au responsable des dommages sauf le droit pour ceux-ci de contester devant le juge le principe de la

responsabilité ou le montant des sommes réclamées. Quelle que soit la décision du juge, le montant des indemnités allouées à la victime lui reste acquis ».

4. En application de ces dispositions, il incombe au juge, saisi d'une action de l'ONIAM subrogé, à l'issue d'une transaction, dans les droits d'une victime à concurrence des sommes qu'il lui a versées, lorsque la responsabilité du professionnel ou de l'établissement de santé est engagée, d'évaluer les préjudices subis afin de fixer le montant des indemnités dues à l'Office. Lorsqu'il procède à cette évaluation, le juge n'est pas lié par le contenu de la transaction intervenue entre l'ONIAM et la victime.

En ce qui concerne le déficit fonctionnel temporaire :

5. Il résulte de l'instruction et n'est d'ailleurs pas contesté en appel qu'en raison des manquements du médecin régulateur ayant conduit à un retard dans la prise en charge hospitalière de M. A..., la victime a perdu une chance de 50 % de ne pas présenter de séquelles de son accident vasculaire cérébral. Par suite, l'évaluation du préjudice subi par M. A... au titre du déficit fonctionnel temporaire total doit être indemnisé après application du taux de perte de chance précité, sans qu'il y ait lieu de déduire au titre de ce poste de préjudice une période d'hospitalisation de la victime résultant nécessairement de l'accident vasculaire cérébral de M. A.... Dès lors, l'ONIAM est fondé à soutenir que c'est à tort que, par le jugement attaqué, le tribunal a prononcé la décharge de l'obligation de payer à hauteur d'une somme de 130 euros pour une période de dix jours au titre de ce poste de préjudice.

En ce qui concerne les frais liés au handicap :

S'agissant de l'assistance par une tierce personne :

6. D'une part, le principe de la réparation intégrale du préjudice impose que les frais liés à l'assistance à domicile de la victime par une tierce personne, alors même qu'elle serait assurée par un membre de sa famille, soient évalués à une somme qui ne saurait être inférieure au montant du salaire minimum augmenté des charges sociales, appliqué à une durée journalière, dans le respect des règles du droit du travail. 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 sur la base d'une année de 412 jours.

7. D'autre part, en vertu des principes qui régissent l'indemnisation par une personne publique des victimes des dommages dont elle doit répondre, il y a lieu de déduire de l'indemnisation allouée à la victime d'un dommage corporel au titre des frais d'assistance par une tierce personne le montant des prestations dont elle bénéficie par ailleurs et qui ont pour objet la prise en charge de tels frais. Il en est ainsi alors même que les dispositions en vigueur n'ouvrent pas à l'organisme qui sert ces prestations un recours subrogatoire contre l'auteur du dommage. La déduction n'a toutefois pas lieu d'être lorsqu'une disposition particulière permet à l'organisme qui a versé la prestation d'en réclamer le remboursement au bénéficiaire s'il revient à meilleure fortune. Les règles rappelées ci-dessus ne trouvent à s'appliquer que dans la mesure requise pour éviter une double indemnisation de la victime. Par suite, lorsque la personne publique responsable n'est tenue de réparer qu'une fraction du dommage corporel, notamment parce que la faute qui lui est imputable n'a entraîné qu'une perte de chance d'éviter ce dommage, la déduction ne se justifie, le cas échéant, que dans la mesure nécessaire pour éviter que le montant cumulé de l'indemnisation et des prestations excède le montant total des frais d'assistance par une tierce personne.

8. Au titre de la période antérieure à la consolidation, il résulte de l'instruction que M. A... a eu besoin d'une assistance par tierce personne qu'il y a lieu d'évaluer compte tenu de son âge, de sa perte d'autonomie et de l'assistance pour les actes de la vie quotidienne par son épouse à quatre heures par jour pour la période allant du 8 février 2017 au 5 juin 2018. Compte tenu des besoins d'assistance par une tierce personne non spécialisée sur la base d'un montant moyen de 16 euros par heure, représentatif des valeurs du salaire minimum interprofessionnel de croissance et des taux moyens des cotisations sociales obligatoires sur cette période et tenant compte des congés payés et des jours fériés, le préjudice subi par M. A... s'élève à la somme de 34 892,45 euros. Le montant maximal indemnisable,

après application du taux de perte de chance de 50 %, s'élève à la somme de 17 446,22 euros. L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) versée à M. A... au cours de la période en cause s'établit à la somme de 2 967,13 euros. Le montant de cette somme cumulé avec le montant de la somme maximale indemnisable à la charge du débiteur demeure inférieur au montant total des besoins en assistance par tierce personne au titre de la période antérieure à la consolidation. Dès lors, il n'y a pas lieu de déduire dans la détermination du préjudice de M. A... la prestation d'APA qu'il a perçue.

9. Au titre de la période postérieure à la consolidation, il résulte de l'instruction que M. A... a eu besoin d'une assistance par tierce personne qu'il y a lieu également d'évaluer pour les mêmes motifs que ceux précédemment exposés à quatre heures par jour pour la période allant du 6 juin 2018 au 22 septembre 2019 sur la base d'un montant moyen de 16 euros par heure dont il convient de déduire les soixante-deux jours au cours desquels M. A... a été hospitalisé dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Au titre de cette période, le préjudice subi par M. A... s'élève à la somme de 29 763,33 euros. A compter du 23 septembre 2019, date à laquelle l'intéressé a eu quatre-vingt ans, ce préjudice s'élève, sur la base d'une rente à titre viager, à une somme de 213 079,80 euros. Le montant maximal indemnisable étant de 242 843,13 euros, après application du taux de perte de chance de 50 %, le préjudice s'élève à la somme de 121 421,56 euros. Le montant de l'APA versée à M. A... au cours de la période allant du 6 juin 2018 au 22 septembre 2019 s'établit à la somme de 3 546,71 euros et s'élève sur la base de la rente à titre viager à la somme de 28 660,96 euros, soit un montant total de 32 207,67 euros, sans qu'il y ait lieu de déduire les sommes relevant de l'aide ponctuelle d'hébergement., qui n'ont pas le même objet que les prestations d'assistance par tierce personne. Le montant de cette somme cumulée avec le montant de la somme maximale indemnisable à la charge du débiteur demeure inférieur au montant total des besoins en assistance par tierce personne au titre de la période postérieure à la consolidation. Dès lors, il n'y a pas lieu de déduire dans la détermination du préjudice de M. A... la prestation d'APA.

10. Il résulte de ce qui précède que le montant total du préjudice subi par M. A... au titre de l'assistance par tierce personne s'élève à la somme de 138 867,78 euros, d'un montant supérieur à l'obligation de payer mis à la charge de la SHAM par le titre de perception exécutoire en litige pour un montant de la somme de 105 712,28 euros. Dès lors, l'ONIAM est fondé à soutenir que c'est à tort que, par le jugement attaqué, le tribunal a déchargé la SHAM de l'obligation de payer la somme de 105 712,28 euros.

S'agissant des frais d'adaptation de logement :

11. Il résulte de l'instruction et n'est d'ailleurs pas contesté en appel que les séquelles de l'accident vasculaire cérébral de M. A... nécessitaient une adaptation de sa salle de bains. L'ONIAM qui verse à l'instance le devis du 17 décembre 2018 et justifie du versement au 10 septembre 2020 à M. A... d'une somme de 4 045,73 euros après application du taux de perte de chance de 50 %, établit le bien-fondé de la créance mise à la charge de la SHAM pour ce montant. Par suite, l'ONIAM est fondée à soutenir que c'est à tort que, par le jugement attaqué, le tribunal a déchargé la SHAM de l'obligation de payer la somme de 4 045,73 euros.

Sur le bien-fondé de la demande de l'ONIAM :

12. Aux termes de l'article L. 1142-15 du code de la santé publique : « En cas de silence ou de refus explicite de la part de l'assureur de faire une offre, ou lorsque le responsable des dommages n'est pas assuré ou la couverture d'assurance prévue à l'article L. 1142-2 est épuisée ou expirée, l'office institué à l'article L. 1142-22 est substitué à l'assureur. / Dans ce cas, les dispositions de l'article L. 1142-14, relatives notamment à l'offre d'indemnisation et au paiement des indemnités, s'appliquent à l'office, selon des modalités déterminées par décret en Conseil d'Etat. / L'acceptation de l'offre de l'office vaut transaction au sens de l'article 2044 du code civil. La transaction est portée à la connaissance du responsable et, le cas échéant, de son assureur ou du fonds institué à l'article L 426-1 du code des assurances. / L'office est subrogé, à concurrence des sommes versées, dans les droits de la victime contre la personne responsable du dommage ou, le cas échéant, son assureur ou le fonds institué à

l'article L. 426-1 du même code. Il peut en outre obtenir remboursement des frais d'expertise. / En cas de silence ou de refus explicite de la part de l'assureur de faire une offre, ou lorsque le responsable des dommages n'est pas assuré, le juge, saisi dans le cadre de la subrogation, condamne, le cas échéant, l'assureur ou le responsable à verser à l'office une somme au plus égale à 15 % de l'indemnité qu'il alloue. / Lorsque l'office transige avec la victime, ou ses ayants droit, en application du présent article, cette transaction est opposable à l'assureur ou, le cas échéant, au fonds institué au même article L. 426-1 du code des assurances ou au responsable des dommages sauf le droit pour ceux-ci de contester devant le juge le principe de la responsabilité ou le montant des sommes réclamées. Quelle que soit la décision du juge, le montant des indemnités allouées à la victime lui reste acquis ».

En ce qui concerne les intérêts et la capitalisation des intérêts :

13. Lorsqu'ils ont été demandés, et quelle que soit la date de cette demande, les intérêts moratoires courent à compter du jour où la demande de paiement du principal est parvenue au débiteur ou, en l'absence d'une telle demande préalablement à la saisine du juge, à compter du jour de cette saisine. La capitalisation des intérêts peut être demandée à tout moment devant le juge du fond, même si, à cette date, les intérêts sont dus depuis moins d'une année. En ce cas, cette demande ne prend toutefois effet qu'à la date à laquelle, pour la première fois, les intérêts sont dus pour une année entière.

14. L'office est recevable à présenter des conclusions tendant à la condamnation du débiteur en opposition à titre exécutoire à lui payer les intérêts au taux légal assortis, le cas échéant, de leur capitalisation, lorsque ces intérêts n'ont pas eux-mêmes été recouvrés par voie d'état exécutoire.

15. Il résulte de l'instruction que les intérêts au taux légal n'ont pas été recouvrés par la voie d'un titre de perception exécutoire. Par ailleurs, et contrairement à ce que soutient la société Relyens Mutual Insurance, l'effet suspensif du recours qu'elle a exercé contre le titre exécutoire initialement émis à son encontre par l'ONIAM n'est pas de nature à remettre en cause la production de tels intérêts par la somme qu'elle est condamnée à verser à l'ONIAM par le présent arrêt, dès la notification par l'ONIAM de sa première demande de paiement au principal.

16. En conséquence, la somme que la société Relyens Mutual Insurance est condamnée à verser à l'ONIAM pour un montant de 154 825,01 euros emportera intérêts au taux légal à compter du 17 septembre 2020, date de réception par la SHAM du titre exécutoire émis à son encontre par l'ONIAM le 4 septembre 2020. La capitalisation des intérêts a été demandée le 18 février 2022. Il y a lieu de faire droit à cette demande à compter du 18 février 2022, date à laquelle était due, pour la première fois, une année d'intérêts, ainsi qu'à chaque échéance annuelle à compter de cette date.

En ce qui concerne les frais d'expertise :

17. L'ONIAM est recevable à présenter, des conclusions tendant à la condamnation du débiteur en opposition à ce titre exécutoire à lui rembourser les frais d'expertise qu'il a pris en charge, en application du quatrième alinéa de l'article L. 1142-15 du code de la santé publique, lorsque ces frais n'ont pas été recouvrés par voie d'état exécutoire.

18. L'ONIAM justifie par l'attestation de paiement de son comptable avoir réglé le 31 octobre 2018 la somme de 870, 98 euros à l'expert au titre de sa mission réalisée le 4 septembre 2018. Alors qu'il résulte de l'instruction que les frais de l'expertise n'ont pas été recouvrés par la voie d'un titre exécutoire, ces frais pris en charge par l'ONIAM dans le cadre de la procédure engagée par M. A... devant la commission de conciliation et d'indemnisation d'Alsace, pour une somme de 870,98 euros, doivent être mis à la charge de la société hospitalière d'assurances mutuelles, désormais la société Relyens Mutual Insurance en raison des manquements de son assuré. Il résulte de ce qui précède que l'ONIAM est fondée à soutenir que c'est à tort que, par le jugement attaqué, le tribunal a rejeté cette demande et a en sollicité l'indemnisation pour ce montant.

En ce qui concerne la pénalité prévue par le cinquième alinéa de l'article L. 1142-15 du code de la santé publique :

19. Saisi de conclusions de l'ONIAM tendant à la condamnation de la personne responsable au versement de la pénalité prévue par le cinquième alinéa de l'article L. 1142-15 du code de la santé publique, il appartient au juge d'en fixer le taux sur la base de l'indemnité effectivement due par l'assureur de la personne déclarée responsable par la commission de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales.

20. Il résulte de l'instruction que la SHAM a refusé de proposer toute offre d'indemnisation à M. A.... Au regard notamment de l'expertise du 4 septembre 2018 et de l'avis rendu par la commission de conciliation et d'indemnisation d'Alsace relevant les manquements du service régulateur, il y a lieu, dans les circonstances de l'espèce, de condamner la société Relyens Mutual Insurance à verser à l'ONIAM une pénalité d'un montant de 23 223,75 euros sur le fondement du cinquième alinéa de l'article L. 1142-15 du code de la santé publique, correspondant à un taux de 15 % de l'indemnité de 154 825,01 euros due par la SHAM à l'ONIAM. Il résulte de ce qui précède que l'ONIAM est fondé à demander à ce que la somme de 6 740,55 euros que la société hospitalière d'assurances mutuelles, devenue la société Relyens Mutual Insurance, a été condamnée à verser à l'ONIAM au titre de cette pénalité par le jugement du tribunal administratif de Strasbourg soit portée à la somme de 23 223,75 euros.

Sur la demande de mise en cause de la caisse primaire d'assurance maladie du Bas-Rhin :

21. Il ne résulte ni de l'article L. 376-1 du code de la sécurité sociale ni d'aucune autre disposition législative ou réglementaire que les tiers payeurs ayant servi des prestations à la victime en raison de l'accident devraient être appelés en la cause lorsque le débiteur saisit le juge administratif d'une opposition au titre exécutoire. Toutefois, en cas d'annulation du titre exécutoire prononcée par le juge pour un motif de régularité en la forme, l'office est recevable à présenter, à titre subsidiaire, dans l'instance formée par le débiteur en opposition à ce titre exécutoire, des conclusions reconventionnelles tendant à la condamnation de ce dernier à lui verser les sommes ainsi dues, l'examen de telles conclusions par le juge supposant alors, en application de l'article L. 376-1 du code de la sécurité sociale, la mise en cause des tiers payeurs ayant servi des prestations à la victime.

22. Le titre exécutoire en litige n'étant pas annulé pour un motif de régularité en la forme, il n'y a pas lieu en l'absence de dispositions législatives ou réglementaires en ce sens d'appeler à la cause la caisse primaire d'assurance maladie du Bas-Rhin.

Sur les frais liés à l'instance :

23. En premier lieu, il y a lieu, dans les circonstances de l'espèce, de mettre à la charge de la société Relyens Mutual Insurance le versement à l'ONIAM d'une somme de 2 000 euros au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative. Les conclusions présentées au titre des mêmes dispositions par la société Relyens Mutual Insurance, partie perdante à l'instance, ne peuvent qu'être rejetées.

24. En deuxième lieu, le centre hospitalier de Sélestat n'a pas dans la présente instance la qualité de partie mais celle de simple observateur et n'aurait pas eu qualité pour former tierce opposition si il n'avait pas été invité à présenter des observations. Par suite, ses conclusions présentées au titre des dispositions de l'article L. 761-1 du code de justice administrative ne peuvent qu'être rejetées.

D E C I D E :

Article 1er : L'article 1er du jugement n° 2007033 du 14 juin 2022 du tribunal administratif de Strasbourg est annulé en tant qu'il a déchargé la société hospitalière d'assurances mutuelles, devenue la société Relyens Mutual Insurance, à verser à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales une somme limitée à un montant de 109 758,01 euros.

Article 2 : La demande de la société hospitalière d'assurances mutuelles, devenue la société Relyens Mutual Insurance, devant le tribunal administratif de Strasbourg tendant à la décharge de son obligation de payer la somme de 154 825,01 euros est rejetée.

Article 3 : L'article 3 du jugement n° 2007033 du 14 juin 2022 du tribunal administratif de Strasbourg est annulé en tant qu'il a rejeté les demandes de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales tendant au versement des intérêts moratoires et au remboursement des frais d'expertise.

Article 4 : La société Relyens Mutual Insurance est condamnée à verser à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales les intérêts moratoires sur la somme de 154 825,01 euros à compter du 17 septembre 2020. Ces intérêts seront capitalisés à compter du 18 février 2022.

Article 5 : La société Relyens Mutual Insurance est condamnée à verser à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales la somme de 870, 98 euros au titre des frais d'expertise.

Article 6 : La somme de 6 740,55 euros que la société hospitalière d'assurances mutuelles, devenue la société Relyens Mutual Insurance, a été condamnée à verser à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales au titre de la pénalité prévue par les dispositions de l'article L. 1142-15 du code de la santé publique par l'article 2 du jugement n° 2007033 du tribunal administratif de Strasbourg du 14 juin 2022 est portée à la somme de 23 223,75 euros.

Article 7 : Le jugement n° 2007033 du tribunal administratif de Strasbourg du 14 juin 2022 est réformé en ce qu'il a de contraire au présent arrêt.

Article 8 : La société Relyens Mutual Insurance versera à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales une somme de 2 000 euros au titre des dispositions de l'article L. 761-1 du code de justice administrative.

Article 9 : Le surplus des conclusions des parties est rejeté.

Article 10 : Le présent arrêt sera notifié à la société Relyens Mutual Insurance, à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, au centre hospitalier de Sélestat, au service départemental d'incendie et de secours du Bas-Rhin et à la ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées.

Délibéré après l'audience du 25 septembre 2026, à laquelle siégeaient : Mme Rousselle, présidente, Mme Guidi, présidente-assesseure, M. Michel, premier conseiller.

Rendu public par mise à disposition au greffe, le 20 octobre 2026.

Le rapporteur, Signé : A. Michel La présidente, Signé : P. Rousselle La greffière, Signé : I. Legrand