

Qualification de l'infection nosocomiale

Lire les conclusions de :

Marie Vigier-Carrière

Conclusions du rapporteur public

DÉCISION DE JUSTICE

CAA Lyon, 6ème chambre – N° 13LY01683 – 06 février 2014 – C [↗](#)

Requête jointe : N° 13LY01682

Arrêt annulé en cassation : voir CE - 21 juin 2013 - N° 347450 - Centre hospitalier du Puy-En-Velay - A

INDEX

Mots-clés

Infection nosocomiale, Présomption de responsabilité, Faute médicale, Preuve, Cause étrangère, L.1142-1 du code de la santé publique

Rubriques

Santé publique, Responsabilité

TEXTES



Résumé Conclusions du rapporteur public

Résumé

DECISION CE

¹ Responsabilité pour faute médicale - actes médicaux -Infections nosocomiales - Présomption de responsabilité de l'établissement sauf s'il rapporte la preuve d'une cause étrangère (art. L. 1142-1 du CSP- Définition de l'infection nosocomiale

² Si les dispositions du I de l'article L. 1142-1 du code de la santé publique (CSP) font peser sur l'établissement de santé la responsabilité des infections nosocomiales, qu'elles soient exogènes ou endogènes, à moins que la preuve d'une cause étrangère soit rapportée, seule une infection survenant au cours ou au décours d'une prise en charge et qui n'était ni présente, ni en incubation au début de la prise en charge peut être qualifiée de nosocomiale. Cf., sur le régime de présomption de responsabilité institué par l'article L. 1142-1 du CSP, CE, 10 octobre 2011, Centre hospitalier universitaire d'Angers, n° 328500, p. 458.

Conclusions du rapporteur public

Marie Vigier-Carrière

Rapporteur public à la cour administrative d'appel de Lyon

DOI : [10.35562/alyoda.6142](https://doi.org/10.35562/alyoda.6142)

¹ M.J., né en 1952, souffre d'une sigmoïdite récidivante, c'est-à-dire une inflammation infectieuse d'une partie du colon. Il a subi le 8 décembre 2005 une coelioscopie et une résection du colon au centre hospitalier du Puy-en-Velay. Faisant suite à cette opération et du fait de complications, 2 reprises chirurgicales sont pratiquées le lendemain. Fin décembre 2005, un bilan bactériologique révèle plusieurs infections graves dont l'intéressé a conservé des séquelles notamment une incapacité permanente partielle (IPP) de 20 %. Après une expertise médicale ordonnée par le Tribunal administratif de Clermont-Ferrand à sa demande, M. J. a recherché la responsabilité du Centre hospitalier, tandis que la CPAM de la Haute-Loire a demandé le remboursement de ses débours. Le Tribunal administratif de Clermont-Ferrand, par un jugement du 6 octobre 2009 n'a fait droit à aucune de leurs demandes, estimant que le Centre hospitalier du Puy en Velay n'avait commis de faute ni dans l'information du patient, ni dans la réalisation des interventions, ni dans le suivi postopératoire, et que l'établissement apportait la preuve d'une cause étrangère, exonératoire de responsabilité, dans l'apparition des complications infectieuses. En appel, au contraire, la CAA de Lyon a retenu la responsabilité du Centre hospitalier, partiellement fait droit aux demandes de M. J., et en totalité à celles de la CPAM. Sur pourvoi formé par le Centre hospitalier du Puy-en-Velay, le Conseil d'Etat, par une décision du 21 juin 2013, n° 347450, au Recueil, a annulé cet arrêt et a prononcé le renvoi à votre Cour de ces 2 dossiers pour lesquels nous présenterons des conclusions communes.

² - Sur le fond et s'agissant de la responsabilité du Centre hospitalier le CE dans sa décision du 21 juin 2013, a annulé l'arrêt de la Cour pour erreur de droit en se fondant sur les termes du I de l'article L1142-1 du code de la santé publique (CSP) qui prévoient que « Les établissements, services et organismes ...sont responsables des dommages résultant d'infections nosocomiales, sauf s'ils rapportent la preuve d'une cause étrangère » et précise que si ces dispositions font peser sur l'établissement de santé la responsabilité des infections nosocomiales, qu'elles soient exogènes ou endogènes, à moins que la preuve d'une cause étrangère soit rapportée, seule une infection survenant au cours ou au décours d'une prise en charge et qui n'était ni présente, ni en incubation au début de la prise en charge peut être qualifiée de nosocomiale...

3

Appliqué à l'affaire J., le CE considère que, pour retenir qu'il avait contracté une infection nosocomiale, la CAA de Lyon s'est bornée à constater que les suites opératoires avaient été compliquées par une multi-infection résultant, selon l'expert, de la dissémination de nombreuses colonies microbiennes ; qu'en retenant cette qualification sans rechercher si les complications survenues étaient soit consécutives au développement de l'infection préexistante, soit distinctes et liées à une nouvelle infection survenue au cours des soins prodigués au centre hospitalier du Puy-en-Velay, les juges d'appel ont commis une erreur de droit...

4

Ainsi, en présence d'une contestation du caractère nosocomial des complications infectieuses subies par M. J., vous devrez donc, nous semble-t-il, vous interroger sur le rattachement de ces complications infectieuses soit au développement d'infections préexistantes, excluant alors le caractère nosocomial, soit au contraire à l'apparition d'infections nouvelles, à partir de germes endogènes mais initialement non pathogènes, au cours des soins prodigués. (Cf. conclusions de Nicolas POLGE)

5

L'approche, il est vrai, est quelque peu compliquée en l'absence d'une définition légale de l'infection nosocomiale. Comme le rappelle les conclusions de Nicolas POLGE, étymologiquement, « nosocomial » ne signifie pas autre chose qu'« hospitalier » ou « lié aux soins médicaux » de sorte que, pour un esprit simple, si une infection est nosocomiale, il n'y a pas à priori de cause étrangère. S'il y en a une, c'est que l'infection n'est pas, à priori, nosocomiale... Le juge tente donc depuis plusieurs années de ciseler pragmatiquement une définition en fonction des cas qui lui sont présentés. Nous assistons avec cette décision du 21 juin 2013, à une nouvelle pierre dans l'élaboration d'une définition jurisprudentielle. Ainsi, depuis le jugement contesté, rendu en octobre 2009, le CE a, dans une décision du 10 octobre 2011, CHU d'Angers, n° 328500, au Recueil, renoncé à la notion d'infection nosocomiale endogène... Les hôpitaux engagent depuis lors leur responsabilité vis-à-vis des infections nosocomiales « qu'elles soient exogènes ou endogènes, à moins que la preuve d'une cause étrangère soit rapportée » ...voyez des applications en ce sens CE, 17 février 2012, M, n° 342366, aux Tables ou encore 15 mai 2013, CHU de Nantes, n° 348818...

6

S'agissant de la preuve de la cause étrangère que doit rapporter l'établissement de santé pour s'exonérer, la jurisprudence semble indiquer que les critères retenus pour qualifier la « cause étrangère » sont semblables à ceux de la « force majeure », soit l'extériorité, l'imprévisibilité et l'irrésistibilité... Or, dans le cas d'une infection nosocomiale, c'est 3 critères sont quasiment inapplicables... Voyez sur ce point, l'article de Me Caroline Lantero, AJDA 2013- page 2171

7

Dès lors, la décision Centre hospitalier du Puy-en-Velay du 21 juin 2013, semble prendre en compte cette difficulté en adoptant une définition élaborée par le Comité Technique des Infections Nosocomiales et des Infections Liés aux Soins (CTINILS), présenté en mai 2007 au Haut Conseil de la Santé Publique, laquelle précise les limites ou conditions pour qu'il y ait infection nosocomiale quand elle indique que « Seule une infection survenant au cours ou au décours d'une prise en charge et qui n'était ni présente ni en incubation au début de la prise en charge peut être qualifiée de nosocomiale ».

8

Autrement dit, une infection présente lors de l'admission n'est pas nosocomiale. On peut donc en déduire, qu'une infection est nosocomiale faute pour l'hôpital de démontrer que la victime était porteuse d'un foyer infectieux préexistant lors de l'admission. Par ailleurs, l'infection ne sera pas davantage nosocomiale si elle était en incubation au moment de l'admission... Selon le document remis en mai 2007 au Haut Conseil de la Santé Publique déjà cité, cette situation est caractérisée « quand la situation précise à l'admission n'est pas connue, alors un délai de 48 h après l'admission ...ou un délai supérieur à la période d'incubation lorsque celle-ci est connue...est communément accepté pour distinguer une infection d'acquisition nosocomiale d'une infection communautaire. » En fait, la reconnaissance ou non de l'infection nosocomiale par le juge prenait déjà en compte cette approche, souvent relayée depuis 2007 par les experts dans le cadre de leur rapport...Voyez un exemple entre autres CAA de Marseille, 15 février 2011, R. c/ AP de Marseille, n° 08MA03229...

9

Dans notre affaire, ou M. J. a été hospitalisé à l'occasion d'une maladie infectieuse, le CE reproche à la Cour de ne pas avoir recherché si le germe incriminé dans l'infection déclarée n'avait pas déjà constitué un foyer pré-infectieux... Il convient donc de vérifier si les complications infectieuses subies par M. J. sont dues soit au développement d'infections préexistantes, excluant alors le caractère nosocomial, soit au contraire à l'apparition d'infections nouvelles, à partir de germes endogènes mais initialement non pathogènes, au cours des soins prodigués. Il nous semble que M. J. se situe dans cette dernière hypothèse.

10

En effet, il résulte de l'expertise ordonnée par le Tribunal administratif, que M. J. avait été traité en juin 2004 par antibiothérapie pour une première crise de sigmoïdite diverticulaire, et avait dû être hospitalisé une semaine. En novembre 2005, il a été admis 48 H aux urgences du Centre hospitalier du Puy en Velay suite à une récurrence. Lors de ce séjour, il lui a été proposé de recourir à une intervention chirurgicale de résection par coelioscopie d'environ 20 cm de colon, opération, qui a été réalisée le 8 décembre 2005. Comme nous l'avons indiqué en introduction, suite à cette intervention, des complications ont nécessité 2 reprises chirurgicales

et entraîné plusieurs infections. L'expert indique dans son rapport qu'avant l'intervention chirurgicale « il n'y a pas de véritable phénomène infectieux » et explique que ces infections sont la conséquence du geste chirurgical de résection intestinale « qui libère obligatoirement, malgré toutes les précautions qui peuvent être prises, un certain nombre de germes intestinaux dans la cavité péritonéale ». Il en résulte, nous semble-t-il que les complications infectieuses qui sont survenues à la suite de l'opération subie par M. J. ne sont pas la conséquence du développement de l'infection pour laquelle le patient avait été pris en charge, mais ont été provoquées par le geste opératoire effectué au Centre hospitalier du Puy-en-Velay. Ainsi, si les infections en cause ont pour origine la flore microbienne endogène du patient, alors non pathogène, l'expert indique que pendant l'opération, donc au cours des soins prodigués, et malgré toutes les précautions prises, des germes ont été libérés, favorisant l'apparition des nouvelles infections post-opératoires. Il s'ensuit que les infections, dont M. J. a été victime, ont été contractées au cours de sa prise en charge par le Centre hospitalier du Puy-en-Velay et présente bien un caractère nosocomial. La responsabilité de ce Centre hospitalier est ainsi engagée en application des dispositions du §I de l'article L.1142-1 du code de la santé publique (CSP).

11 Enfin, pour être complet sans alourdir l'exposé, il ne résulte pas de l'instruction et notamment du rapport d'expertise, que les autres fondements de responsabilité invoqués devant les 1ers juges...soit la faute médicale, le défaut d'information du patient et l'indemnisation au titre de la solidarité nationale... puissent être retenus.

12 - S'agissant maintenant de l'évaluation des préjudices....

13 1/Sur les dépenses de santé,

14 La CPAM de la Haute-Loire demande à être indemnisée au titre de frais d'hospitalisation de frais médicaux et pharmaceutiques pour un montant total de 154 858, 26 €. Mais le Centre hospitalier lui reproche de ne pas avoir « distingué entre les frais exposés en raison de l'état initial du patient et ceux liés à l'infection ». L'expert évalue la durée normale d'hospitalisation à environ 15 jours soit du 8 décembre 2005, date de l'opération au 22 décembre, soit 2/3 de la période d'hospitalisation de 3 semaines. Le décompte de la CPAM fait apparaître, pour cette période allant du 9 décembre 2005 au 1er janvier 2006, un montant de 25 478 € et après déduction des 2/3 (16985 €), les dépenses de santé dues à la CPAM s'élèvent au montant de 137 873 €.

15 2/ Sur les préjudices professionnels de M. J.,

16 Selon le rapport d'expertise, M. J. est dans l'impossibilité de reprendre l'activité de rénovation d'appartements, en vue de leur location ou de leur revente, qu'il exerçait avant son opération.

Toutefois, l'intéressé ne vous produit aucune précision sur les revenus éventuels qu'il en retirait et n'établit donc ni le principe ni de l'étendue du préjudice professionnel allégué.

3/ Sur les préjudices personnels de M. J.,

Selon notamment l'expertise produite, M. J., alors âgé de 53 ans et dont l'état est regardé comme consolidé au 17 juillet 2006, a connu une période d'incapacité temporaire totale de 3 mois et demi et demeure atteint d'une incapacité permanente partielle évaluée à 20 % et, au regard du référentiel de l'ONIAM, il sera fait une juste appréciation de ces 2 préjudices en les évaluant respectivement à 1200 € et de 20 000 €. Par ailleurs, il a subi des douleurs, évaluées à 4/7, ainsi qu'un préjudice esthétique modéré, évalué, sur la même échelle, à 3/7... et il sera fait, au regard du référentiel ONIAM, une juste appréciation de ces préjudices en les évaluant respectivement à 5 400 € et 3400 €. L'indemnisation totale des préjudices de M. J. sera donc de 30 000 €.

Par ailleurs, vous pourrez faire droit à la demande de la CPAM de la Haute-Loire quant aux intérêts des sommes qui lui sont dues à compter du 26 décembre 2008, date d'enregistrement de ses conclusions indemnitaires au greffe du TA compléter d'une capitalisation de ces intérêts, présentée devant la Cour le 9 décembre 2009. Mais à cette date il n'était pas dû une année d'intérêts aussi elle ne prendra effet qu'à compter du 9 décembre 2010, et à chaque échéance annuelle ultérieure à compter de cette date...Voyez CE, 10 août 2005, Sté Entreprise de TP de l'Ouest, n° 259444...

Vous pourrez, comme elle le demande également, mettre à la charge du Centre hospitalier, l'indemnité forfaitaire de 1028 € (arrêté du 10-12-2013) en vertu de l'article L.376-1 du code de la sécurité sociale (CSS).

Quant aux frais d'expertise, liquidés et taxés à la somme de 1000 € par ordonnance du président du Tribunal administratif de Clermont - Ferrand du 2 avril 2008, nous vous proposons de les mettre à la charge du Centre hospitalier du Puy-en-Velay.

Enfin, au titre de l'article L.761-1 du code de justice administrative (CJA), nous proposons que le Centre hospitalier du Puy-en-Velay verse respectivement à M. J. et à la CPAM de la Loire, la somme de 1500 €.

Par ces motifs, nous concluons :

à l'annulation du jugement du Tribunal administratif de Clermont Ferrand en date du 6 octobre 2009.à ce que le centre hospitalier du Puy en Velay soit condamné à verser d'une part à M. J. la somme de 30 000 € et d'autre part à la CPAM de la Haute Loire, la somme de 137 873 € assortie des intérêts dus et de leur capitalisation ainsi que de l'indemnité forfaitaire de 1028 €.à ce que les frais d'expertise d'un

montant de 1000 € soient pris en charge par le Centre hospitalier.et à ce que ce Centre hospitalier verse à chaque requérant la somme de 1500 € au titre des frais exposés non compris dans les dépens.