

Indemnisation des Infections Nosocomiales et Jurisprudences

Réunion des représentants des usagers de
Midi Pyrénées

La lutte contre les Infections Nosocomiales a débuté en France il y a une vingtaine d'années. Même si les statistiques montrent une évolution favorable, il est encore impossible de se satisfaire pleinement de la situation actuelle : près de 4,97% des patients hospitalisés contractent une infection à l'hôpital. Ce risque pouvant atteindre 22,40 % dans des services à risque tels que la réanimation

Ce constat permet d'expliquer le développement d'un contentieux dans ce domaine.

Le dispositif antérieur à la loi du 4 mars 2002 = une disparité jurisprudentielle

Il est nécessaire de rappeler la particularité française qui consiste à avoir 2 ordres de juridiction (civile ou administrative). Cette dichotomie amène une disparité dans le régime de réparation des accidents médicaux, qui consiste à être indemnisé différemment selon que le dommage résulte d'une activité médicale effectuée dans un établissement privé ou dans un établissement public

Toutefois, les 2 juridictions appliquent le grand principe qui prévaut pour obtenir réparation du dommage, et engager la responsabilité de l'E, l'existence d'une **faute avérée** (faute lourde) dans l'acte médical, d'un lien de causalité ou d'imputabilité entre la faute et le dommage.

Une 1^{er} condamnation, pour une infection, est acceptée par **le juge administratif** (CE 18 novembre 1960 Savelli)

Il développe le régime de **présomption de faute simple** à charge pour l'Etablissement Public d'établir la preuve contraire d'une éventuelle faute de sa part. Il va confirmer ce nouveau régime par 2 autres arrêts (juillet 1959 et février 1962)

« *Chaque fois qu'un acte de soins courant ou bénin est la cause directe de dommages particulièrement graves pour le patient, le juge considère que ces conséquences anormalement graves révèlent une faute de service - pour pouvoir indemniser la victime, le juge administratif va alors disqualifier l'acte médical et le considérer comme relevant de l'organisation et le fonctionnement du service* »

L'arrêt de principe du CE - COHEN – 9 décembre 1988 - pose le principe selon lequel « *la présence dans l'organisme d'un patient hospitalisé d'un germe microbien révèle une **faute dans l'organisation et le fonctionnement du service** à qui il incombe de fournir un matériel et des produits stériles et ce malgré l'absence de toute faute de la part des praticiens concernés* »

Cet arrêt est confirmé par l'arrêt BAILLY de 1989

le juge civil reste sur sa position, qui veut que la réparation des Infections se base sur celle des autres préjudices découlant de l'activité médicale, imposant à la victime d'apporter la preuve d'une faute, un dommage et un lien de causalité

Par un arrêt du **21 mai 1996 la Cour de Cassation** s'aligne sur le juge administratif et pose le principe d'une présomption de responsabilité pour les Etablissements privés en énonçant « *une clinique est présumée responsable d'une Infection contractée par un patient lors d'une intervention pratiquée dans une salle d'opération, à moins de prouver l'absence de faute de sa part* »

Les cliniques sont tenues à une **obligation de moyens** mais pouvaient s'exonérer de leur responsabilité en prouvant l'absence de faute. La preuve du respect des règles d'hygiène et d'asepsie constituait une preuve exonératoire

Progressivement les juridictions civiles ont limité l'exonération des cliniques jusqu'à consacrer **une obligation de sécurité et de résultat** (3 arrêts rendus par la Cour de Cassation, le 29 juin 1999 : arrêts Staphylococcus aureus)

Seule la preuve d'une **cause étrangère** qui revêt les caractéristiques de **la force majeure**, à savoir, l'extériorité (le fait d'un tiers visiteur), l'imprévisibilité, et

l'irrésistibilité, exonère le professionnel de santé de son obligation de sécurité et de résultat

Toutefois par un arrêt en date du 27 mars 2001 la Cour de Cassation laisse à la charge du patient la preuve du caractère nosocomial de l'Infection et la 1^{ière} Chambre Civile le 18 janvier 2005 énonce que cette preuve est « *facilement rapportée par expertise médicale et la théorie du faisceau d'indices concordants à laquelle recourt souvent le juge...* »

Les avancées dues à la loi du 4 mars 2002 = vers une uniformisation légale de l'indemnisation, protectrice du patient

La Loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, instaure un mécanisme de réparation qui s'applique uniquement aux accidents médicaux, aux affections iatrogènes et aux Infections Nosocomiales survenus à compter du 1^{er} septembre 2001, en créant les Commissions régionales d'Indemnisation et de Conciliation (CR-CI) et son corolaire, l'Office National d'indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM) – son bailleur de fonds, tout en unifiant les délais de prescription à 10 ans (antérieurement : 4 ans pour les Centres Hospitaliers et 30 ans pour les cliniques),

Ce nouveau régime de réparation aligne la responsabilité administrative sur la responsabilité judiciaire, tout en retenant une **obligation de sécurité de résultat en matière d'INC (Art L 1142-1)**

Désormais une responsabilité de plein droit pèse sur les professionnels et tous les établissements de santé qu'ils soient publics ou privés. Ceux-ci ne pourront s'exonérer en matière d'INC qu'en **rapportant la preuve de la cause étrangère**

Ce régime d'indemnisation est un dispositif globalement satisfaisant car unifie les règles de fond et permet notamment, par l'intermédiaire des CR-CI de bénéficier d'une procédure ad hoc simple, rapide et gratuite, mais présentant certaines contraintes

Les demandes d'indemnisation des INC n'étaient recevables devant la CR-CI que si il n'y avait pas eu de faute de la part du praticien ou que l'établissement avait pu démontrer l'existence d'une cause étrangère

Le texte conditionne l'indemnisation au DC de la victime ou à un taux d'incapacité permanent IPP > à 24 %, ou un arrêt de travail de 6 mois consécutifs ou non consécutifs sur un an

A titre exceptionnel est également rempli le fait de gravité si le fait générateur a occasionné

- une inaptitude définitive à l'exercice de l'activité professionnelle
- des troubles particuliers graves dans les conditions d'existence

Ce régime jurisprudentiel favorable aux victimes va créer de réelles difficultés pour les professionnels et les Etablissements pour s'assurer, les assurances professionnelles étant obligatoires à l'exercice de la médecine : *« cette loi attendue depuis trop longtemps par les victimes, a cependant imposé des obligations juridiques sans se préoccuper de leur faisabilité économique ... »*.

Aussi pour remédier au double inconvénient de la dualité des régimes juridiques d'indemnisation des Infections nosocomiales et d'une évolution préjudiciable à l'assurabilité des Etablissements et des professionnels, le législateur intervient une 2^{ème} fois en 2002 dans un triple objectif

- **Uniformiser les régimes applicables** : *« pour les victimes les différences de procédures et de JRP n'ont pas de fondement en terme d'équité... »*
- **Favoriser la responsabilisation des Etablissements de santé dans la lutte contre les Infections Nosocomiales**
- **Concilier le droit à indemnisation des victimes avec la nécessité de garantir l'assurance des E et des professionnels de santé**

Ainsi la loi du 30 décembre 2002 dite loi About relative à la responsabilité civile médicale, fut adoptée afin de parvenir à un juste équilibre entre le droit de la victime et la sauvegarde de la possibilité de pouvoir s'assurer pour les professionnels et E de santé – elle est venue alléger la responsabilité des Etablissements dans les hypothèses où leur responsabilité est engagée, en transférant l'indemnisation des Infections Nosocomiales les plus graves à la solidarité nationale via l'ONIAM

Art L 1142-1-1 (CSP) « pour les dommages les plus graves et uniquement pour les soins réalisés à partir du 1^{er} janvier 2003 dans un ES, l'indemnisation est prise en charge au titre de la solidarité nationale (ONIAM) même si les conditions d'indemnisation au titre de l'un des deux régimes sont remplies (le professionnel de santé a commis de faute, l'ES n'a pu établir la preuve d'une cause étrangère)

Un recours subrogatoire de l'ONIAM à l'encontre de l'Etablissement est possible en cas de faute établie de celui-ci notamment, le manquement caractérisé aux obligations posées par la réglementation en matière de lutte contre les Infections (art L 1142-17-1 CSP)

En cas de rejet par la CR-CI (1/4 de demandes sont rejetées pour incompétence par rapport au seuil de gravité insuffisant) la victime a 2 alternatives

- Se tourner vers la voie judiciaire
- Saisir la CR-CI mais cette fois d'une demande de Conciliation

Une nouvelle dualité de jurisprudence à propos du caractère exogène ou endogène de l'infection

Une application de principe veut que seule la cause étrangère soit exonératoire de responsabilité.

Aussi la cause étrangère invoquée le plus souvent, est la faute de la victime constituée par le fait que celle-ci **était porteur d'un germe infectieux** au moment de son hospitalisation. En effet selon une jurisprudence constante du juge administratif, dans ce cas la responsabilité de l'Etablissement ne saurait être recherchée, il appartient alors à celui-ci de rapporter la **preuve de l'existence de l'infection antérieure à la prise en charge des soins**.

La position soutenue par les juges du fond illustre l'existence d'une difficulté non résolue : l'absence de définition légale des Infections Nosocomiales est aujourd'hui à l'origine d'une nouvelle disparité de Jurisprudence entre les 2 ordres judiciaires.

Le législateur s'est abstenu délibérément de donner une définition de l'Infection nosocomiale indemnisable – cette absence permet d'éviter une définition médicale trop restrictive « *qui n'a pas sa place ici, dans une logique contentieuse où la Jurisprudence devra statuer sur des cas concrets ...*»

Particularisme de la Jurisprudence administrative

La théorie dégagée par le juge administratif, soutenue par un courant de doctrine veut que le caractère endogène de l'Infection, exclut tout droit à indemnisation pour le patient, Car cette contamination, se développe à partir des bactéries qu'abrite habituellement le patient.

Toutes mesures d'asepsie ne permettent malheureusement pas de prévenir ce type d'infection, il est difficilement accessible aux méthodes de prévention classique. De ce fait le Conseil d'Etat a pris en considération ce constat et suit le raisonnement établi par certains auteurs qui consiste à n'instituer cette présomption de faute que pour les seules Infections **résistibles et maîtrisables** contre lesquelles l'Etablissement peut mettre en place des mécanismes pour les éviter.

Seules les **Infections dites exogènes**, font présumer une faute dans l'organisation et le fonctionnement du service.

Toutefois dans Arrêt Cour Administrative d'Appel de Lyon 15 juin 2007 Affaire D. Zuretti, le Conseil d'Etat énonce « *qu'un malade en déficience immunitaire ne peut engager la responsabilité de l'Etablissement pour Infection car l'aspergillose pulmonaire qui l'a emporté était consubstantielle à sa pathologie* »

Pour celles à caractère endogène, la **preuve d'une faute doit être rapportée**

Le CE va alors développer une JRP constante, distinguant les Infections endogènes des infections exogènes (Arrêts CE 15 décembre 2000 // Castanet – CE 27 septembre 2002- CE 18 mai 2005 - CE Pierre L... du 25 octobre 2006 – CAA de Nancy 5 avril 2007)

Le Tribunal Administratif de Paris 24 juin 2008 : retient **la faute de la victime** ici constituée par l'automédication ayant favorisé le développement du germe

Régime élaboré par la JRP civile

Cette distinction entre Infection endogène et exogène n'a pas son équivalent dans la Jurisprudence civile

Pour la Cour de Cassation, il n'en est rien, le régime d'exonération est inchangé et elle rappelle qu'en la matière la responsabilité de plein droit existe et que seule la cause étrangère est exonératoire de responsabilité (Chambre Civile du 4 avril 2006 Lévy // Rault et autres : les caractères d'imprévisibilité et d'irrésistibilité sont exigés); de plus elle énonce que l'infection sera caractérisée comme telle, quelle qu'en soit son origine (Cour de Cassation du 14 juin 2007).

Cour d'Appel de Rennes 8 décembre 2004 « *l'origine endogène du germe n'est souvent qu'une hypothèse vraisemblable sans qu'il soit possible d'en acquérir a posteriori la certitude ...* »

La Haute Cour vient faciliter cette preuve en jugeant qu'elle peut être rapportée «*par des présomptions graves et concordantes...* »

(Cour d'Appel d'Aix en Provence 17 septembre 2002 précise que *les différentes procédures d'asepsie, employées ne sont pas de nature à exonérer l'Etablissement.....*)

Récemment, un arrêt de la Cour d'appel de Paris du 16 novembre 2007 vient d'ouvrir une brèche, en considérant que « *si l'introduction du germe (en l'espèce une nécrose) a pour origine une complication de l'intervention elle-même (pose d'une prothèse), celle-ci constitue une cause étrangère de responsabilité* »

Dans l'attente d'une confirmation de la Haute Cour de Juridiction civile afin que soit infirmé ou conforté cet arrêt

De fait l'objectif d'unification souhaité par la loi du 4 mars 2002 n'est que partiellement atteint, les 2 Jurisprudences divergent sur le champ d'application de ce nouveau régime autour de la notion d'Infection endogène et exogène

Evolution en matière d'indemnisation de l'hépatite C

En s'abstenant de donner une définition stricte d'une infection nosocomiale, le législateur conduit à une confusion. La Cour de Cassation a ainsi pu faire application du régime général des Infections nosocomiales à une infection par le virus de l'hépatite C dont l'indemnisation est pourtant couverte par un régime légal spécifique

La Cour de Cassation en date 23 avril 2003 justifie sa position « *il suffit qu'il y ait des présomptions suffisamment graves et concordantes pour conclure à l'existence d'un lien de causalité entre les transfusions et la contamination par le virus de l'HC....* »

Dans un arrêt récent du Conseil d'Etat du 29 juin 2009 (AP-HP) la contamination par le VHC peut être qualifiée de Nosocomiale « *indépendamment de toutes autres sources de contamination possibles, la responsabilité de l'EP est engagée car l'introduction accidentelle d'un agent pathogène dans le corps du patient à l'occasion d'un acte de soins révèle une faute dans l'organisation et le fonctionnement du service..* »

La loi du 17 décembre 2008 a confié à l'ONIAM la mise en place d'un nouveau dispositif de règlement amiable des contaminations transfusionnelles par le VHC – quelle que soit la date de contamination (en attente des décrets d'application)