



HAL
open science

Une infection déclarée à l'hôpital n'est pas nécessairement une infection contractée à l'hôpital

Caroline Lantero

► **To cite this version:**

Caroline Lantero. Une infection déclarée à l'hôpital n'est pas nécessairement une infection contractée à l'hôpital. *Actualité juridique Droit administratif*, 2013, 37, pp.2171. halshs-02220162

HAL Id: halshs-02220162

<https://shs.hal.science/halshs-02220162>

Submitted on 12 May 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Une infection déclarée à l'hôpital n'est pas nécessairement une infection contractée à l'hôpital

AJDA, 4 novembre 2013, p. 2171

Caroline LANTERO, Docteure en droit public, Avocate.

CE 21 juin 2013, Centre hospitalier du Puy en Velay, n° 347450, publié au Recueil.

Par un arrêt du 21 juin 2013, le Conseil d'État précise à nouveau la définition de l'infection nosocomiale, et pour la première fois depuis la loi du 4 mars 2002, en resserre les contours. Dans un régime de responsabilité de plein droit de plus en plus élargie, il ne suffit désormais plus de déclarer une infection à l'hôpital pour qu'elle soit qualifiée de nosocomiale.

1. Considérant qu'il ressort des pièces du dossier soumis aux juges du fond que M. Jourdain, présentant une sigmoïdite récidivante, a subi le 8 décembre 2005 une coelioscopie et une résection du colon au centre hospitalier du Puy-en-Velay ; qu'à la suite de différentes complications, ayant nécessité des reprises chirurgicales elles-mêmes à l'origine de nouvelles complications infectieuses, il a conservé des séquelles qui l'ont conduit à rechercher la responsabilité du centre hospitalier du Puy-en-Velay au titre, d'une part, de fautes qui auraient été commises dans sa prise en charge et, d'autre part, de la survenue d'une infection nosocomiale ; que, par un jugement du 6 octobre 2009, le tribunal administratif de Clermont-Ferrand a rejeté la demande de M. Jourdain ainsi que les conclusions présentées par la caisse primaire d'assurance maladie de la Haute-Loire ; que, par un arrêt du 6 janvier 2011, la cour administrative d'appel de Lyon, jugeant que le centre hospitalier du Puy-en-Velay était tenu de répondre des dommages résultant de l'infection nosocomiale alléguée, a censuré la décision des premiers juges et fait droit tant aux demandes indemnitaires de M. Jourdain qu'aux conclusions présentées par la caisse d'assurance maladie ; que le centre hospitalier du Puy-en-Velay se pourvoit en cassation contre cet arrêt ;

2. Considérant qu'aux termes du I de l'article L. 1142-1 du code de la santé publique : « *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. / Les établissements, services et organismes susmentionnés sont responsables des dommages résultant d'infections nosocomiales, sauf s'ils rapportent la preuve d'une cause étrangère* » ; 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. Considérant qu'il ressort des pièces du dossier soumis aux juges du fond que M. Jourdain présentait, à son admission au centre hospitalier du Puy-en-Velay, une maladie infectieuse qui a motivé l'intervention chirurgicale pratiquée ; que, pour retenir qu'il avait contracté une infection nosocomiale, la cour administrative d'appel 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 ; que, par suite, et sans qu'il soit besoin d'examiner les autres moyens du pourvoi, le centre hospitalier du Puy-en-Velay est fondé à demander l'annulation de l'arrêt attaqué ;

4. Considérant que les dispositions de l'article L. 761-1 du code de justice administrative font obstacle à ce qu'une somme soit mise à ce titre à la charge du centre hospitalier du Puy-en-Velay qui n'est pas, dans la présente instance, la partie perdante ;

DECIDE :

Article 1^{er} : L'arrêt de la cour administrative d'appel de Lyon n° 09LY02761-09LY02780 du 6 janvier 2011 est annulé.

Article 2 : L'affaire est renvoyée à la cour administrative d'appel de Lyon.

Article 3 : Les conclusions de la caisse primaire d'assurance maladie de Haute-Loire au titre des dispositions de l'article L. 761-1 du code de justice administrative sont rejetées.

Article 4 : La présente décision sera notifiée au centre hospitalier du Puy-en-Velay, à M. Rémy Jourdain et à la caisse primaire d'assurance maladie de Haute-Loire.

*

Un patient souffrant d'une sigmoïdite diverticulaire ou plus prosaïquement une infection du côlon avait subi une intervention sous coelioscopie à fin de résection à la suite de laquelle il avait souffert de multiples complications infectieuses qu'il imputait à sa prise en charge par le centre hospitalier. Classiquement, en effet, les germes microbiens présents dans l'intestin avaient muté et entraîné un sepsis. En première instance, le tribunal administratif de Clermont-Ferrand avait rejeté la requête sur le fondement - alors admis - du caractère endogène du germe incriminé (TA Clermont-Ferrand, 6 octobre 2009, n° 081701). En appel, la cour administrative d'appel de Lyon avait annulé le jugement, sur le fondement - pas encore consacré par le Conseil d'État - de ce que le caractère endogène d'un germe ne suffisait pas à caractériser une cause étrangère (CAA Lyon, 6 janvier 2011, n° 09LY02761). En cassation, la Haute juridiction annule l'arrêt de la cour sur le fondement - assez logique - de ce qu'une infection qui se déclare à l'hôpital n'est pas *ipso facto* nosocomiale.

Dans ce nouvel épisode consacré au régime de responsabilité des infections nosocomiales, cette décision offre un élément complémentaire de définition juridique de l'infection nosocomiale. Il ne sera pas question ici de retracer la construction de ce régime (voir nota. C. Alonso, La responsabilité du fait des infections nosocomiales : état des lieux d'un régime en devenir, RFDA 2011. 329), ni de

commenter sa complexité notamment au regard du régime de réparation (voir nota. C. Lantero, « Priorité à l'indemnisation sur la désignation du responsable pour les infections nosocomiales – Note sous CE 21 mars 2011, CH Saintes, n°334501 », Gaz.Pal., n°s 215 à 216, août 2011, pp. 11-14) mais de souligner l'importance de donner une définition à son objet. En effet, il s'agit d'un régime dont l'objet n'a pas de définition légale. Celle-ci a seulement été le fruit d'une construction jurisprudentielle à laquelle participe l'arrêt commenté. Le juridique y rencontre l'épidémiologique et des contours sont donnés à une responsabilité de plein droit abusivement considérée comme « absolue ».

I) Une définition extensive de l'infection nosocomiale

« Considérant que si [les dispositions de l'article L. 1142-1 I du code de la santé publique] 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 »

A) Les infections nosocomiales exogènes ou endogènes

L'absence de définition légale de l'infection nosocomiale soulève une légitime perplexité quant à l'articulation de ce qu'est une infection nosocomiale, avec ce que pourrait être une cause étrangère exonératoire de responsabilité. La première est en effet, par définition, contractée à l'hôpital. De sorte que si une infection est nosocomiale, il n'y a *a priori* pas de cause étrangère. S'il y a une cause étrangère, c'est que l'infection n'est *a priori* pas nosocomiale.

Le législateur a donc laissé au juge le soin de résoudre l'aporie.

Partant, le juge administratif avait admis qu'une infection résultant de germes déjà présents dans l'organisme du patient avant l'hospitalisation puisse être exonératoire de responsabilité en tant qu'il s'agissait d'une infection nosocomiale « endogène » (CE 27 septembre 2002, *Mme N. c/ Centre hospitalier intercommunal de Créteil*, req. n° 211370, rec. p. 13). Dans cette affaire, des germes typiquement locaux avaient causé une salpingite lors d'un accouchement. Selon la même logique, les infections causées par des germes intestinaux, nécessairement déjà présents dans l'organisme, étaient également considérées comme endogènes alors même que lesdits germes se propageaient à la suite d'une blessure du côlon (CAA Marseille, 28 mai 2009, n° 07MA03527). *A contrario*, un germe purement exogène, communément désigné comme « germe hospitalier » dont la contamination provoquait une infection, permettait la qualification d'infection nosocomiale (par ex CAA Nancy, 17 février 2011, n° 10NC00162).

En 2007, le juge judiciaire renonçait à admettre que le caractère endogène (c'est-à-dire provenant de la victime) d'un germe puisse être nécessairement constitutif d'une cause étrangère (Cass. Civ. 1ère, pourvoi n° 06-10812, Bull. 2007, I, n° 233). En 2009, la cour administrative d'appel de Lyon jugeait également que le caractère endogène des germes responsables de l'infection contractée par la patiente ne rapportait pas en lui-même la preuve d'une cause étrangère (CAA Lyon, 26 mai 2009, *Guillot*, req. n° 06LY00696), suivie en cela par la cour administrative de Marseille (CAA Marseille 15 févr. 2011, *Rey c/ Assistance publique de Marseille*, req. n° 08MA03229). Puis, le Conseil d'État a précisé que des germes endogènes ne permettent pas en soi de conclure à une infection elle-même endogène (CE 2 févr. 2011, *Leverne*, req. n° 320052, AJDA 2011. 250 ; RDSS 2011. 553, obs. D. Cristol).

Il devenait impossible de résoudre l'équation entre la nature du germe - lequel pouvait en outre être pathogène ou non pathogène - et la nature de l'infection, de sorte que le Conseil d'État a finalement renoncé à la notion même d' « infection nosocomiale endogène » dans son arrêt Centre Hospitalier d'Angers du 10 octobre 2011 (CE 10 octobre 2011, CH d'Angers, n° 328500, Rec. AJDA 2011. 2536, note C. Lantero). Depuis, les établissements de santé engagent leur responsabilité vis-à-vis des infections nosocomiales « *qu'elles soient exogènes ou endogènes, à moins que la preuve d'une cause étrangère ne soit rapportée* » (CE, 26 novembre 2012, req n° 344862 ; CE 15 mai 2013, req n° 348818).

Dans l'arrêt commenté, la Haute juridiction administrative rappelle ce considérant de principe et renvoie l'établissement de santé à la charge impossible mais habituelle qu'est la sienne, de rapporter la preuve d'une cause étrangère, ce qui légitime la question suivante.

B) Peut-on parler de cause étrangère et d'infection nosocomiale dans une même phrase?

A notre sens, s'il y a une cause étrangère, c'est que l'infection n'est pas nosocomiale. Il n'existe d'ailleurs aucune jurisprudence admettant l'existence d'une cause étrangère à une infection nosocomiale et il est seulement possible de supposer la démarche juridique susceptible de reconnaître une telle situation.

Il n'y a bien évidemment pas de grille de lecture de la cause étrangère mais le recensement de la jurisprudence semble indiquer que les critères d'extériorité, d'imprévisibilité et d'irrésistibilité propres à la « force majeure » sont les critères retenus pour qualifier la « cause étrangère ».

D'ores et déjà, il est difficile de retenir l'imprévisibilité dans la survenue d'une infection nosocomiale. Le risque infectieux, même rare, n'est absolument pas imprévisible. Il l'est d'autant moins qu'en pratique, les personnes prises en charge présentent fréquemment un terrain propice en raison précisément d'un état de santé amoindri et de défenses immunitaires moins solides.

L'irrésistibilité en revanche, est une situation fréquente car il arrive qu'en raison des circonstances tenant à la grande vulnérabilité du patient (état initial fortement dégradé à l'admission, multiplicité d'interventions chirurgicales, diabète, etc.), l'infection soit en pratique inévitable. Cet argument est parfois soulevé à juste titre par les établissements de santé et défendu à tout aussi juste titre par certains commentateurs (S. Hocquet-Berg, Resp civile et assurances, octobre 2010, comme 258 sous Civ 1^{re}, 1^{er} juillet 2010). Pourtant, la Haute juridiction administrative l'a formellement rejeté. Confrontés à une infection fortement favorisée par l'état initial très dégradé du patient (CAA Bordeaux, 21 janvier 2010, n° 08BX03038) ou encore par une immuno-dépression l'exposant particulièrement à des complications infectieuses (CAA Versailles, 11 mai 2010, n° 09VE00268), des juges du fond avaient admis que l'inévitabilité de l'infection permettait de considérer l'établissement de santé comme rapportant la preuve d'une cause étrangère au sens du I de l'article L. 1142-1 du code de la santé publique. En cassation de ces deux arrêts, le Conseil d'État a jugé que l'infection - survenue au cours du séjour pour l'une et provoquée par un acte médical pour l'autre - ne résultait d'aucune circonstance extérieure à l'activité de l'hôpital (CE 4 juillet 2012, Mme F. et a., req n° 341418 et CE 17 février 2012, M. et a., req n° 342366).

Exit également le critère de l'extériorité qui, du reste, aura du mal à exister du fait même de la définition donnée à l'infection nosocomiale puisqu'elle est contractée à l'hôpital (voir CE 10 octobre

2011, *CHU d'Angers*, n° 328500 et CE 14 décembre 2011, *CH de Feurs*, n°330644). Ainsi et en dehors de l'hypothèse de l'introduction malveillante d'un germe à l'hôpital par un tiers - hypothèse dont il est difficile de penser que le législateur la visait en prévoyant l'exonération des hôpitaux pour « cause étrangère » - il ne peut donc être question de cause étrangère, exception pour le moins théorique (en ce sens H. Belrhali-Bernard, *Responsabilité hospitalière*, AJDA 2012. 1665).

En précisant par la suite ce qu'est et ce que n'est pas une infection d'origine nosocomiale, l'arrêt du 21 juin 2013 commenté permet d'affirmer qu'il est pratiquement impossible d'articuler l'infection nosocomiale avec la cause étrangère. En effet, la limite introduite par le Conseil d'État n'est pas constitutive d'une cause étrangère, mais d'une disqualification de l'infection au caractère nosocomial.

II) Une définition jalonnée de l'infection nosocomiale

« 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 »

A) Une infection présente lors de l'admission n'est pas nosocomiale

Le Conseil d'État consacre la position de certains juges du fond qui avaient déterminé que le germe devait constituer un foyer pré-infectieux à l'hospitalisation pour écarter la responsabilité de l'établissement de santé. Là encore, de telles circonstances n'étaient pas constitutives d'une cause étrangère, mais disqualifiait simplement le caractère nosocomial de l'infection. Il s'agit alors d'une infection dite « d'acquisition communautaire ».

Ainsi, une infection est nosocomiale faute de démontrer que la victime était porteuse d'un foyer infectieux pré-existant lors de son admission (CAA Nancy, 17 juin 2010, CPAM de Nancy, Centre hospitalier de Toul, n°s 09NC01470-09NC01644 et CAA Marseille, 15 février 2011, *Rey c/ Assistance publique de Marseille*, n° 08MA03229). Dès lors, la présence de germes *klebsiella oxytoca*, bactéries de l'environnement et *aeromonas hydrophila*, qui proviennent de l'eau, introduits à l'occasion d'une blessure lors d'une baignade dans une rivière et découverts dans la plaie permet d'écarter le caractère nosocomial de l'infection (CAA Marseille, 2 juillet 2009, *Lagrain c. Centre hospitalier de Carpentras*, n° 07MA05071).

Dans les circonstances de l'arrêt présentement commenté, le patient avait été admis à l'hôpital à l'occasion d'une maladie infectieuse et le Conseil d'État censure la cour administrative d'appel pour n'avoir pas recherché si le germe incriminé dans l'infection déclarée n'avait pas déjà constitué un foyer pré-infectieux.

Enfin, la Haute juridiction administrative rappelle qu'une infection en incubation lors de l'admission n'est pas davantage nosocomiale.

B) Une infection en incubation à l'admission n'est pas nosocomiale

Le Conseil d'État valide une posture épidémiologique, tirée des « 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales » rédigées par le comité technique des infections nosocomiales (CTINILS) : « Lorsque la situation précise à l'admission n'est pas connue, un délai d'au moins 48 heures 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 ».

La Cour de cassation a déjà retenu ce critère relatif au temps d'incubation (Cass. 1^{re} civ., 17 juin 2010, n° 09-67011, Bull. 2010, I, n° 137). De leur côté, les juges administratifs du fond regardaient déjà une infection comme probablement nosocomiale lorsqu'elle se déclare au-delà de 48h après l'admission (REF) ce qui implique nécessairement la prise en compte d'un délai d'incubation, et certains avaient auparavant disqualifié l'infection nosocomiale en présence d'un foyer infectieux préexistant aux actes effectués à l'hôpital (CAA Marseille, 15 février 2011, Rey c/ Assistance publique de Marseille, req. n° 08MA03229 ; CAA Paris 22 février 2013, M. F., req. N°12PA02051). D'autres enfin, évoquaient formellement le délai d'incubation pour statuer sur le caractère nosocomial ou non de l'infection (CAA Bordeaux, 16 mai 2013, CHU Toulouse, n° 12BX00400), adoptant la position scientifique évoquée plus haut et généralement relayée par les experts dans le cadre de leur rapport

Le CTINILS - qui suggère d'ailleurs de sortir d'une logique de seule géolocalisation de l'infection et de ne plus utiliser le terme « infection nosocomiale » pour lui préférer celui d'« infection associées aux soins » - propose de définir une telle infection comme survenant « *cours ou au décours d'une prise en charge (diagnostique, thérapeutique, palliative, préventive ou éducative) d'un patient, et si elle n'était ni présente, ni en incubation au début de la prise en charge* »¹.

L'arrêt du 21 juin 2013 valide cette position et la définition juridique rencontre la définition épidémiologique.

¹ Rapport présenté le 11 mai 2007 au Haut Conseil de la santé publique par la Direction générale de la santé, réunie dans le cadre d'un Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins.