

10.9. RESPONSABILITÉ

Responsabilité de la puissance publique – Responsabilité pour risque – Responsabilité médicale – Infections nosocomiales – Responsabilité de plein droit – Responsabilité pour faute – Lien de causalité – Action récursoire – Indemnisation des victimes par ricochet

Tribunal administratif de La Réunion, 28 novembre 2019, req. n° 1700598.

Vâni HOAREAU, Doctorante en droit, Université de La Réunion

« *Je ferai tout pour soulager les souffrances* ». Cet extrait du serment d'Hippocrate prononcé par les étudiants en médecine est l'un des piliers de la déontologie médicale. Pourtant, selon le réseau d'alerte d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (RAISIN), on ne recense pas moins de 750 000 cas d'infections nosocomiales dans les établissements de santé français, aggravant l'état des patients hospitalisés, jusqu'à entraîner – dans les pires cas – leurs décès (4000 par an)¹.

Le 28 novembre 2019, le Tribunal administratif de La Réunion a eu à juger d'une affaire concernant Mme T., qui suite à une chute de VTT, a été prise en charge par le Centre hospitalier Gabriel Martin. Trois jours après l'opération de son importante plaie, la patiente est de nouveau hospitalisée en urgence, en état de tachycardie et en hypothermie, avant de présenter un choc septique. À la suite de cela elle est admise en réanimation au Centre hospitalier universitaire Félix Guyon en raison d'une maladie rare « dévoreuse de la peau » appelée « fasciite nécrosante », due à un streptocoque du groupe A. Alors que cette maladie est connue pour être mortelle, la patiente survit, mais connaît une limitation de son membre inférieur gauche, qui lui vaut un taux d'incapacité permanente de 30%².

Les experts désignés par la commission de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux de La Réunion (elle-même saisie par Mme T. et son compagnon) ont déclaré que la limitation du membre inférieur gauche de la patiente résultait d'une infection nosocomiale, soit d'une contamination lors de l'opération de sa plaie au Centre hospitalier Gabriel Martin³.

De ce fait, Mme T. et son compagnon saisissent le Tribunal administratif de La Réunion en vue d'engager la responsabilité du Centre hospitalier ainsi que celle de L'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux des Affections Iatrogènes et des Infections Nosocomiales (ONIAM), en vue d'une

¹ Cf. RESEAU D'ALERTE D'INVESTIGATION ET DE SURVEILLANCE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES (RAISIN), « Enquête nationale de prévalence 2012 des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux en établissements de santé », Mai-juin 2012.

² Cf. Point 17 de la décision commentée.

³ Cf. Point 2 de la décision commentée.

indemnisation des dommages subies suite à son infection. Le couple souhaite d'une part que les deux établissements publics soient solidairement condamnés à réparer leur dommage et d'autre part que la responsabilité pour faute de l'administration soit engagée. Le Centre hospitalier de son côté, remet en cause l'existence de l'infection nosocomiale invoquée et soutient qu'aucune faute n'a été commise lors de la prise en charge de Mme T.

La question soumise au juge administratif est de savoir quel régime de responsabilité s'applique en l'espèce.

Pour ce faire, le juge administratif a vérifié que le dommage résulte bien d'une infection nosocomiale (I) afin de déterminer le régime d'indemnisation applicable (II).

I. La confirmation du caractère nosocomial de l'infection à l'origine du dommage

Pour confirmer le caractère nosocomial de l'infection litigieuse, le juge se livre au contrôle des critères posés par la jurisprudence (A). Il rappelle en ce sens que le couple n'est pas en mesure d'invoquer la responsabilité pour faute de l'administration hospitalière. Et pour cause, en matière d'infection nosocomiale, le régime applicable est la responsabilité sans faute de l'administration (B).

A. La réunion des critères jurisprudentiels caractérisant une infection nosocomiale

L'infection nosocomiale est reconnue par le Conseil d'État comme étant « *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 cette prise en charge* »⁴. À la lecture de cette définition, on relève alors un critère spatio-temporel : « au cours ou décours de la prise en charge du patient », autrement dit, durant le séjour médical. Il a d'ailleurs déjà été précisé que si une infection n'a pas eu lieu durant le séjour au sein d'un établissement de santé, elle perd son caractère nosocomial⁵. En effet, le critère de lieu témoigne du lien entre l'infection et le soin⁶.

Mais, ledit lien entre l'infection et le soin n'est pas automatique. En témoigne l'affaire *Mme D.* rendue par le Conseil d'État le 23 mars 2018 qui a

⁴ CE, 21 juin 2013, req. n° 347450.

⁵ C. LANTERO, « La notion de cause étrangère dans les infections nosocomiales et le recours des tiers lorsque l'ONIAM indemnise », *ADJA* 2011, p. 2536.

⁶ CE, 9 juin 2017, req. n° 401497, concl. M. N. POLGE : « *Une infection est dite associée aux soins si elle survient au cours ou au décours d'une prise en charge* ».

conduit à un encadrement restrictif de la définition de l'infection nosocomiale⁷. Dans ladite affaire, le critère spatio-temporel était rempli. En effet, la contamination s'était bien déclarée au cours du séjour au sein de l'établissement. Néanmoins, l'infection ne demeurait pas moins sans lien avec les actes de soins pratiqués – dans le cadre de la prise en charge de la patiente –, ni de son séjour au sein de l'établissement. L'infection avait pour origine la pathologie ayant nécessité l'hospitalisation. C'est pourquoi le juge de la haute juridiction administrative a précisé que l'infection nosocomiale résultait d'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 cette prise en charge, « *sauf s'il est établi qu'elle a une autre origine que la prise en charge* »⁸.

Dans l'espèce soumise au Tribunal administratif de La Réunion commentée ici, l'établissement de santé qui a pris en charge la requérante demande une contre-expertise s'agissant l'existence d'une infection nosocomiale et remet en cause l'existence d'une infection associée aux soins. Toutefois, conformément au rapport de la commission de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux de La Réunion, le juge affirme l'existence de l'infection nosocomiale. Pour ce faire, ce dernier s'est référé à la définition jurisprudentielle de l'infection nosocomiale susmentionnée. Ainsi, pour reconnaître le caractère nosocomial de l'infection litigieuse le juge va rechercher si les conditions de lieu et de temps sont remplies.

Premièrement il recherche le lien entre l'infection litigieuse et l'acte de soin. Pour reconnaître l'existence d'un tel lien, il se réfère au rapport des experts de la CCI qui atteste que le dommage de la requérante résulte « *d'une infection par streptocoque du groupe A, survenue trois jours après les suites immédiates de la suture d'une importante plaie du creux inguinal gauche* »⁹. De plus, le juge précise que la bactérie étant d'origine humaine et non tellurique, la patiente n'a pas pu la contracter lors de sa chute de vélo. Enfin, il est précisé que « *il ne résulte pas de l'instruction que la contamination ait été en incubation avant les soins reçus [au sein de l'établissement santé]* ». Les conditions de temps et de lieu permettant de caractériser le caractère nosocomial de l'infection sont dès lors remplies.

⁷ CE, sect., 23 mars 2018, *M^{me} D.*, n° 402237, concl. L. MARION.

⁸ *Ibid.*, concl. L. MARION.

⁹ Cf. point 5 de la décision.

B. Une responsabilité sans faute de l'administration en matière d'infection nosocomiale

Comme l'a si bien souligné le Conseil d'État lui-même : « *Le droit de la responsabilité hospitalière est [...] marqué par la coexistence et l'articulation de règles relevant d'une logique de responsabilité pour faute et de régimes de réparation, sans faute, des dommages subis au titre de la solidarité nationale* »¹⁰.

Depuis 1992, le Conseil d'État a institué un régime de faute simple en matière de responsabilité médicale, en abandonnant la faute lourde¹¹. L'on retrouve alors une diversité de fautes reconnues en matière de responsabilité de l'administration hospitalière, notamment la faute dans l'organisation et le fonctionnement du service. Ainsi, le mauvais entretien des locaux et du matériel, et notamment les infections nosocomiales, constitue un motif d'engagement de la responsabilité de l'administration hospitalière. Le juge administratif a d'abord défini un régime de présomption de faute en la matière¹². Depuis 2002, le législateur est intervenu, instituant régime légal de responsabilité médicale fondée sur la faute. Ce régime a été consacré par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé¹³.

Ainsi, l'on peut lire à l'article L.1142-1 I alinéa 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* ». En ce sens, les établissements de santé dans les cas prévus à cet article ne sont responsables uniquement et seulement en cas de faute, il ne s'agit plus d'une faute présumée mais bien d'une faute prouvée.

Il résulte ainsi de l'alinéa 2 de l'article L.1142-1 I du CSP que : « *Les établissements, services et organismes susmentionnés sont responsables des dommages résultant d'infections nosocomiales, sauf s'ils rapportent la preuve d'une cause étrangère* ». Cela signifie que, dès lors qu'il y a infection nosocomiale, il y a responsabilité, sans faute de l'administration. Ici nous voyons

¹⁰ CONSEIL D'ÉTAT, « L'engagement de la responsabilité des hôpitaux publics », Dossier thématique, 5 janvier 2015, consultable en ligne : <https://www.conseil-etat.fr/ressources/etudes-publications/dossiers-thematiques/l-engagement-de-la-responsabilite-des-hopitaux-publics>.

¹¹ CE, Ass., 10 avril 1992, *Époux V*, req. n°79027.

¹² CE, 9 septembre 1988, *M.X*, req. n°65087.

¹³ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, *JORF* du 5 mars 2002, texte n° 1.

donc apparaître un régime de responsabilité de plein droit de l'administration, faisant exception au régime de responsabilité pour faute en matière médicale précédemment évoqué. En effet, les infections nosocomiales font partie du régime de la responsabilité pour risque de l'administration¹⁴. Ce régime de responsabilité de plein droit peut toutefois être renversé si l'administration démontre une cause étrangère. À cet égard, le juge administratif a eu l'occasion de préciser que la preuve d'une cause étrangère est rapportée lorsque deux conditions sont réunies : l'imprévisibilité et l'irréversibilité, soit les critères de la force majeure, mais aussi la faute la victime ainsi que le fait du tiers.¹⁵

Le Conseil d'État a par ailleurs jugé que la responsabilité de plein droit de l'administration en matière d'infections nosocomiales constituait un moyen devant être soulevé d'office, mais que le juge administratif doit préalablement en avertir l'établissement afin qu'il puisse faire valoir éventuellement l'existence d'une cause étrangère¹⁶. En l'espèce, le juge précise au point 5 de la décision qu'il ne résulte pas des documents d'expertise que la contamination litigieuse ait été en incubation avant les soins, « *ni qu'elle provienne d'une cause étrangère* ».

Il semblerait alors que l'administration ne peut en l'espèce bénéficier d'une cause d'exonération, et est responsable des dommages causés par l'infection nosocomiale de la patiente au sens de l'alinéa 2 de l'article L.1142-1 I du CSP. Ceci étant précisé, il faut désormais s'intéresser à l'indemnisation des préjudices subies (II).

II. Une indemnisation certaine en matière d'infection nosocomiale

La victime d'une infection nosocomiale est toujours indemnisée. La charge de l'indemnisation dépendra quant à elle du taux d'atteinte de l'intégrité physique ou psychique de la victime. En l'espèce l'indemnisation relève de la solidarité nationale (A). Une action récursoire de l'ONIAM est toutefois possible en cas de faute prouvée de l'administration dans la prise en charge de la patiente (B).

A. L'indemnisation au titre de la solidarité nationale

L'article L.1142-1, II du CSP prévoit la réparation au titre de la solidarité nationale des « *préjudices du patient, et, en cas de décès, de ses ayants droit* ». Si l'on se livre à une lecture *a contrario* de cet article, on comprend que les ayants

¹⁴ Cf. « Responsabilité administrative pour risque », *Fiches d'orientation Dalloz*, Septembre 2019.

¹⁵ CE, 2 février 2011, *Leverne*, n° 320052, à mentionner aux Tables ; CE, 10 octobre 2011, req. n° 328500 ; CE 12 mars 2014, req. n° 358111 ; D. CRISTOL, « Infections nosocomiales : entre responsabilité et solidarité », *RDSS* 2019, p. 983.

¹⁶ CE, 6 mars 2015, *Centre hospitalier de Roannes*, req. n° 368520.

droit ne pourraient obtenir réparation en cas de survie de la victime¹⁷. Toutefois, l'article L.1142-1-1 du CSP dispose :

« [...] ouvrent droit à réparation au titre de la solidarité nationale :

1° Les dommages résultant d'infections nosocomiales dans les établissements, services ou organismes mentionnés au premier alinéa du I de l'article L. 1142-1 correspondant à un taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique supérieur à 25 % [...] ainsi que les décès provoqués par ces infections nosocomiales

2° Les dommages résultant de l'intervention, en cas de circonstances exceptionnelles, d'un professionnel, d'un établissement, service ou organisme en dehors du champ de son activité de prévention, de diagnostic ou de soins. »

Dans cet article L.1142-1-1 du CSP, la limitation posée à l'article L.1142-1, II du même code n'apparaît pas. Cette absence de mention a conduit le Conseil d'État, puis la Cour de Cassation, à l'analyse suivante : appliquer au régime d'indemnisation de l'article L.1142-1-1 une règle restrictive qui n'est prévue que par les dispositions autonomes de l'article L.1142-1 II, reviendrait à juger *ultra petita*¹⁸. En ce sens, dans l'hypothèse de L.1142-1-1 du CSP, une victime par ricochet peut être indemnisée, même en cas de survie de la victime directe.

En l'espèce le sort de la victime directe relève de l'indemnisation visée à l'article L.1142-1-1 du CSP car le juge relève que les dommages subis par Mme T. ont entraîné un déficit fonctionnel permanent de 20% (soit supérieur au taux fixé par l'article D.1142-1 du CSP)¹⁹. En ce sens, la victime sera indemnisée au titre de la solidarité de nationale visée à l'article L.1142-1-1 du CSP, article qui n'exclut pas une indemnisation de la victime par ricochet.

En l'espèce, le compagnon de la patiente ayant contractée l'infection nosocomiale demande trois types d'indemnisation. Premièrement, le remboursement des frais que l'hospitalisation de sa compagne lui a causé (déplacement, hébergement, restauration)²⁰. Deuxièmement, le compagnon réclame une « *juste évaluation du préjudice d'affection* » subi par ce dernier en raison de « *l'altération physique* » de sa compagne consécutivement à l'infection nosocomiale que celle-ci a contracté, ainsi que la « *douleur morale* » qu'il a pu ressentir en voyant sa compagne dans un tel état²¹. Il convient à cet égard de

¹⁷ CE, 30 mars 2011, req. n° 327669.

¹⁸ CE, 9 décembre 2016, ONIAM, req. n° 390892, AJDA 2016, p. 2411 ; Civ. 1^{re}, 8 févr. 2017, req. n° 15-19.716.

¹⁹ Cf. point 5 de la décision.

²⁰ Cf. point 23 de la décision.

²¹ Cf. point 24 de la décision.

préciser que, si la jurisprudence estimait qu'on ne pouvait « monnayer » des larmes²², depuis la décision du Conseil d'État, *Ministre des Travaux publics c/ Consorts Letisserand* du 24 novembre 1961, l'indemnisation de la douleur morale est admise et est aujourd'hui (presque) systématiquement reconnue²³. Enfin, le compagnon de la victime réclamait l'indemnisation des « *préjudices extrapatrimoniaux exceptionnels couvrant leur mode de vie au quotidien* » du fait de l'état de santé de sa compagne²⁴. Ici, pas de difficulté, le Conseil d'État reconnaît une telle indemnisation aux victimes par ricochet, que la victime directe soit décédée ou non²⁵.

Le Tribunal administratif de La Réunion admet en l'espèce l'indemnisation au titre de la solidarité nationale pour la victime directe, Mme T., et se livre à la même interprétation des deux hautes juridictions de l'article L1142-1-1 du CSP en admettant l'indemnisation à la victime par ricochet²⁶.

B. La possible action récursoire en cas de faute l'administration

Au point 6 de la décision commentée le juge précise que le couple n'est pas fondé à demander une indemnisation à l'administration hospitalière au titre de sa responsabilité pour faute « *une telle action étant ouverte le cas échéant à l'ONIAM dans le cadre récursoire ou subrogatoire* ». L'alinéa 2 article L.1142-21 du CSP énonce en effet que : « *Lorsqu'il résulte de la décision du juge que l'office indemnise la victime ou ses ayants droit au titre de l'article L. 1142-1-1, celui-ci ne peut exercer une action récursoire contre le professionnel, l'établissement de santé, le service ou l'organisme concerné ou son assureur, sauf en cas de faute établie à l'origine du dommage, notamment le manquement caractérisé aux obligations posées par la réglementation en matière de lutte contre les infections nosocomiales. L'office signale sans délai l'infection nosocomiale au directeur général de l'agence régionale de santé* ».

La faute de l'administration hospitalière constitue une condition *sine qua non* de l'action récursoire. En ce sens, l'ONIAM est admis à former une action récursoire uniquement en cas d'une faute de l'établissement de santé, notamment en cas « *manquement caractérisé aux obligations posées par la réglementation en matière de lutte contre les infections nosocomiales* »²⁷. De ce fait, si le régime

²² CE 29 octobre 1954, *Bondurand*, D. 1954, p. 767, concl. FOUGERE, note A. de LAUBADERE.

²³ F. SENERS ; F. ROUSSEL, « Préjudice réparable – Réparation des dommages corporels », *Répertoire de la responsabilité de la puissance publique*, décembre 2020.

²⁴ Cf. point 25 de la décision.

²⁵ CE, 10 décembre 2015, *Consorts Janot*, req. n° 374038 ; F. SENERS ; F. ROUSSEL, *loc. cit.*

²⁶ Cf. point 6 de l'arrêt pour la solution du juge en l'espèce et CE, 9 décembre 2016, *ONIAM*, req. n° 390892, *AJDA* 2016 p. 2411 ; Civ. 1^{re}, 8 févr. 2017, req. n° 15-19.716 s'agissant de l'interprétation de l'article L1142-1-1 du CSP.

²⁷ À titre d'illustration, cf. CE, 21 mars 2011, req. n° 334501.

de responsabilité en matière d'infection nosocomiale est issu d'un régime de responsabilité sans faute ; l'action récursoire de l'ONIAM elle, se fonde sur une responsabilité pour faute prouvée. Il faut ainsi prouver l'existence de la faute en lien direct avec l'infection nosocomiale.

C'est ainsi que dans notre espèce, le juge administratif a opéré une vérification du respect de la réglementation en matière de lutte contre les infections nosocomiales. Le juge relève – à partir du rapport des experts de la Commission de conciliation et d'indemnisation – que : « *le médecin des urgences n'a pas fait de description précise de son examen et a décidé une suture de la plaie dans le plan superficiel sans prendre d'avis chirurgical ni discuter d'une antibiothérapie* »²⁸. En d'autres termes, le médecin n'a pas pris les mesures de prévention attendues avant l'intervention chirurgicale.

De plus, selon les dires de la requérante, et sans contradiction des pièces du dossier de la partie défenderesse, l'intervention effectuée sur la patiente s'est faite sans port du masque. Pourtant, conformément au décret n° 99-1034 du 6 décembre 1999 relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé, chaque établissement de santé est censé organiser en son sein la lutte contre les infections nosocomiales, « *y compris la prévention de la résistance bactérienne aux antibiotiques* ». Pour ce faire, ledit décret du 6 décembre 1999 exige que chaque établissement institue un comité de lutte contre les infections nosocomiales, se dote d'une équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière et définit un programme annuel d'actions tendant à assurer un certain nombre d'actions en faveur d'une lutte contre les infections nosocomiales et notamment au premier point : « *La prévention des infections nosocomiales, notamment par l'élaboration et la mise en œuvre de recommandations de bonnes pratiques d'hygiène* ». Le port du masque ne représente-t-il pas la pratique hygiénique minimum attendue de la part d'un médecin ?

En tout état de cause, ces éléments cités au point 30 de la décision commentée ont conduit à la conclusion d'un manquement aux obligations posées par la réglementation en matière de lutte contre les infections nosocomiales, à l'origine des dommages de Mme T. Les conditions étant remplies, les complications subies par la patiente ont été reconnues imputables à la faute commise par l'administration à hauteur de 80%. En effet, les rapports d'expertises démontrant qu'une prise en charge conforme n'aurait pas permis d'éviter de manière certaine les complications, l'administration est responsable à hauteur de 80%²⁹. En ce sens, elle devra, dans le cadre de l'action récursoire rembourser à l'ONIAM 80% du montant de l'indemnisation due à la victime de l'infection nosocomiale, ainsi qu'à son compagnon.

²⁸ Cf. point 30 de la décision.

²⁹ *Idem.*

« *La socialisation du risque n'implique pas la disparition de la notion de faute, non plus que celle de responsabilité. Elle répond, le plus souvent, à un besoin d'indemnisation rapide de la victime, sans exclure la recherche ultérieure de responsabilités* »³⁰. La décision du Tribunal administratif ici commentée est une belle illustration de l'analyse du Conseil d'État en la matière.



³⁰ Cf. CONSEIL D'ÉTAT, *Responsabilité et socialisation du risque*, Rapport public, 2005.