

# **Les infections nosocomiales. Rapport italien**

## **(version provisoire)**

*Valerio FORTI*

*Maître de conférences à l'Université de Poitiers*

*Équipe de recherche en droit privé (EA 1230)*

Dans les années 1980, deux circulaires ont été adoptées par le ministère de la santé italien pour lutter contre les infections nosocomiales<sup>1</sup>, à savoir les infections qui naissent pendant la période d'hospitalisation et qui ne s'étaient manifestées, ni étaient en incubation, lors de l'admission à l'hôpital<sup>2</sup>. Ces circulaires fixent des principes directeurs pour la prévention et la surveillance de ce phénomène : elles recommandent que les régions adoptent des programmes pour contrôler les infections, et préconisent que chaque établissement de santé nomme un infirmier et crée une commission technique auxquels est confiée une compétence spécifique en la matière. Les contrôles effectués postérieurement à l'adoption de ces circulaires ont toutefois montré que les mesures envisagées n'étaient souvent pas adoptées<sup>3</sup>, ce qui est probablement dû au fait qu'aucune sanction n'a été prévue.

Hormis ces deux circulaires, l'attention portée aux aspects juridiques liés aux dommages découlant des infections nosocomiales est faible. Un véritable régime légal de responsabilité civile ou d'indemnisation en cas d'infection fait défaut, la doctrine s'y est rarement intéressée de manière approfondie<sup>4</sup>, et la jurisprudence applique en la matière les règles qu'elle a conçues pour la responsabilité médicale en général.

La spécificité des infections nosocomiales réside uniquement dans le fait d'avoir constitué le terrain sur lequel ont parfois été réalisées les évolutions jurisprudentielles visant à accroître la protection des patients. Les principales tendances de la responsabilité médicale

---

<sup>1</sup> Circulaires du ministère de la santé, n° 52 de 1985 et n° 8 de 1988.

<sup>2</sup> Circulaire du ministère de la santé, n° 8 de 1988, préc.

<sup>3</sup> M. RONCHI, « La responsabilità civile della struttura e del medico per le infezioni nosocomiali. I parte », *Resp. civ. e prev.*, 2007, n° 7/8, p. 1529.

<sup>4</sup> V. néanmoins M. RONCHI, « La responsabilità civile della struttura e del medico per le infezioni nosocomiali. I parte », préc., p. 1527 et s. ; du même auteur, « La responsabilità civile della struttura e del medico per le infezioni nosocomiali. II parte », *Resp. civ. e prev.*, 2007, n° 9, p. 1803 et s. ; M.V. SARRA, L. DI DONNA, F. MASSONI, E. ONOFRI et S. RICCI, « La responsabilità professionale nelle infezioni nosocomiali », *Corr. giur.*, 2012, n° 6, p. 846 et s.

peuvent être illustrées par des arrêts concernant les infections nosocomiales. On peut observer d'une part, une augmentation du nombre des responsables (I), et d'autre part, un allègement de la charge de la preuve pesant sur le patient (II).

### I. L'augmentation du nombre des responsables

Une tendance jurisprudentielle propre à la responsabilité médicale et illustrée par les cas d'infections nosocomiales, a pour objectif d'accroître le nombre de sujets tenus de réparer le dommage subi par le patient. Tout d'abord, la responsabilité du médecin peut être invoquée. Selon les tribunaux, le risque d'infection nosocomiale est intrinsèque à l'hospitalisation ; toutefois, lorsque sa durée n'est pas justifiée par la nécessité de réaliser un diagnostic ou de prodiguer des soins, le médecin qui l'a ordonnée, a commis une négligence dans la mesure où il a exposé inutilement le patient à des agents pathogènes<sup>5</sup>. Cette conduite est qualifiée de cause de dommage et donc de responsabilité<sup>6</sup>. De même, le médecin doit informer le patient des risques d'infection découlant d'une intervention chirurgicale et adopter toutes les mesures nécessaires pour pallier les carences structurelles et organisationnelles de l'hôpital<sup>7</sup>. S'il n'est pas possible de remédier à ces carences, il est tenu de mettre en garde le patient et de lui conseiller un transfert dans une structure plus adaptée<sup>8</sup>.

Ensuite, à côté de cette responsabilité du médecin, la jurisprudence retient souvent celle de l'établissement de santé, qui est tenu d'exécuter un contrat complexe, dit d'assistance sanitaire<sup>9</sup>. Ce contrat a pour objet non seulement le diagnostic et les soins, mais également l'organisation de la phase post-opératoire ainsi que l'adoption de mesures garantissant la sécurité des patients<sup>10</sup>. La jurisprudence a indiqué les prestations auxquelles est tenu l'établissement en vertu de ce contrat, lesquelles sont extrêmement variées : elles concernent la mise à disposition d'un personnel qualifié et en quantité suffisante, la surveillance et la coordination des différents services, l'utilisation d'instruments de haute technologie, et la

---

<sup>5</sup> CA Milan, 10 févr. 2006.

<sup>6</sup> *Ibidem*.

<sup>7</sup> M. GORGONI, « L'incidenza delle disfunzioni della struttura ospedaliera sulla responsabilità sanitaria », *Resp. civ. e prev.*, 2000, p. 952.

<sup>8</sup> M.V. SARRA, L. DI DONNA, F. MASSONI, E. ONOFRI et S. RICCI, « La responsabilità professionale nelle infezioni nosocomiali », préc., p. 846.

<sup>9</sup> Cass. civ., sections unies, 1<sup>er</sup> juill. 2002, n° 9556.

<sup>10</sup> Cass. civ., sections unies, 11 janv. 2008, n° 577 : *Nuova giur. civ. comm.*, 2008, p. 612 ; *Giur. it.*, 2008, p. 1653.

garantie de salubrité des locaux<sup>11</sup>. En particulier, l'exigence de salubrité des locaux implique un niveau d'hygiène qui exclut la présence de microbes ou de bactéries responsables d'infections nosocomiales. Outre sa responsabilité directe, la structure hospitalière peut être responsable du fait de ses salariés, qui ne se limitent pas aux médecins<sup>12</sup>. Aussi, il est rare que l'action soit dirigée uniquement contre le médecin dont la conduite serait la cause de l'infection<sup>13</sup>. Dans les arrêts relatifs à des dommages subis à cause d'une infection nosocomiale, le défendeur est généralement l'établissement de santé, auquel le patient reproche le manque d'hygiène<sup>14</sup> ou la négligence du personnel médical<sup>15</sup>, contre lequel l'action est parfois également dirigée<sup>16</sup>.

Enfin, dans les établissements publics, la responsabilité des personnes chargées de la direction peut être invoquée. En Italie, la répartition des compétences en matière sanitaire remonte au début des années 1990<sup>17</sup> : l'État est chargé des principes directeurs et du financement, les régions s'occupent de l'organisation des services, et les établissements de santé ont pour mission de fournir les prestations sanitaires. Ces derniers se sont ainsi vu reconnaître le statut de personnes publiques, autonomes sur le plan organisationnel et patrimonial. En raison de cette autonomie, le directeur général, le directeur sanitaire et le directeur administratif sont responsables de la gestion de l'établissement. Dans ce cadre, la responsabilité, aussi bien pénale que civile, des dirigeants de l'établissement peut être engagée en cas de dommage causé par une infection. Le directeur général sera responsable en cas de gestion négligente de l'organisation de la structure<sup>18</sup>, et la responsabilité du directeur administratif pourra être engagée dans l'hypothèse où les formalités administratives n'auraient pas été remplies correctement. Mais en cas d'infection nosocomiale, c'est la responsabilité du directeur sanitaire qui risque tout particulièrement d'être mise en cause, dans la mesure où il est chargé de l'organisation des locaux et du personnel, et notamment d'assurer l'hygiène au sein de l'établissement<sup>19</sup>.

---

<sup>11</sup> M.V. SARRA, L. DI DONNA, F. MASSONI, E. ONOFRI et S. RICCI, « La responsabilità professionale nelle infezioni nosocomiali », préc., p. 845.

<sup>12</sup> A.D. CANDIAN, « Riflessioni sul rischio e la responsabilità nella struttura sanitaria », *Dir. econ. ass.*, 2002, n° 3, p. 549.

<sup>13</sup> Pour un exemple, v. Cass., 20 avril 2004, n° 7494.

<sup>14</sup> Trib. Rome, 25 mars 2005 ; Trib. Rome, 15 juin 2006 ; Trib. Monza, 17 juill. 2006.

<sup>15</sup> Cass., 18 nov. 1997, n° 11440 ; Cass., 1<sup>er</sup> oct. 2004, n° 19654 ; Cass., 29 sept. 2005, n° 19145.

<sup>16</sup> Cass., 18 oct. 2005, n° 20136.

<sup>17</sup> Décrets législatifs n° 502 de 1992 et n° 517 de 1993.

<sup>18</sup> Cass. pén. 3<sup>e</sup>, 29 avril 2010, n° 22755.

<sup>19</sup> Cass. pén. 3<sup>e</sup>, 22 janv. 1993, n° 511.

## II. L'allégement de la charge de la preuve pesant sur le patient

Une autre tendance pouvant être observée aussi bien en matière de responsabilité pour une infection nosocomiale qu'en matière de responsabilité médicale en général, consiste à faciliter l'indemnisation du patient en allégeant la charge de la preuve qui pèse sur lui. D'une part, la jurisprudence considère que la responsabilité médicale en général, tout comme celle invoquée en cas d'infection, est de nature contractuelle et non délictuelle<sup>20</sup>. Soit le patient a conclu un véritable contrat avec le médecin ou l'établissement de santé, soit la responsabilité contractuelle découle de ce que la jurisprudence appelle le « contact social », à savoir une sorte de rapport contractuel de fait<sup>21</sup>. De la sorte, le patient ne doit pas prouver de faute véritable, mais simplement invoquer l'inexécution.

D'autre part, les infections nosocomiales ont constitué le terrain privilégié d'une politique jurisprudentielle observable dans toutes les hypothèses de responsabilité médicale et consistant à poser une présomption quant à l'existence du lien de causalité. Cela a conduit à un renversement de la charge de la preuve, en imposant au médecin et à l'établissement de santé de démontrer l'existence d'une cause étrangère. La preuve relative au lien de causalité est ici particulièrement difficile à apporter, dans la mesure où elle concerne des microorganismes dont l'origine et la diffusion sont souvent incertaines<sup>22</sup>. Les juges se contentent donc d'une causalité vraisemblable : une proximité logique et chronologique entre l'infection et l'hospitalisation suffit pour présumer la responsabilité du médecin, qui pourra rompre la chaîne des causalités en démontrant que l'infection est due à des facteurs extérieurs<sup>23</sup>.

En conclusion, les infections nosocomiales n'ont pas donné vie à un régime spécifique mais ont parfois offert aux juges l'occasion de faire évoluer les règles propres à la responsabilité médicale dans le but de faciliter l'indemnisation du patient.

---

<sup>20</sup> V. Cass., 18 avril 1966, n° 972 : *Foro it.*, 1966, p. 1532.

<sup>21</sup> Cass., 24 mai 2006, n° 12362 ; Cass., 14 déc. 2006, n° 26852.

<sup>22</sup> M. RONCHI, « La responsabilità civile della struttura e del medico per le infezioni nosocomiali. I parte », préc., p. 1543.

<sup>23</sup> Cass., 23 févr. 2000, n° 2044 ; Cass., 29 sept. 2005, n° 19154.