



Cocorico !
Moins de la moitié des enfants vaccinés contre le VHB



Rappel à l'Ordre
Roselyne Bachelot adopte une position très libérale



Médias
Faites votre choix

FLASH **lors de l'infection de prothèse : le malade, le praticien et le juge** -- Congrès : L'Infection nosocomiale

Devenez un Pro **premium** ...

Sylviane ROBINET

MON PROFIL

MES NEWSLETTERS

PREMIUM

CONTACTS

OK

Mise à jour le 27/05 à 13:30

Recherche avancée - Medline

> Accueil JIM > L'expertise médico-légale lors de l'infection de prothèse : le malade, le praticien et le juge



En direct

- Actualités
- Pro & Société
- Congrès
- Grandes études
- Sondage
- Images de la semaine
- Lettres à l'éditeur
- Codex
- Jim d'Or 2009
- Grippe A (H1/N1)
- Spécial Rhumato 2010
- AFU 2009 :
- > Urologie féminine
- > Cancer de la prostate

FMC

- Mises au point
- Icono
- Quizz
- > QCM
- > Diagnostics
- Bibliothèque
- Vidéotheque

Services

- Forum
- Carrefour des sites
- Fiches patient

JIM Médecin

- ☑ Médecine générale
- ☑ Allergo
- ☑ Anapath
- ☑ Anesthésie-réa
- ☑ Biologie
- ☑ Cancéro
- ☑ Cardio
- ☑ Chirurgie
- ☑ Dermato
- ☑ Endocrino
- ☑ Etudiant
- ☑ Gastro
- ☑ Gériatrie

ACTUALITE CONGRES

L'expertise médico-légale lors de l'infection de prothèse : le malade, le praticien et le juge

Publié le 27/05/2010



Définition de l'infection nosocomiale

Le Comité Technique des Infections Nosocomiales (CTIN) définit en 1999 une infection comme nosocomiale « *si elle apparaît au cours ou à la suite d'une hospitalisation et si elle était absente à l'admission à l'hôpital (...). Pour les infections du site opératoire, on considère comme nosocomiales, les infections survenues dans les 30 jours suivant l'intervention, ou, s'il y a mise en place d'une prothèse ou d'un implant, dans l'année qui suit l'intervention* » [1].

Les infections nosocomiales ont été initialement définies avec un objectif épidémiologique. Néanmoins cette terminologie a largement été utilisée dans le cadre médico-légal, sans toujours laisser à l'expert la possibilité d'apprécier pleinement l'imputabilité aux soins de l'infection nosocomiale. Cette définition a été actualisée en mai 2007 au profit des Infections Associées aux Soins (IAS) [2]. « *L'infection est dite associée aux soins si elle survient au cours ou au décours d'une prise en charge (...) d'un patient, et si elle n'était ni présente, ni en incubation au début de la prise en charge (...). Pour les infections du site opératoire, on considère habituellement comme associées aux soins les infections survenant dans les 30 jours suivant l'intervention ou, s'il y a mise en place d'un implant, d'une prothèse ou d'un matériel prothétique dans l'année qui suit l'intervention. Toutefois, et quel que soit le délai de survenue, il est recommandé d'apprécier dans chaque cas la plausibilité de l'association entre l'intervention et l'infection, notamment en prenant en compte le type de germe en cause* ». Les IAS concernent les patients, mais également les professionnels de santé et les visiteurs. Les colonisations asymptomatiques (urinaires, de cathéter, cutanée, d'escarre...), les infections présentes ou en incubation lors du contact avec le système de santé n'entrent pas dans la définition des IAS. Parmi les infections du site opératoire, les infections profondes peuvent être diagnostiquée par :

- Cas 1 : Ecoulement purulent provenant d'un drain sous aponévrotique ou placé dans l'organe ou le site ou l'espace.
- Cas 2 : Déhiscence spontanée de l'incision ou ouverture par le chirurgien ET au moins un des signes suivants : fièvre > 38°, douleur localisée, ou sensibilité à la palpation ET micro-organisme isolé par culture, obtenue de façon aseptique, d'un

12 sites thématiques du Jim

- Cas cliniques
- Controverses
- Economie de la santé
- Epidémiologie
- Génétique
- Maladies rares
- Médecine sans frontière
- Pratique quotidienne
- Premières
- Prévention
- Santé publique
- Urgences



- prononcé peuvent être diagnostiqués par :
- Cas 1 : Ecoulement purulent provenant d'un drain sous aponévrotique ou placé dans l'organe ou le site ou l'espace.
 - Cas 2 : Déhiscence spontanée de l'incision ou ouverture par le chirurgien ET au moins un des signes suivants : fièvre > 38°, douleur localisée, ou sensibilité à la palpation ET micro-organisme isolé par culture, obtenue de façon aseptique, d'un prélèvement de l'organe ou du site ou de l'espace OU culture non faite (une culture négative, en l'absence de traitement antibiotique, exclut le cas).
 - Cas 3 : Abscès ou autres signes d'infections observés lors d'une réintervention chirurgicale, d'un examen histopathologique, d'un examen d'imagerie ou d'un acte de radiologie interventionnelle. Cette dernière actualisation autorise désormais à interpréter l'imputabilité des soins dans la survenue d'une IAS en fonction du contexte et dénonce l'absence de prélèvement microbiologique (culture non faite) puisqu'elle prend la même valeur qu'une culture positive. L'interprétation du résultat microbiologique en fonction du contexte revêt aussitôt une importance particulière pour éliminer les faux positifs (contaminants) et les faux négatifs (infection à bactériologie négative).

Évolution de la responsabilité médicale en infection nosocomiale

Jusqu'en 1996, la jurisprudence en infection nosocomiale n'engageait la responsabilité des professionnels ou des établissements de santé qu'en cas de faute avérée. En l'absence de faute démontrée par le plaignant, celui-ci était privé de tout droit à réparation. En mai 1996, la Cour de cassation inverse la charge de la preuve puisque le praticien et l'établissement de santé sont présumés responsables en cas d'infection nosocomiale, à moins de prouver l'absence de faute. Puis en juin 1999, la Cour de cassation introduit en la matière une obligation de sécurité de résultat : pour s'exonérer de la responsabilité présumée, médecins et cliniques doivent désormais apporter la preuve d'une cause étrangère (assimilable à un cas de force majeure) ce qui est exceptionnellement possible. Leur responsabilité, malgré l'absence de faute, était donc presque systématiquement engagée devant une infection nosocomiale [3]. La loi du 4 mars 2002 [4] met en place un nouveau régime de responsabilité pour les infections nosocomiales (applicable pour les faits postérieurs au 5 septembre 2001) : les médecins ne sont plus responsables qu'en cas de faute prouvée, soit pour manquement à l'obligation d'information sur le risque d'infection nosocomiale, soit pour manquement à l'obligation de moyen (retard au dépistage de l'infection nosocomiale, traitement non conforme aux « données acquises de la science », absence d'antibioprophylaxie conforme aux consensus en vigueur, faute d'asepsie, ...). En l'absence de faute du praticien, les établissements de santé restent « responsables des dommages résultants d'infections nosocomiales sauf s'ils rapportent la preuve d'une cause étrangère ». La présomption de preuve et la sécurité de résultat persiste donc pour les établissements de soins. Enfin, cette loi prévoit, en l'absence de responsabilité du médecin ou de l'établissement, une réparation des préjudices du patient au titre de la solidarité nationale (ONIAM) lorsque celui-ci dépasse un seuil de gravité spécifique (IPP>25% ou décès). Cette indemnisation n'exclut pas un recours par l'organisme régleur (ONIAM) à l'encontre du praticien ou de l'établissement s'il estime que ceux-ci ont contribué à la genèse ou à l'évolution de l'infection.

Le rôle de l'expert en infection nosocomiale [5]

L'expert se situe à l'intersection du monde médical et du monde juridique. Il doit transcrire dans le code du second les événements survenus dans le premier. L'expert répond à une mission en décrivant les circonstances de survenue du dommage puis en évaluant le préjudice. Dans les cas où il existe une faute, il doit décrire les liens de causalité entre la faute et le préjudice car en principe, seuls sont réparables les préjudices de causalité directe, certaine et exclusive. Dans les cas intermédiaires, la notion de perte de chance est utilisée lorsqu'il n'est pas certain que la faute ait causé le dommage mais qu'il est certain que sans faute, le patient aurait eu plus de chance de guérir. La perte de chance aboutit à une réparation partielle et forfaitaire. Dans le cadre des infections nosocomiales, les experts doivent s'attacher à faire une recherche exhaustive des éventuels manquements du praticien et de l'établissement de santé. L'expertise en infection nosocomiale s'attache donc autant à évaluer la qualité des soins (procédures, traçabilité, réactivité, mise en oeuvre) que ses résultats, en examinant les points suivants.

3-1 - S'agit-il d'une infection ?

L'expert doit distinguer l'infection qui est le résultat d'un déséquilibre entre la virulence de l'agent pathogène et les défenses immunitaires de l'hôte et dont résulte une expression clinique, de la colonisation correspondant à la présence de germe sans réaction inflammatoire. L'interprétation des résultats microbiologiques en fonction du contexte est indispensable car une culture positive ne signifie pas toujours une infection et une infection n'est pas toujours microbiologiquement documentée.

3-2 - L'infection est-elle nosocomiale ? Est-elle imputable aux soins ? Est-elle évitable ?

Les conditions de survenue de l'infection doivent, pour être nosocomiale, répondre aux critères des infections associées aux soins. En dehors du critère épidémiologique, l'expert doit s'assurer de l'imputabilité aux soins de l'infection afin d'éliminer la possibilité d'une infection préexistante ou en incubation au moment des soins. Par exemple, une fracture ouverte contaminée est microbiologiquement une infection en incubation avant toute prise en charge dans une structure de soins.

possibilité d'une infection préexistante ou en incubation au moment des soins. Par exemple, une fracture ouverte contaminée est microbiologiquement une infection en incubation avant toute prise en charge dans une structure de soins. L'analyse du type de germe, par sa nature et son antibiogramme, intervient dans cette recherche d'imputabilité pour définir si le micro-organisme est pathogène ou opportuniste, communautaire ou hospitalier. Il faut cependant savoir que l'antibiogramme ne fait pas le diagnostic de l'infection nosocomiale par le simple fait que le germe soit résistant. L'antibiogramme n'est que la carte d'identité du germe et non son casier judiciaire, il est par ailleurs sans lien avec la virulence du germe. C'est finalement un faisceau d'argument microbiologique et clinique interprété dans un contexte particulier qui permet de définir si l'infection est imputable aux soins administrés.

Dans certains cas, l'infection peut être évitable par des mesures techniques validées (antibioprophylaxie), mais parfois difficilement évitable comme celles survenant après une fracture ouverte ou un syndrome des loges.

3-3 - Les mesures de prévention étaient-elles prévues et appliquées ?

L'existence, la validité et l'application (traçabilité) des protocoles de l'établissement sont vérifiés afin d'éliminer une faute dans l'organisation du service et des soins. Ils doivent être fidèles aux référentiels en matière d'infection nosocomiale (réglementation, recommandations, conférences de consensus...).

Trois niveaux de prévention sont analysés :

- **au niveau du patient, il s'agit du dépistage des foyers infectieux, de l'antibioprophylaxie et de la préparation cutanée ;**
- **au niveau du bloc opératoire il s'agit des contrôles environnementaux et de la traçabilité du matériel (stérilisation) ;**
- **au niveau de l'établissement, il s'agit de l'existence d'un CLIN, ses bilans et ses données de surveillances des infections nosocomiales.**

3-4 - La prise en charge de l'infection était-elle conforme aux règles de l'art ?

L'obligation du praticien est de donner à son patient des soins consciencieux, attentifs et fondés sur les données acquises de la science (au moment des soins), en faisant appel, s'il y a lieu à l'aide de tiers compétents (Article 32 du Code de déontologie médicale). La qualité de prise en charge de l'infection incombe au praticien et revêt une obligation de moyen. L'expert analysera le délai du diagnostic et de la prise en charge afin d'éliminer un éventuel retard thérapeutique potentiellement préjudiciable. Ensuite, il examinera si la qualité du traitement et du suivi ont été conformes « *aux règles de l'art* », c'est-à-dire fidèles aux recommandations consensuelles en la matière. Dans les cas où les connaissances médicales sont incertaines ou sans consensus, l'expert devra faire la distinction entre ce qui est communément admis et ce qui reste débattu sans exprimer son avis personnel. Dans le domaine de l'infection ostéo-articulaire, le niveau de preuve scientifique étant faible, il s'agira également de vérifier si la démarche médicale a été cohérente et pluridisciplinaire.

3-5 - Quelle est la part de l'infection dans le dommage ?

En cas d'infection nosocomiale imputable aux soins ou de faute dans la prise en charge de l'infection, seul la part du dommage en rapport avec l'infection doit être réparé car l'infection n'est pas systématiquement la cause de tout le dommage. Cette évaluation doit également tenir compte de l'état antérieur et de l'évolution normalement prévisible de la pathologie et de l'intervention initiale.

L'attitude du chirurgien en expertise [6]

L'expertise reste une épreuve traumatisante pour le praticien. Pour la surmonter, il convient de comprendre le type de procédure et ses enjeux mais également d'y être préparé pour fournir une impression de sérieux à l'égard de sa pratique professionnelle. À titre d'exemple, un recours au tribunal administratif ne concerne que l'hôpital et un procès au civil concerne plus l'assureur que l'assuré. Enfin il n'est pas suffisant d'estimer que l'on est dans son bon droit, encore faut-il en persuader le juge, et avant lui l'expert.

Ces considérations incitent à fournir un dossier particulièrement complet. Il faut bien prendre conscience qu'un dossier incomplet ne permet pas de préjuger favorablement de l'absence de négligence de la part du praticien. Surtout, ces lacunes offrent toute latitude aux experts pour combler mentalement le défaut de document par ce que leur expérience leur fait pressentir. Il faut donc écrire dans le dossier médical ce qu'on a constaté, ce que l'on a fait et pourquoi on l'a fait, car seuls ces documents résistent aux reconstructions imprécises des souvenirs avec le temps. Il est erroné de penser que la faute d'un confrère ou d'une tierce personne pourrait réduire la sienne : sur le plan juridique, les actes de chaque participant sont analysés individuellement et sur le plan humain, l'impression faite aux experts de se « renvoyer la balle » est très fâcheuse. Une autre erreur est le défaut de rationalisation de l'ensemble de la démarche médicale. Certains se sentent coupable de tout, d'autres de rien, sans que ceci ait un effet prévisible sur l'issue de l'expertise. En revanche, le fait d'expliquer sa pratique à partir de recommandation, de consensus, 119 ou de données bibliographiques simples, a constamment un impact plus positif qu'une phrase du type : « *je fais toujours comme ça et je n'ai jamais eu d'accident* ». L'expérience collective, validée, est indispensable.

L'expertise reste une épreuve traumatisante pour le praticien. Pour la surmonter, il convient de comprendre le type de procédure et ses enjeux mais également d'y être préparé pour fournir une impression de sérieux à l'égard de sa pratique professionnelle. À titre d'exemple, un recours au tribunal administratif ne concerne que l'hôpital et un procès au civil concerne plus l'assureur que l'assuré. Enfin il n'est pas suffisant d'estimer que l'on est dans son bon droit, encore faut-il en persuader le juge, et avant lui l'expert.



Ces considérations incitent à fournir un dossier particulièrement complet. Il faut bien prendre conscience qu'un dossier incomplet ne permet pas de préjuger favorablement de l'absence de négligence de la part du praticien. Surtout, ces lacunes offrent toute latitude aux experts pour combler mentalement le défaut de document par ce que leur expérience leur fait pressentir. Il faut donc écrire dans le dossier médical ce qu'on a constaté, ce que l'on a fait et pourquoi on l'a fait, car seuls ces documents résistent aux reconstructions imprécises des souvenirs avec le temps. Il est erroné de penser que la faute d'un confrère ou d'une tierce personne pourrait réduire la sienne : sur le plan juridique, les actes de chaque participant sont analysés individuellement et sur le plan humain, l'impression faites aux experts de se « renvoyer la balle » est très fâcheuse. Une autre erreur est le défaut de rationalisation de l'ensemble de la démarche médicale. Certains se sentent coupable de tout, d'autres de rien, sans que ceci ait un effet prévisible sur l'issue de l'expertise. En revanche, le fait d'expliquer sa pratique à partir de recommandation, de consensus, 119 ou de données bibliographiques simples, a constamment un impact plus positif qu'une phrase du type : « je fais toujours comme ça et je n'ai jamais eu d'accident ». L'expérience collective, validée, est indispensable.

Hormis en cas d'urgence, d'impossibilité ou de refus du patient d'être informé, un médecin est tenu de lui donner une information loyale, claire et appropriée sur les risques graves afférents aux investigations et soins proposés, même si ces risques sont minimes ou exceptionnels. La charge de la preuve de l'information incombe au praticien qui doit montrer qu'une démarche d'information a été entreprise à l'égard du patient. Nul n'a jamais affirmé qu'un document écrit exhaustif, rapportant au patient, les bénéfices, alternatives et risques d'une prise en charge, doit être signé par lui. Le dialogue singulier est certainement plus important, mais sa traçabilité n'est pas évidente à démontrer sauf à le noter dans le dossier personnel avec éventuellement un schéma explicatif et à le rappeler dans les courriers dictés aux correspondants. Nonobstant, un document signé reste tout de même aux yeux du juge un élément de preuve de l'information. Pour conclure, dans le but d'éviter toute interprétation subjective de la part de l'expert, il convient de brider son imagination par des documents figurants dans un dossier complet et d'encadrer son opinion par des démarches fidèles aux recommandations consensuelles.

Dr Simon Marmor, Chirurgien, Groupe Hospitalier Diaconesses Croix Saint-Simon, Paris

1. *Aseptic Surgery Forum (Cité des Sciences, Paris, France) : 26-27 mars 2010. 1. Comité Technique des Infection Nosocomiales : 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales. Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, 2ème édition, 1999*
2. *Comité Technique des Infections Nosocomiales et des Infections Liées aux Soins : Définitions des infections associées aux soins. Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, Mai 2007*
3. *Sicot C. : Responsabilité médicale et infection nosocomiale : où est la cohérence ? Responsabilité N° 16, Décembre 2004*
4. *Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins (JO 5 mars 2002)*
5. *Carbonne A., Tadié M : Expertise médicale en CRCI, Cas particulier des infections nosocomiales. Revue hospitalière de France, Janvier-Février 2008, N° 520 : 42-44*
6. *Lienhart A. : L'expert, l'expertise médicale Réanimation, 2002, 11 : 138-46. 120*

Copyright

IMPRIMER | ENVOYER A UN CONFRERE | REAGIR | ENREGISTRER DANS MA BIBLIOTHEQUE | TAILLE DU TEXTE  

 Vos réactions

[Réagir à cet article](#)

En direct

Actualités
 Pro & Société
 Congrès
 Grandes études
 Sondage
 Images de la semaine
 Lettres à l'éditeur
 Codex
 Jim d'Or 2009
 Grippe A (H1/N1)
 Spécial Rhumato 2010
 AFU 2009 :
 > Urologie féminine
 > Cancer de la prostate

FMC

Mises au point
 Icono
 Quizz
 > QCM
 > Diagnostics
 Bibliothèque
 Vidéotheque

Services

Forum
 Carrefour des sites
 Fiches patient

JIM Médecin

Médecine générale
 Allergo
 Anapath
 Anesthésie-réa
 Biologie
 Cancéro
 Cardio
 Chirurgie
 Dermato
 Endocrino
 Etudiant
 Gastro
 Gériatrie
 Gynéco
 Imagerie
 Infectio
 Médecine interne
 Néphro
 Neuro
 Ophtalmo
 ORL
 Pédiatrie
 Pneumo
 Psy
 Rhumato
 Uro

JIM Pharmacien**JIM Infirmier****JIM Thématique**

> Cas cliniques

CONGRES

Aseptic Surgery Forum

Infections chirurgicales : de la prévention au traitement

Du 26/03/2010 au 27/03/2010-Paris



La 1ère édition d'*Aseptic Surgery Forum* qui s'est déroulée à Paris, les 26 et 27 Mars 2010 a reçu plus de 1 000 participants en provenance d'une vingtaine de pays. Remplissant un de ses objectifs premiers, ce nouveau rendez-vous international des acteurs de la santé a rassemblé les représentants des catégories professionnelles qui contribuent au quotidien à la prévention, au diagnostic et au traitement des infections chirurgicales. Cette première a suscité un grand intérêt des participants qui ont pu échanger pendant ces deux journées avec les intervenants et les exposants sur différents thèmes :

- Pourquoi y a-t-il des infections ?
- Revêtements antimicrobiens : perspectives ;
- L'hygiène des mains ;
- Le facteur humain ;
- Conception et organisation du bloc opératoire ;
- Doit-on garder la stérilisation en interne aux établissements ?
- Diagnostic microbiologique : nouvelles perspectives ;
- Prévention des infections du site opératoire : les mesures actuelles, sont-elle suffisantes ?
- Table ronde : traitement chirurgical des PTH infectées : deux temps ou un temps ?
- De la peau à l'infection ;
- L'infection dans les autres spécialités, analogies et différences ;
- Conséquences juridiques et économiques des infections chirurgicales.

La 2ème édition d'*Aseptic Surgery Forum* se tiendra à Paris les 29 et 30 Mars 2012. Les objectifs de cette rencontre sont de :

- Structurer et améliorer la prise en charge des malades infectés ;
- Améliorer les pratiques professionnelles sur le plan de l'hygiène ;
- Développer les technologies et mettre au point avec les industriels concernés des dispositifs médicaux limitant les risques ;
- Promouvoir et explorer la recherche fondamentale sur les mécanismes de ces infections encore peu connues ;
- Rassembler les praticiens des différentes spécialités tant médicales que technologiques qui contribuent à la lutte au quotidien contre le phénomène infectieux.

Elle prendra en compte les aspects liés au respect de l'environnement et au développement durable. Fortement axé sur la multidisciplinarité, l'appel à communication pour le programme des conférences et de l'exposition est en cours et à destination des :

- Chirurgiens ; IBODE, IADE (Cadres et personnels Infirmiers du bloc opératoire) ; Médecins : Anesthésistes, Hygiénistes, membres des CLINS, Radiologues, Réanimateurs, Rhumatologues, Urgentistes ; Bactériologistes, Infectiologues et Microbiologistes ; Pharmaciens ; Direction des services techniques et achats ; etc.
- Fournisseurs d'aménagements et d'équipements, de médicaments et de dispositifs médicaux, de produits et de services.

Les propositions de présentations (thème, titre, résumé d'une dizaine de lignes, intervenants photo et CV) sont à communiquer à « aforest@oriex.fr ».

Pour toute information : +33 (1) 48 91 89 89.

Agathe Forest « aforest@oriex.fr »

Sylviane Robinet « srobinet@aseptic-surgery-forum.com »

**12 sites thématiques du Jim**

Cas cliniques

Controverses

Economie de la santé

Epidémiologie

Génétique

Maladies rares

Médecine sans frontière

Pratique quotidienne

Premières

Prévention

Santé publique

Urgences