

Approche juridique et médicale comparée des infections
liées aux soins
Quel système envisager ?

Mémoire réalisé par
Samantha Sacco

Promoteur(s)
Geneviève Schamps

Année académique 2015-2016
Master en droit

« Personne n'a la responsabilité de tout faire, mais chacun doit accomplir quelque chose. »

Henry David Thoreau

Plagiat et erreur méthodologique grave

Le plagiat entraîne l'application des articles 87 à 90 du règlement général des études et des examens de l'UCL.

Il y a lieu d'entendre par « plagiat », l'utilisation des idées et énonciations d'un tiers, fussent-elles paraphrasées et quelle qu'en soit l'ampleur, sans que leur source ne soit mentionnée explicitement et distinctement à l'endroit exact de l'utilisation.

La reproduction littérale du passage d'une œuvre, même non soumise à droit d'auteur, requiert que l'extrait soit placé entre guillemets et que la citation soit immédiatement suivie de la référence exacte à la source consultée.*.

En outre, la reproduction littérale de passages d'une œuvre sans les placer entre guillemets, quand bien même l'auteur et la source de cette œuvre seraient mentionnés, constitue une erreur méthodologique grave pouvant entraîner l'échec.

* A ce sujet, voy. notamment <http://www.uclouvain.be/plagiat>.

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier ma promotrice, le Professeur Geneviève Schamps pour son aide quant à l'orientation de mes recherches mais également pour ses conseils avisés et son attention lors de nos entretiens.

Je remercie particulièrement le Professeur Anne Simon, médecin hygiéniste à l'hôpital Saint-Luc de Bruxelles, pour sa disponibilité et les informations essentielles qu'elle a pu me fournir lors de notre rendez-vous.

Je remercie également Madame Geneviève Christiaens, médecin hygiéniste au C.H.U. de Liège et professeur à l'université de Liège pour les renseignements qu'elle m'a transmis et qui m'ont été d'une grande aide dans la rédaction de ce travail.

Enfin, je remercie mes parents pour leur soutien, leurs encouragements depuis le commencement des mes études ainsi que pour les nombreuses relectures de ce mémoire.

Table des matières

Introduction	8
Titre 1. Eléments juridiques concernant ce type d'infections	10
Chapitre 1. Terminologie	10
Section 1. Catégorie d'infections selon le mode de transmission.....	11
§1. Endogène.....	12
§2. Exogène.....	12
Section 2. Faute, dommage, lien causal.....	13
Section 3. Obligation de moyens et de résultat.....	14
Section 4. Aléa thérapeutique	15
Chapitre 2. Droit d'information du patient et infections liées aux soins	16
Section 1. Que comprend cette information ?.....	18
Section 2. Charge de la preuve	20
§ 1. Défaut d'information	20
§ 2. Lien causal	21
Section 3. Sanction liée au défaut d'information.....	22
Chapitre 3. La responsabilité civile des infections associées aux soins	23
Section 1. Situation en Belgique.....	24
§1. Prérequis	24
§2. Responsabilité contractuelle	25
A. Obligation de sécurité de moyens ou de résultat	25
B. Jurisprudence isolée à Liège ; distinction selon la catégorie d'infections	29
§3. Responsabilité extracontractuelle	31
Section 2. Situation en France	34
A. Situation antérieure à la loi de 2002	34
B. Après la loi de 2002.....	36
Chapitre 4. Indemnisation des victimes de ces infections	38
§ 1. Le Fonds d'indemnisation des dommages résultant d'accidents médicaux	38
A. Principes et procédure.....	38
B. Que penser de cette solution ?	44
§ 2. Solidarité nationale : ONIAM et assureurs.....	47
Titre 2. Lutte contre les infections liées aux soins	53
Chapitre 1. Les infections associées aux soins sont-elles inévitables ?.....	53
Chapitre 2. Institutions consacrées à l'hygiène hospitalière.....	54

Section 1. Service public fédéral de la santé.....	54
§1. Conseil supérieur de la santé.....	55
§2. Institut scientifique de santé publique.....	55
Section 2. Commission belge de coordination de la politique antibiotique (BAPCOC)	57
§1. Attributions et objectifs.....	57
§2. Plateforme fédérale en hygiène hospitalière	57
Section 3. Centre fédéral d’expertise des soins de santé (KCE).....	58
Section 4. Comités d’hygiène hospitalière.....	59
Chapitre 3. Mesures pratiques en milieu hospitalier.....	61
Section 1. Renforcement des mesures d’hygiène	61
§1. Campagnes de sensibilisation	61
§2. Vérification du respect des pratiques adéquates	64
Section 2. Opportunité du traitement.....	64
Conclusion	66
Bibliographie	68
Table des matières des annexes	83

Introduction

Depuis de nombreuses années, nous ne cessons de faire appel à la médecine. Grâce aux développements des techniques et des connaissances, les médecins sont de plus en plus sollicités au fur et à mesure des années. Mais cet accroissement s'accompagne également de conséquences parfois négatives, en effet, les hommes ne sont pas des machines et ne sont pas à l'abri d'une erreur ou d'un manquement qui, si minime soit-il, peut avoir des répercussions assez graves. En matière de responsabilité médicale, à l'inverse d'autres domaines, la personne du patient est mise en jeu, ce qui rend d'autant plus importantes les questions de responsabilité médicale qui suscitent régulièrement de nombreux débats juridiques.

Dans cette matière au contenu particulièrement vaste, il convient de se poser les bonnes questions afin de pouvoir trouver des réponses claires au problème étudié. Ce travail sera une étude de droit comparé des questions de responsabilité médicale des médecins et des hôpitaux concernant les maladies nosocomiales et autres infections hospitalières. Dans cette optique, il est opportun d'étudier quelles sont les solutions que propose notre propre système belge mais également d'élargir cette réflexion à un niveau européen en faisant état notamment de la situation légale, jurisprudentielle et doctrinale chez nos voisins français, afin de pouvoir déterminer en définitive quel système serait éventuellement à favoriser afin d'éviter la perpétration de contraction de ce genre d'infections.

L'étude de ces questions n'est pas récente, néanmoins les réponses que le droit peut désormais y apporter le sont dans une certaine mesure. Pourtant, il n'est pas rare d'entendre qu'une personne a contracté une maladie grave en se rendant à l'hôpital, qu'elle en a subi des conséquences et que malheureusement le fait de s'être rendue à l'hôpital pour être soignée qui en est à l'origine. De plus en plus de dommages sont liés aux soins médicaux et ont donc lieu au sein de certaines institutions de soins, est-ce donc vraiment risqué de se rendre à l'hôpital lorsque nous faisons état d'une répétition de ce genre de cas sans pour autant pouvoir y remédier ?

Spontanément se pose cette question de savoir qui est responsable pour ce dommage que le patient subit, est-ce le fait de s'être trouvé au mauvais moment au mauvais endroit, est-ce une faute du personnel soignant et par conséquent de l'hôpital en ce qui concerne l'hygiène, ou

encore est-ce simplement une fragilité inévitable du patient ? Il convient d'approfondir quelque peu ce sujet, comment analyser la responsabilité du corps médical ainsi que des institutions de soins lorsqu'un patient présente ce type d'infections sans pour autant pouvoir reprocher de faute aux praticiens et personnel de soins ?

Tant de questions qui seront étudiées et développées tout au long de ce travail. Celui-ci comprendra deux titres où seront exposées tout d'abord les notions et ensuite les solutions envisagées pour éviter ces infections associées aux soins. Cette étude sera comparée, elle fera l'objet d'une analyse en droit belge mais aussi en droit français afin de mieux comprendre les forces et les faiblesses de notre système mais également de celui envisagé chez nos voisins pour enfin voir émerger un système, à défaut d'idéal, fonctionnel et acceptable.

Au sein de chaque titre seront développés plusieurs chapitres qui permettront de subdiviser la pensée afin que cet exposé soit le plus clair possible. Nous commencerons par un premier chapitre consacré à la définition de plusieurs concepts essentiels à la compréhension de ce travail, et poursuivrons avec un second chapitre qui détaillera les questions de responsabilité médicale et l'indemnisation des victimes.

Dans le second titre, deux chapitres également nous éclaireront d'abord sur les solutions envisagées au sein des hôpitaux, ensuite sur la transmission de certaines informations, nécessaires à la diminution de ces maladies.

Nous terminerons notre cheminement par une conclusion générale qui consistera à établir la détermination des qualités d'un régime que l'on pourrait qualifier d'idéal tout en étant réalisable dans lequel ce type d'infections se verrait le moins présent en comparant les divers systèmes des pays étudiés dans ce travail.

Titre 1. Eléments juridiques concernant ce type d'infections

Chapitre 1. Terminologie

Tout d'abord, l'expression « infection nosocomiale » semble être un terme un peu désuet qu'il convient de remplacer par « infections associées aux soins »¹. En effet, le champ de ces termes englobe plus d'hypothèses et est donc plus approprié dans ce contexte². Il s'agit d'infections, absentes à l'admission, que contracte généralement le patient dans les centres de soins tels que les hôpitaux, cliniques ou autres institutions dans lesquelles sont dispensés des soins médicaux³. En effet, ces lieux contenant diverses personnes parfois porteuses de germes et bactéries, sont des endroits de prédilection pour ce type d'infections.

Il apparaît qu'aucune définition ne puisse être trouvée dans notre législation belge, selon les auteurs, la raison de cette absence résiderait dans la volonté du législateur de laisser le soin aux cours et tribunaux de pouvoir appréhender cette expression d'une façon plus large que celle qui leur serait laissée s'il avait fait le choix d'opter pour une définition légale.

A l'inverse en France, nous pouvons trouver le sens de ces termes dans le code de santé publique dans deux dispositions, d'abord à l'article R. 6111-6 ensuite à l'article L. 1411-4.

Il n'est pas rare d'être en bonne santé en allant à l'hôpital et d'en ressortir plus malade qu'à l'origine, de par cette concentration de bactéries qui favorise la contamination par certaines personnes de ce type de maladies. Les hôpitaux universitaires ont tendance à présenter des statistiques d'infections nosocomiales plus importantes en comparaison avec d'autres hôpitaux. Nous pouvons expliquer ce phénomène par le fait que la patientèle de ces hôpitaux soit plus particulière et sélectionnée que dans d'autres institutions de soins. En effet, les patients sont en général des cas plus complexes voire « rares » qui nécessitent l'essai de techniques différentes, ce qui a pour conséquence d'augmenter le risque d'infections dans ces lieux spécifiques⁴.

¹ Voy. interview A. SIMON, annexe 8, question 1.

² *Ibid.*

³ W. DIJKHOFFZ, « Ziekenhuisinfecties : de (h)aard van het beestje ? Een actuele stand op het gebied van het aansprakelijkheidsrecht let rechtsvergelijkende kanttekeningen », *Rev. dr. santé*, 2005-2006, p. 277, n°7.

⁴ G. CHRISTIAENS, « Les infections nosocomiales : conséquence inadmissible ou risque inhérent à toute hospitalisation ? », *J.L.M.B.*, 2013/1, p. 55.

Les causes de ces infections sont multiples notamment le fait que certains patients soient plus sujets que d'autres à contracter ce type d'infections, notamment les personnes d'un âge plus avancé, celles atteintes d'un cancer mais également celles atteintes du virus du SIDA en raison d'un affaiblissement des défenses immunitaires⁵. Il existe d'autres facteurs comme l'utilisation parfois disproportionnée d'antibiotiques qui rend certaines bactéries plus résistantes aux traitements⁶.

Cette infection liée aux soins peut être définie en termes médicaux mais aussi en termes juridiques. D'un point de vue médical, il s'agit d'une infection liée aux soins prodigués par le personnel médical et qui fait référence à « tout événement infectieux en rapport plus ou moins proche avec un processus, une structure ou une démarche de soins »⁷. Vue sous l'angle juridique cette fois, cette infection est plutôt celle qui, bien qu'absente à l'admission du patient, se constate à la suite d'une hospitalisation, elle n'est alors pas liée à la raison pour laquelle le patient est admis à l'hôpital⁸.

Nous retiendrons en général que l'on peut considérer l'infection comme étant nosocomiale, si passé un délai d'incubation de 48 heures, elle est encore absente chez le patient. C'est en tout cas l'avis du tribunal de première instance de Liège⁹.

Section 1. Catégorie d'infections selon le mode de transmission

Ces infections peuvent être soit endogènes ou exogènes selon la façon dont elles contaminent le patient, cette distinction aura des conséquences lorsque nous aborderons la question de la responsabilité médicale ainsi que la réparation des dommages des patients.

⁵ O. GROSJEAN, « La résistible ascension des infections nosocomiales », obs. sous Cass. fr., 17 juin 2010, *J.L.M.B.*, 2013, p. 51 ; G. CHRISTIAENS, *op. cit.*, p. 53.

⁶ E. HANNOSSET, « Réflexions critiques sur l'évolution de quelques questions de droit médical », *Rev. dr. santé*, 2000-2001, p. 132.

⁷ B. DUBUISSON, « Les infections nosocomiales en droit comparé. Rapport de synthèse », in *L'indemnisation des victimes d'accidents médicaux en Europe*, Bruxelles, Bruylant, 2015, p. 272.

⁸ *Ibid.*

⁹ E. LANGENAKEN, « Les infections nosocomiales : un revirement de jurisprudence des juridictions liégeoises », *Con. M.*, 2013, p. 91 ; Civ. Liège, 7 janvier 2002, *R.G.A.R.*, 2002, n° 13.573 ; B. DE CONINCK, « Les infections nosocomiales. Rapport belge. » in *L'indemnisation des victimes d'accidents médicaux en Europe*, Bruxelles, Bruylant, 2015, p. 229 ; G. GENICOT, *Droit médical et biomédical*, Larcier, Bruxelles, Collection de la faculté de droit de l'Université de Liège, 2010, p. 426.

Le système juridique français fait aussi état d'une telle distinction d'infections mais nous verrons que les questions de responsabilités qui y sont liées n'ont pas autant de conséquences que dans notre droit.

§1. Endogène

Ce type d'infections est dit endogène lorsque c'est le patient lui-même qui développe ses bactéries en raison d'une faiblesse particulière, on fait référence notamment à la flore intestinale et digestive¹⁰. Le patient se présente à l'hôpital en bonne santé, sans qu'aucun examen ne puisse révéler la présence d'une infection déjà déclarée ou en germe, toutefois, en raison de cette faiblesse que présente le patient, son admission à l'hôpital fait naître l'infection sans qu'aucune faute ne puisse être reprochée au personnel soignant. Ce type d'infections n'est pas maîtrisable bien qu'aucun défaut d'hygiène ne soit constaté¹¹.

Nous pouvons prendre l'exemple d'un patient qui subit une opération digestive. Les médecins font correctement leur travail et respectent toutes les mesures d'hygiène, pourtant une bactérie de l'intestin peut alors décider de se rendre dans le sang et causer une infection sans qu'aucune cause extérieure ne soit possible. Dans ce cas, il s'agit d'une infection endogène car le patient lui-même est à l'origine de l'infection qu'il contracte¹².

§2. Exogène

Une infection nosocomiale est dite exogène lorsque son origine est extérieure au patient. L'origine de la bactérie responsable de l'infection serait « extérieure, acquise à partir de l'environnement »¹³. On parle d'infection exogène lorsque l'origine de la contraction d'une infection par le patient ne provient pas du fait d'une faiblesse inhérente à sa personne mais bien du milieu qui favorise le développement de cette bactérie par certains actes médicaux tels que la pose d'un cathéter ou d'une sonde par exemple. Il y a des modes particuliers de transmission, notamment l'eau, le matériel médical porteur de germes, les praticiens, etc. Tous ces contacts

¹⁰ Civ. Liège (6^e ch.), 17 janvier 2005, *J.L.M.B.*, 2006, livre 27, p.1187.

¹¹ B. DUBUISSON, *op. cit.*, p. 273.

¹² Voy. interview A. SIMON, annexe 8, question 1.

¹³ Civ. Liège (6^e ch.), 17 janvier 2005, *J.L.M.B.*, 2006, livre 27, p.1187.

peuvent être responsables de la contamination du patient par une maladie que l'on rencontre généralement en milieu hospitalier¹⁴.

Section 2. Faute, dommage, lien causal

A côté de la responsabilité contractuelle qu'engage la partie au contrat qui ne respecte pas une obligation qui lui incombe, existe une responsabilité extracontractuelle. Lorsque l'on entend tenir une personne pour responsable sur cette base, plusieurs éléments doivent être prouvés en vertu de l'article 1382 du Code civil qui est le socle du droit commun de la responsabilité civile extracontractuelle, trois en particulier sont nécessaires pour pouvoir retenir la responsabilité aquilienne. Il s'agit de la faute, du dommage de la victime et du lien causal qui unit le dommage et la faute. Dans ce cadre là, selon les articles 1315 de notre Code civil et 870 du Code judiciaire, c'est donc bien à la victime qu'il incombe de prouver qu'il y a une faute de la part de l'auteur, celle-ci peut trouver son origine soit dans une violation des normes légales ou réglementaires, soit dans la violation d'un devoir général de prudence qui nous incombe¹⁵.

Afin que la responsabilité civile extracontractuelle puisse être établie, encore faut-il que la victime parvienne à prouver que cette faute se trouve être en lien causal avec son dommage. L'auteur n'a donc pas à prouver qu'il n'a pas commis de faute, notre législateur a préféré ne pas s'aventurer sur le terrain d'une preuve négative par l'auteur, preuve qui s'avère en pratique être presque impossible à rapporter.

Le droit français dans ce domaine est un régime que l'on nomme « à base de faute ». En effet, tout le régime de responsabilité repose sur la faute d'une partie que la victime doit prouver et que l'auteur va tenter de renverser¹⁶.

En Belgique, à l'instar de la France, le législateur a fait également le choix de consacrer un système à base de faute dans notre pays. Toutefois, concernant les dommages dans le domaine médical, nous verrons qu'en Belgique, une loi est venue simplifier à la fois la preuve et l'indemnisation des victimes de ces accidents médicaux.

¹⁴ MINISTÈRE DE LA SANTÉ FRANÇAIS, « Les infections nosocomiales », dossier des services du Ministère de la Santé français, *Méd. et dr.*, janvier-février 2005, n°70, p. 15 ; O. GROSJEAN, *op. cit.* (voy. note 5), p. 51.

¹⁵ W. DIJKHOFFZ, *op. cit.*, p. 279.

¹⁶ B. DUBUISSON, *op. cit.*, p. 276.

Section 3. Obligation de moyens et de résultat

Lorsque l'on applique ce schéma par analogie au droit médical et à la relation qui unit le patient au personnel médical ou à l'hôpital, il est important de connaître la nature des obligations du médecin ou du praticien afin de constater si une faute a réellement été commise et si la responsabilité peut être retenue.

Dans ce contexte, les obligations du médecin sont, pour la plupart, des obligations que la jurisprudence et la doctrine qualifient de « moyens »¹⁷, en effet, le médecin a le devoir de mettre tout en œuvre pour soigner son patient de la meilleure manière qui soit en utilisant tous les moyens dont il dispose raisonnablement, on n'attend pas de lui qu'il réalise l'impossible mais à tout le moins qu'il se comporte comme un médecin raisonnable placé dans les mêmes circonstances et doté des mêmes connaissances dans le domaine au moment où il a réalisé les soins. Le médecin s'engage donc à tout mettre en œuvre afin d'arriver à un résultat déterminé mais s'il ne l'atteint pas, il ne peut pas d'office être responsable¹⁸. Dans ce type d'obligation, c'est le patient, créancier de l'obligation, qui a la charge de la preuve et doit prouver que le médecin n'a pas tout mis en œuvre pour la réalisation optimale des soins. Si le patient arrive à prouver cela, il y aura une faute dans le chef du médecin et sa responsabilité sera alors engagée.

A contrario, lorsque le médecin a une obligation de résultat¹⁹, nous ne parlons plus de tout mettre en œuvre pour soigner correctement le patient, là le médecin est tenu à un « résultat » déterminé²⁰. Les parties sont libres dans leur contrat de convenir du type d'obligation qui incombera à chacune. Nous pouvons notamment citer le cas d'un prothésiste dentaire qui devrait réaliser une prothèse pour son patient et qui ne prend pas les bonnes mesures, là l'on attend de lui qu'il atteigne un résultat déterminé, convenu entre les parties dès le départ. Il y a là un renversement de la charge de la preuve. Nous allons ici encore plus loin qu'une simple présomption réfragable de faute, dans laquelle il suffit pour le médecin de renverser la présomption, en prouvant par toutes voies de droit, qu'il n'a pas commis de faute.

¹⁷ Article 1137 du Code civil ; T. VANSWEEVELT, *La responsabilité civile du médecin et de l'hôpital*, Bruxelles, Bruylant, 1996, p. 61.

¹⁸ E. LANGENAKEN, « Les infections nosocomiales : un revirement de jurisprudence des juridictions liégeoises », *op. cit.*, p. 96.

¹⁹ Article 1147 du Code civil.

²⁰ E. LANGENAKEN, « Les infections nosocomiales : un revirement de jurisprudence des juridictions liégeoises », *op. cit.*, p. 96.

Les obligations de résultat sont l'exception là où les obligations de moyens sont la règle commune²¹.

En cas d'obligation de résultat, il s'agit d'une présomption qualifiée d'irréfragable dans laquelle le praticien, pour se libérer, ne peut pas se limiter à prouver qu'il n'a pas commis de faute, cela ne serait pas suffisant pour écarter sa responsabilité, il doit en plus prouver l'existence d'une cause étrangère exonératoire tel un cas de force majeure ou un état de nécessité²².

Ce n'est plus au patient de prouver que le médecin a commis une faute, mais bien au médecin ou à l'hôpital de prouver qu'il y a une cause étrangère exonératoire de responsabilité qui l'a empêché d'atteindre le résultat escompté. Dans l'hypothèse où celui-ci ne parviendrait pas à rapporter la preuve de cette cause étrangère permettant de l'exonérer, alors sa responsabilité serait retenue.

Section 4. Aléa thérapeutique

Dans la théorie générale des obligations, l'aléa thérapeutique ou encore l'accident médical fait référence à l'élément qui différencie une obligation de moyens de celle de résultat²³. Le principe de l'autonomie de la volonté établi en droit civil prévoit que les parties sont libres de décider quel type d'obligation elles entendent faire découler du contrat²⁴.

Lorsque les parties n'ont pas exprimé clairement leur volonté, il va falloir regarder du côté de l'aléa, celui-ci sera déterminant afin de pouvoir évaluer, si elles entendaient attribuer une obligation de moyens ou de résultat²⁵. Pour ce faire, lorsque l'aléa est presque inexistant et que le résultat est pratiquement certain à obtenir, l'on déduira de la volonté implicite des parties

²¹ Civ. Liège, 7 janvier 2002, *R.G.A.R.*, 2002, p. 13573-2. ; Civ. Gand, 16 avril 2007, *Rev. dr. santé*, 2007-2008, p. 371.

²² J.-L. FAGNART, « La causalité », in *Responsabilités – traité théorique et pratique*, Titre 1, liv. 11bis, Waterloo, Kluwer, 2008, p. 12.

²³ E. LANGENAKEN, « Les infections nosocomiales : un revirement de jurisprudence des juridictions liégeoises », *op. cit.*, p. 97 ; T. VANSWEEVELT, « La responsabilité des professionnels de la santé. La responsabilité du fait personnel », in *Responsabilités. Traité théorique et pratique*, Bruxelles, Kluwer, 2000, liv. 25, vol. 1, p. 13 ; C. LEMMENS, « Medische hulpmiddelen, veiligheid en nosocomiale infecties : een inspannings- dan wel een resultaatsverbintenis ? », note sous Civ. Gand, 16 avril 2007, *Rev. dr. santé*, 2007-2008, p. 375.

²⁴ Q. VAN ENIS, « Obligation de moyens ou de résultat en matière médicale : quand le juge doit sonder les cœurs et les reins des parties... », note sous Liège, 17 avril 2008, *R.R.D.*, 2008, p. 38 ; T. VANSWEEVELT, *La responsabilité civile du médecin et de l'hôpital*, *op. cit.*, p. 66.

²⁵ T. VANSWEEVELT, *La responsabilité civile du médecin et de l'hôpital*, *op. cit.*, p. 67.

d'avoir voulu consentir à une obligation de résultat²⁶. En revanche, lorsque le résultat est dominé par l'incertitude, il s'agira d'une obligation de moyens²⁷.

Si l'on applique cette théorie au domaine médical, lorsque le caractère aléatoire de l'opération ou de l'intervention sera important, il s'agira d'une obligation de moyens à charge du praticien et à l'inverse d'une obligation de résultat lorsque l'aléa sera moins important²⁸. On peut donc se baser sur ce critère pour arriver à la conclusion qu'il serait injuste de considérer que les parties se sont engagées à un résultat déterminé concernant les maladies nosocomiales²⁹. En effet, il est acquis que lesdites infections sont présentes dans toutes les institutions de soins bien que toutes les mesures mises en place, notamment concernant l'hygiène, soient méthodiquement respectées³⁰ (*voy. infra*).

Chapitre 2. Droit d'information du patient et infections liées aux soins

Spécifiquement concernant les infections associées aux soins, il est important d'aborder cette problématique, plus qu'indispensable. Nous analyserons ici l'information qui doit être donnée au préalable au patient qui se rend dans un établissement de soins.

En droit médical, la question du consentement du patient est centrale compte tenu du fait que dans une grande partie des cas, l'intervention médicale se révèle être invasive et touche à son intégrité physique³¹. En effet, l'article 12 de la Constitution consacre le droit à la liberté individuelle dont on peut déduire le droit à l'intégrité physique³². Sans ce consentement, l'acte médical devient une infraction pénale, raison pour laquelle il est plus qu'essentiel de s'assurer que le patient ait manifesté son consentement avant de poser un acte médical.

²⁶ Liège, 17 avril 2008, *R.R.D.*, 2008, pp. 35 et 36.

²⁷ E. LANGENAKEN, « Les infections nosocomiales : un revirement de jurisprudence des juridictions liégeoises », *op. cit.*, p. 97 ; T. VANSWEEVELT, « La responsabilité des professionnels de la santé. La responsabilité du fait personnel », *op. cit.*, p. 13 ; Cass. 3 mai 1984, *Pas.*, 1984, I, p. 1081.

²⁸ E. LANGENAKEN, « Les infections nosocomiales : un revirement de jurisprudence des juridictions liégeoises », *op. cit.*, p. 97 ; Cass. 15 janvier 2010, *J.L.M.B.*, 2010, p. 728.

²⁹ Gand, 2 février 2012, *N.J.W.*, 30 janvier 2013, n°275, p. 78.

³⁰ G. CHRISTIAENS, *op. cit.* (*voy. note 4*), p. 53.

³¹ R. D'HAESE, « Medische contracten in het licht van het recht op eerbied voor de fysieke integriteit - De informed consent- vereiste als raakpunt », *R.G.D.C.*, 2010, p. 430.

³² E. HANNOSSET, « Réflexions critiques sur l'évolution de quelques questions de droit médical », *op. cit.* (*voy. note 6*), p. 125.

Pour que son consentement soit valable³³, le patient doit avoir reçu de la part du professionnel de la santé toutes les informations nécessaires, l'on dit que ce consentement doit être « éclairé », il doit avoir été en mesure, grâce à l'information apportée, de comprendre les conséquences d'un acte médical en particulier et « *la portée exacte de l'acte médical qui va être entrepris* ³⁴ ».

L'on comprend donc que les notions d'informations et de consentement sont intimement liées et indissociables l'une de l'autre, c'est d'ailleurs ce que prévoit le législateur aux articles 7, §1^{er} et 8 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient. Ces articles nous apprennent d'abord que « *le patient a droit, de la part du praticien professionnel, à toutes les informations qui le concernent et peuvent lui être nécessaires pour comprendre son état de santé et son évolution probable*³⁵ » et ensuite que « *le patient a le droit de consentir librement à toute intervention du praticien professionnel moyennant information préalable.* ³⁶ » Nous verrons que l'information doit être la plus complète possible mais également adaptée à la situation et à la personne du patient.

Nous examinerons dans une première section ce que doit contenir cette information dont le médecin est débiteur à l'égard du patient.

Dans une seconde section, nous nous efforcerons d'établir qui a la charge de la preuve que cette information a été correctement donnée.

Enfin, dans une dernière section, nous aborderons la question de la sanction du défaut d'information.

³³ P. HENRY ET B. DE COCQUEAU, « L'information et le consentement du patient : les nouvelles balises », *Evolution des droits du patient, indemnisation sans faute des dommages liés aux soins de santé : le droit médical en mouvement*, sous dir. de G. Schamps, Bruxelles-Paris, Bruylant-LGDJ, 2008, p. 27.

³⁴ E. HANNOSSET, « Réflexions critiques sur l'évolution de quelques questions de droit médical », *op. cit.* (voy. note 6), p. 127.

³⁵ Article 7, § 1^{er} de la Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

³⁶ Article 8, § 1^{er}, alinéa 1, de la Loi du 22 août 2002 précitée.

Section 1. Que comprend cette information ?

Comme l'indique l'article 7 de la loi du 22 août 2002 sur les droits du patient, lorsque ce dernier se rend à l'hôpital, il est en droit de recevoir de la part de son médecin toute information qui lui serait nécessaire à marquer son consentement. L'on comprend que dans cette relation patient-médecin, le premier est créancier, alors que le second est débiteur de cette information. Mais que doit en pratique révéler le médecin à son patient, doit-il tout lui dire ?

Ce qu'il est important de garder à l'esprit c'est que l'information doit avoir pour but de permettre au patient de se faire une idée de l'intervention médicale dans sa globalité³⁷, c'est-à-dire, en prenant en compte les risques possibles, les conséquences sur sa santé, etc. A ce titre, l'article 8, § 2 nous livre le contenu de cette information qui doit comprendre « *l'objectif, la nature, le degré d'urgence, la durée, la fréquence, les contre-indications, effets secondaires et risques inhérents à l'intervention et pertinents pour le patient, les soins de suivi, les alternatives possibles et les répercussions financières*³⁸ ». L'on voit qu'elle se veut être la plus complète possible.

En France également, la Cour de cassation reconnaît cette obligation, déjà depuis 2001³⁹. Elle fait également l'objet d'une base légale dans le code de santé publique à l'article L. 1111-2, alinéa 1 et 2. En effet, ces deux alinéas précisent outre le fait que le praticien est bien débiteur d'information à l'égard de son patient, les éléments que doit comprendre cette information notamment « *les risques fréquents ou graves normalement prévisibles* »⁴⁰.

En appliquant ce principe aux infections associées aux soins, il convient de mettre en évidence la partie de l'article réservée aux risques, c'est ce que représentent ces infections pour un patient qui se rend dans un établissement de soins. Les risques, dont doit informer le praticien en droit belge, sont ceux « *inhérents à l'intervention et pertinents pour le patient* »⁴¹. Comme le relèvent plusieurs auteurs et une jurisprudence majoritaire, il s'agit ici de faire application de la théorie

³⁷ E. HANNOSSET, « Réflexions critiques sur l'évolution de quelques questions de droit médical », *op. cit.* (voy. note 6), p. 127.

³⁸ Article 8, § 2 de la loi du 22 août 2002 précitée.

³⁹ Cass. fr., 1^{ère} civ., 9 octobre 2001, *Bull. civ.*, I, n° 249.

⁴⁰ Article L. 1111-2, alinéa 2 du Code de la santé publique.

⁴¹ Article 8, § 2 de la loi du 22 août 2002 précitée.

des risques significatifs^{42 43} comme c'est le cas en France. Le médecin ne peut pas se limiter à la mention des risques « *normaux, prévisibles et ceux à prévoir raisonnablement* ⁴⁴ » comme le prévoyait la théorie du risque normal et prévisible⁴⁵, il doit informer son patient sur les risques pertinents compte tenu du cas d'espèce c'est-à-dire, non seulement les risques fréquents mais également ceux qui, bien que se présentant rarement, sont suffisamment graves pour être mentionnés ⁴⁶. Les infections liées aux soins en sont une belle illustration.

Le médecin doit donc avertir le patient de la possibilité de la contamination par ce type d'infections dès lors qu'un acte médical lui est prodigué afin de respecter les obligations légales contenues dans les articles 7 et 8 de la loi du 22 août 2002, l'information sera différente selon le type d'intervention qui est envisagé.

L'information qu'il lui donne par rapport à ces infections doit cependant être de l'ordre du raisonnable, il n'est pas utile que le médecin doive détailler les statistiques de l'hôpital en rapport avec les infections liées aux soins, la loi ne prévoit d'ailleurs pas cette obligation⁴⁷, il s'agit ici de faire en sorte que le patient soit en mesure d'accepter ou de refuser l'intervention, pourtant certains auteurs estiment ce détail comme nécessaire car « *l'importance du choix s'avère vitale si on prend conscience de la gravité du risque* »⁴⁸. Pourtant, il n'est pas établi que cela aiderait le patient dans sa prise de décision, au contraire, il se pourrait que l'information donnée par le médecin sur ces chiffres ne soit pas correcte, ce qui reviendrait à mettre en doute le caractère « éclairé » du consentement du patient.

Une fois que l'information a été correctement donnée par le praticien et que le patient conscient des risques, accepte malgré tout l'intervention médicale, certains courants de doctrine considèrent que, sur base de la théorie de déplacement des risques, le patient les accepte

⁴² G. GENICOT, *Droit médical et biomédical*, *op. cit.* (voy. note 9), p. 168 ; P. HENRY et B. DE COCQUEAU, « A propos du consentement libre et éclairé », *Droit médical*, sous dir. d'Y.-H. Leleu, Bruxelles, Larcier, 2005, pp. 198-199.

⁴³ E. HANNOSSET, « Réflexions critiques sur l'évolution de quelques questions de droit médical », *op. cit.* (voy. note 6), p. 128.

⁴⁴ *Ibid.*

⁴⁵ *Ibid.*

⁴⁶ E. HANNOSSET, « Réflexions critiques sur l'évolution de quelques questions de droit médical », *op. cit.*, p. 128 ; P. HENRY et B. DE COCQUEAU, « A propos du consentement libre et éclairé », *op. cit.*, pp. 198-199.

⁴⁷ E. HANNOSSET, « Réflexions critiques sur l'évolution de quelques questions de droit médical », *op. cit.*, p. 133.

⁴⁸ *Ibid.*, p. 132.

implicitement⁴⁹. La jurisprudence est pourtant en désaccord avec cette théorie comme le montre un arrêt de 2006 de la Cour de cassation⁵⁰.

Section 2. Charge de la preuve

§ 1. Défaut d'information

Il est assez difficile en pratique d'établir que le médecin a manqué à son obligation d'information, en effet, il n'y a que rarement d'écrits permettant de démontrer que le médecin n'a pas correctement informé le patient et que celui-ci ignorait les risques auxquels il s'exposait, il s'agit la plupart du temps d'entrevues dans lesquelles le médecin s'entretient seul avec son patient⁵¹.

En droit Belge dans ce domaine, le droit commun de la responsabilité trouve à s'appliquer. Il implique la démonstration du défaut d'information, entendue comme étant l'élément de faute, et le lien causal entre celle-ci et le dommage de la victime⁵².

Notons qu'il s'agit en Belgique d'une obligation de moyens et non de résultat comme c'est le cas en France⁵³.

Dans notre pays, après quelques périodes floues, la charge de la preuve du défaut d'information appartient définitivement au patient, ceci couplé au fait qu'il doit également rapporter la preuve du lien causal liant ce défaut au dommage qu'il subit comme le prévoient les articles 1315 du Code civil et 870 du Code judiciaire. C'est également sur ces bases que s'est fondée la Cour de cassation en 2004 pour affirmer la charge de la preuve incombant au patient⁵⁴. Elle indique toutefois, compte tenu de la difficulté de la preuve d'un fait négatif, la possibilité du rapport de cette preuve par toutes voies de droit⁵⁵.

⁴⁹ R. DALCQ, « L'évolution de la responsabilité médicale », *Bull. ass.* 1981, p. 650 ; I. LUTTE, « Aspect médico-légal des infections nosocomiales », in *La responsabilité médicale. Actualités du dommage corporel*, sous dir. de P. Lucas et M. Stehman, Bruxelles, Juridoc, 2003, p. 89.

⁵⁰ Cass., 12 mai 2006, *J.L.M.B.*, 2006, p. 1178.

⁵¹ P. HENRY et B. DE COCQUEAU, « A propos du consentement libre et éclairé », *op. cit.*, p. 216.

⁵² E. HANNOSSET, « Consentement éclairé : fondement, méconnaissance, conséquences », *Droit médical*, Bruxelles, Larcier, 2005, p. 250.

⁵³ B. DE CONINCK, « Les infections nosocomiales. Rapport belge. » *op. cit.*, p. 232.

⁵⁴ Cass., 16 décembre 2004, *Rev. dr. santé*, 2004-2005, p. 298 et Cass., 16 décembre 2004, *Rev. dr. santé*, 2004-2005, p. 302.

⁵⁵ Cass., 16 décembre 2004, *Rev. dr. santé*, 2004-2005, p. 302 ; Cass., 28 février 2002, *Rev. dr. santé*, 2002-2003, p. 12.

En France, la situation est quelque peu différente, en effet l'article L. 1111-2, alinéa 7 du Code de la santé publique semble faire peser la charge probatoire sur le médecin. Nous pouvons lire « *En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen.* »⁵⁶ » La loi française permet le rapport de cette preuve par tout moyen, comme c'est le cas dans notre pays depuis l'arrêt de 2004 précité. La Cour de cassation française s'est prononcée sur le sujet en établissant à charge du médecin, l'établissement de la preuve de « *l'exécution de son obligation d'information* »⁵⁷.

§ 2. Lien causal

En plus de devoir prouver le défaut d'information et le dommage, la victime doit en plus prouver que ce défaut est en lien causal⁵⁸ avec le dommage comme le requiert le droit commun de la responsabilité civile.

Afin d'établir si le défaut d'information est bien en lien causal avec le dommage, il faut s'en référer à la théorie de l'équivalence des conditions qui pose, comme principe, qu'un lien causal est établi dès lors que, sans le défaut d'information, le dommage ne se serait pas produit tel qu'il s'est produit in concreto. Il faudra alors que le défaut d'information par le médecin soit d'une telle importance, que le patient justement informé n'aurait pas consenti à l'intervention⁵⁹, I. LUTTE précise à cet égard qu'il est rare que le patient, bien qu'informé, refuse l'hospitalisation⁶⁰. En effet, un certain pourcentage des infections liées aux soins est considéré comme « incompressible », autrement dit inéluctable, sachant cela, l'on remarque en pratique que, dans bien des cas, le patient informé consent néanmoins à l'intervention ou à l'hospitalisation car celle-ci est nécessaire même si elle présente des risques d'infections de ce type⁶¹.

⁵⁶ Article 1111-2, alinéa 7 du Code de la santé publique.

⁵⁷ Cass. fr., 1^{ère} civ., arrêt n°94-19685 du 25 février 1997, *Rev. dr. santé*, 1997-1998, p. 337.

⁵⁸ I. LUTTE, *op. cit.*, p. 89.

⁵⁹ B. DE CONINCK, « Les infections nosocomiales. Rapport belge. » *op. cit.* (voy. note 9), p. 232.

⁶⁰ I. LUTTE, *op. cit.*, p. 89.

⁶¹ T. VANSWEEVELT, « La violation de l'obligation d'information en tant que dommage autonome », *Rev. dr. santé*, 2012-2013, p. 266.

Il est donc, à notre sens, inutile de tenter de fonder une responsabilité sur ce défaut d'information dans l'espoir d'obtenir une indemnisation de son dommage en raison du fait que le lien causal est bien trop incertain.

Section 3. Sanction liée au défaut d'information

Quand le patient ne reçoit pas d'information ou que celle-ci est incomplète, l'on considère que son consentement n'est pas totalement éclairé et que partant, l'intervention médicale est injustifiée. Dès lors, il est normal que le médecin s'expose à des sanctions car il contrevient à une obligation légale prescrite par les articles 7, § 1 et 8 de la loi du 22 août 2002.

A ce titre, aucune solution légale ne semble apparaître à la lecture de la loi de 2002, la seule possibilité pour le patient étant d'essayer d'obtenir réparation de son dommage par le biais de la théorie de la perte d'une chance⁶² en raison de la difficulté pour lui d'établir avec certitude l'existence d'un lien causal entre le défaut d'information et le dommage. Cette théorie établit qu'en raison du défaut d'information, le patient a « perdu une chance » d'éviter un risque ayant causé son dommage⁶³, ou encore « *perdu une chance d'avoir pu renoncer à une intervention*⁶⁴ »⁶⁵. En Belgique, à notre grand regret, aucune décision de jurisprudence ne nous permet d'affirmer que nos cours et tribunaux seraient enclins à accepter cette théorie, comme servant de base à l'indemnisation d'un patient qui aurait contracté une infection associée aux soins, à la suite d'un défaut d'information de la part du médecin.

Bien qu'elle n'ait pas fait l'unanimité en France⁶⁶, la jurisprudence semblait avoir accepté cette théorie et l'avait d'ailleurs admise plusieurs fois⁶⁷, c'est notamment le cas de la Cour de cassation et du Conseil d'Etat qui se sont prononcés dans deux affaires concernant des

⁶² B. DUBUISSON, *op. cit.* (voy. note 7), p. 277 ; B. DE CONINCK, « Les infections nosocomiales. Rapport belge. » *op. cit.*, p. 232.

⁶³ J.-L. GALLET, « Le regard du juge sur la loi du 4 mars 2002 », in *La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, 10 ans après*, Bruxelles, Bruylant, 2013, p. 150.

⁶⁴ B. DE CONINCK, « Les infections nosocomiales. Rapport belge. » *op. cit.*, p. 232.

⁶⁵ E. LANGENAKEN, « Les infections nosocomiales : un revirement de jurisprudence des juridictions liégeoises », *op. cit.* (voy. note 9), p. 98.

⁶⁶ O. GOUT et S. PORCHY-SIMON, « L'obligation d'information du médecin et le consentement éclairé du patient - Rapport français », Groupe de Recherche Européen sur la Responsabilité Civile et l'Assurance, Louvain-la-Neuve, septembre 2013, p. 10.

⁶⁷ F. VIALLA, « Evolutions récentes de la responsabilité pour défaut d'information », *Méd. & dr.*, 2010, n°105, p. 165.

infections associées aux soins contractées à la suite d'un acte médical pour lequel le consentement du patient n'était pas certain en raison d'un défaut d'information⁶⁸.

A la suite de cela, ces deux juridictions ont revu leur position en admettant que le défaut d'information créait chez la victime un dommage autonome qu'il ne fallait pas analyser sous l'angle de la perte d'une chance mais bien comme étant un « préjudice d'impréparation »⁶⁹. La Cour de cassation a analysé cette forme de préjudice dans deux arrêts respectivement de 2010⁷⁰ et 2012⁷¹.

Tout cela permet à la victime d'obtenir assurément une indemnisation sur cette base en établissant une sanction réelle au défaut d'information⁷². En revanche, en Belgique, rien ne permet d'affirmer qu'une indemnisation est possible pour la victime en raison de l'absence de solution légale ou jurisprudentielle, à ce sujet B. DE CONINCK nous apprend qu'en dehors des hypothèses émises précédemment, « nous ne voyons pas dans la sanction du défaut d'information de voie d'indemnisation effective du dommage consécutif à une infection nosocomiale »⁷³. Nous espérons qu'à l'avenir, le législateur jugera utile de légiférer sur le sujet.

Chapitre 3. La responsabilité civile des infections associées aux soins

Les questions de responsabilité liées aux infections associées aux soins sont centrales et essentielles car il est souvent difficilement concevable de condamner l'hôpital dans le cas de la contraction de ce type d'infections par le patient, compte tenu de l'inévitabilité de ces maladies dans ces institutions qui, nous le savons, représentent des lieux propices à la prolifération de bactéries, en raison notamment des patients malades qui y séjournent. Comment, dès lors, reprocher une faute au personnel soignant et par conséquent, à l'hôpital, pour un risque pratiquement inévitable à l'admission du patient ? La tension, ici, étant d'essayer de maintenir un certain équilibre entre les intérêts du patient et ceux de l'hôpital, car nous comprenons, à ce stade, que le patient ne peut pas d'office être tenu pour responsable de son mal, mais qu'à l'inverse, nous ne pouvons pas systématiquement déduire que l'hôpital l'est.

⁶⁸ Cass. fr., 1^{ère} civ., arrêt n°97-14254 du 29 juin 1999, *Bull. civ.*, 1999, I, n°220. p. 152 ; C.E. fr., arrêt n°211370 du 27 septembre 2002, *Revue française du dommage corporel*, 2003, p. 289.

⁶⁹ B. DE CONINCK, « Les infections nosocomiales. Rapport belge. » *op. cit.*, p. 232 ;

⁷⁰ Cass. fr., 1^{ère} civ., arrêt n°09-13591 du 3 juin 2010, *J.T.*, 2011, p. 156.

⁷¹ Cass. fr., 1^{ère} civ., arrêt n°11-18327 du 12 juin 2012, *Bull. civ.*, 2012, I, n°129.

⁷² O. GOUT et S. PORCHY-SIMON, *op. cit.*, p. 11.

⁷³ B. DE CONINCK, « Les infections nosocomiales. Rapport belge. » *op. cit.*, p. 232.

Il est alors important de préciser, qu'il est du devoir du droit de prévoir un système de réparation pour le patient, qui présente cette infection absente à l'admission et également étrangère au mal pour lequel il s'est présenté dans l'institution de soins, bien que parfois, aucune faute ne puisse être reprochée à quiconque. Il est plus qu'essentiel de déterminer la responsabilité de ce risque afin de ne pas rompre « l'équilibre des intérêts en présence », ce qui serait le cas si les hôpitaux étaient d'office tenus pour responsables de ce type d'infections⁷⁴.

Section 1. Situation en Belgique

Après avoir détaillé la façon dont s'établissait la responsabilité dans le droit civil belge, nous allons l'appliquer par analogie au contexte hospitalier et en faire une comparaison avec le système établi en France.

§1. Prérequis

La question de la responsabilité est toujours assez difficile à appréhender car elle est calquée sur des faits et ne fait pas l'objet d'une application automatique mais bien d'une appréciation par la jurisprudence. Spécialement en matière médicale, il n'est pas toujours aisé pour les juges de déterminer la responsabilité de l'une ou de l'autre partie tant la médecine est parfois un domaine dans lequel les certitudes sont malaisées à démontrer.

Beaucoup d'hypothèses ont été envisagées dans le contexte de la charge de la preuve de faute du médecin par le patient. Fallait-il s'en référer au droit commun de la responsabilité et demander au patient de rapporter la preuve d'un défaut d'information de la part du médecin, ou encore le patient devait-il prouver un manquement de l'hôpital ou du praticien à l'obligation de soins prévue par le contrat hospitalier ?

⁷⁴ B. DUBUISSON, *op. cit.* (voy. note 7), p. 269.

Nous établirons ici la distinction classique qui existe entre la responsabilité contractuelle et extracontractuelle, en effet, les solutions qui ressortent de ces deux ordres de responsabilité sont sur quelques points semblables notamment à reprendre les paroles de G. GENICOT, « *le principe de la responsabilité, qu'il trouve son siège dans l'inexécution fautive d'une obligation contractuelle ou extracontractuelle, suppose toujours la réunion de trois composantes classiques: faute, dommage, lien causal* »⁷⁵. Il est néanmoins utile d'établir les différentes solutions qui ont pu être trouvées afin d'établir un panel assez complet au sujet des infections associées aux soins.

§2. Responsabilité contractuelle

A. Obligation de sécurité de moyens ou de résultat

En Belgique, il est courant d'admettre que le patient se trouve dans une relation contractuelle avec le médecin ou avec l'hôpital⁷⁶. Ce contrat « d'hospitalisation » contient plusieurs obligations pour les deux parties, notamment une obligation principale de prodiguer des soins au patient pour le praticien. Dans ce cas, le médecin et l'hôpital ne seront responsables solidairement que dès que le patient aura apporté la preuve que le médecin a commis une faute en lien causal avec son dommage.

En plus de cette obligation principale de soins découlant du contrat, la jurisprudence et la doctrine estiment qu'il existe une obligation spécifique étant l'obligation de sécurité accessoire à l'obligation de soins⁷⁷ qui oblige le personnel médical et l'hôpital à ne pas exposer le patient à un dommage qui n'aurait pas dû être le sien⁷⁸ ; autrement dit, le personnel médical doit avant tout veiller à ne pas infecter le patient⁷⁹. Nous verrons que la qualification de moyens ou de résultat de cette obligation accessoire n'est pas unanime au sein de la jurisprudence et de la doctrine.

⁷⁵ G. GENICOT, « Faute, risque, aléa, sécurité », in *Droit médical*, coord. d'Y.-H. Leleu, Bruxelles, Larcier, 2005, p. 69.

⁷⁶ Civ. Liège, 26 mars 2002, *R.G.A.R.*, 2002, p. 13572-2.

⁷⁷ Civ. Gand, 16 avril 2007, *Rev. Dr. Santé*, 2007-2008, p. 371.

⁷⁸ Civ. Liège, 18 janvier 2011, *J.L.M.B.*, 2013, p. 793 ;

⁷⁹ I. LUTTE, *op. cit.* (voy. note 49), p. 87 ; Civ. Liège, 30 novembre 2009, *J.L.M.B.*, 2010, p. 750.

C'est au patient qu'il appartiendra de démontrer, que c'est en raison du défaut de respect des mesures d'hygiène par les médecins et partant du non respect de l'obligation de sécurité qu'il se retrouve atteint d'une maladie. La simple constatation de la contraction ne suffit pas à démontrer que le médecin a commis une faute⁸⁰, pour cela il faudrait que pèse une présomption de faute sur le médecin. C'est ici qu'intervient la distinction faite précédemment entre l'obligation de moyens ou de résultat.

Cette différence entre les deux types d'obligation a de lourdes conséquences pour la victime. En effet, s'il s'agit d'une obligation de résultat, il lui incombe uniquement de prouver le caractère nosocomial de son infection pour engager la responsabilité de l'hôpital ou du médecin. A l'inverse, s'il s'agit d'une obligation de moyens, elle devra alors démontrer que le prestataire de soins n'a pas mis tout en œuvre en vue de préserver la sécurité de son patient.

La plupart des cours et tribunaux de notre pays semble partager, avec la doctrine, la même idée concernant cette obligation de soins qui incombe aux médecins et à l'hôpital, prenant racine dans le contrat hospitalier ; ces juridictions et les auteurs sont d'ailleurs convaincus que les règles du droit commun trouvent à s'appliquer dans ce contexte et prêchent pour une obligation de moyens⁸¹ dans laquelle les médecins s'obligent à mettre tout en œuvre pour garantir la sécurité du patient mais s'ils n'y parviennent pas, leur responsabilité n'est pas automatiquement engagée sur cette base.

Dans un arrêt de 2010⁸², le tribunal de première instance de Bruxelles énonce que les infections nosocomiales sont « *un aléa thérapeutique comme un autre* »⁸³ compte tenu du fait qu'elles semblent « *inévitables* » et donc « *qu'il n'y a pas de motif juridique à traiter cet aléa différemment des autres et de placer systématiquement la charge de cet aléa sur le médecin plutôt que sur le patient* »⁸⁴. Encore à ce même tribunal de rappeler que « *la responsabilité contractuelle du médecin et de l'hôpital en matière d'obligations de moyens suppose la preuve*

⁸⁰ B. DUBUISSON, *op. cit.* (voy. note 7), p. 275.

⁸¹ T. VANSWEEVELT, *La responsabilité civile du médecin et de l'hôpital*, *op. cit.*, p. 69.

⁸² Civ. Bruxelles (71^e ch.), 7 janvier 2010, *J.L.M.B.*, 2010, p. 752 ; B. DE CONINCK, « Les infections nosocomiales. Rapport belge. » *op. cit.* (voy. note 9), p. 237.

⁸³ G. GENICOT, « Infections nosocomiales : la responsabilité médicale au milieu du gué », *J.L.M.B.*, 2010, liv. 16, p. 759.

⁸⁴ Civ. Bruxelles (71^e ch.), 7 janvier 2010, *J.L.M.B.*, 2010, p. 752.

de l'existence de trois conditions, une faute, un dommage et un lien de causalité entre les deux »⁸⁵.

Il s'agit donc en définitive pour le patient, et non pour l'hôpital, d'établir la preuve que l'infection, dont il est atteint, trouve bien sa cause dans les soins qui lui ont été prodigués⁸⁶. Cela s'explique par le fait que l'aléa est beaucoup trop grand dans ce genre de circonstances, il serait donc injuste de penser que l'hôpital s'est engagé à respecter une obligation de résultat et faire peser la charge de la preuve sur ce dernier, « *le patient est donc dans la même situation que celui qui est victime d'une complication imprévue, indépendante de toute faute, c'est-à-dire ce que l'on appelle un aléa thérapeutique*⁸⁸ ».

Le tribunal de première instance de Bruxelles dans un arrêt de 2012 a d'ailleurs précisé que l'obligation de respecter les mesures d'hygiène est une obligation de résultat alors que l'obligation de sécurité accessoire à l'obligation principale de soins est de moyens⁸⁹. Dans un arrêt plus récent de 2014, ce même tribunal nous réaffirme cette position⁹⁰.

Pourtant, certains auteurs ne partagent pas les arguments des tribunaux, à ce sujet I. LUTTE nous livre un exposé clair en affirmant qu'« *une complication médicale qui ne peut pas être évitée dans 60 à 70% des cas est incontestablement un aléa médical. Dès lors, dans ce domaine, l'obligation de sécurité est une obligation de moyens.*⁹¹ »

⁸⁵ Civ. Bruxelles, 11 juin 2012, *Con. M.*, 2012, liv. 4, p. 156.

⁸⁶ B. DUBUISSON, *op. cit.*, p. 272 ; S. HOCQUET-BERG, « Responsabilité médicale sans faute. Infection nosocomiale », *Juris-Cl.*, fasc. 440-455, p. 11, n°26.

⁸⁷ C. LEMMENS, « Het al dan niet vermijdbaar karakter van nosocomiale infecties en de impact daarvan op de verbintenissen van de zorgverlener ? », *Rev. dr. santé*, 2012-2013, p. 371.

⁸⁸ R. DALCQ, « A propos des infections nosocomiales », *Rev. dr. santé*, 1999-2000, p. 4.

⁸⁹ Civ. Bruxelles, 11 juin 2012, *Con. M.*, 2012, p. 161.

⁹⁰ G. G., « Une obligation de sécurité de résultat en matière d'infections nosocomiales », *Rev. dr. santé*, 2014-2015, liv. 2, p. 139 ; Civ. Bruxelles (11^e ch.), 28 janvier 2014, *Rev. dr. santé*, 2014-2015, liv. 2, p. 133 ; B. DE CONINCK, « Infections nosocomiales ; obligations de moyens ou de résultat ? » *R.G.A.R.*, 2015/4, p. 15169-2.

⁹¹ I. LUTTE, *op. cit.*, p. 88.

La charge probatoire est lourde pour le patient, dans ce cas, car il s'agit d'une preuve négative ou déduite de circonstances, dès lors, compte tenu de cette difficulté, les tribunaux se montrent relativement souples dans l'établissement par le patient du caractère nosocomial de l'infection, ils admettent que la preuve soit rapportée aussi bien « à l'aide de présomptions graves, précises et concordantes, appréciées souverainement par le juge du fond »⁹², expression également utilisée dans les juridictions françaises, que par le biais d'un faisceau d'indices qui serait, par exemple, tiré du rapport d'un expert ou lorsqu'aucune autre circonstance ne permet d'expliquer le dommage du patient⁹³.

Bien que la charge de la preuve soit assouplie pour le patient, il est important de rappeler qu'il ne s'agit pas en définitive de faire peser celle-ci sur l'hôpital au risque de violer les règles qui établissent la charge de la preuve en matière civile⁹⁴.

Dans un cas spécifique et uniquement dans ce cas là, l'hôpital a une obligation de sécurité qualifiée comme étant de résultat. C'est effectivement le cas lorsque l'infection trouve son origine dans le matériel utilisé par le personnel soignant, sans pour autant se baser sur l'article 1384 du Code civil. En effet, ce système, reconnaissant une obligation de résultat dans ce cas particulier, est fondé sur la responsabilité contractuelle là où l'article 1384, alinéa 1^{er} fonde la responsabilité objective extracontractuelle du gardien de la chose vicieuse. Le patient est légitimement en droit d'attendre du personnel médical qu'il s'assure de l'hygiène complète des instruments utilisés⁹⁵. Dans ce genre de situation, l'on peut aisément réaliser que l'aléa est pratiquement inexistant⁹⁶ et qu'il est acceptable de consacrer une obligation de résultat dans le chef du personnel médical⁹⁷. Le patient pourra alors engager la responsabilité de l'hôpital ou du personnel médical dans le cas d'une contamination provenant de l'insuffisance de l'asepsie accordée au matériel⁹⁸.

⁹² B. DUBUISSON, *op. cit.*, p. 272.

⁹³ *Ibid.* ; Cass. fr., 30 octobre 2008, pourvoi n°07-17646, *Bull. civ.* 2008, I, n° 241.

⁹⁴ B. DUBUISSON, *op. cit.*, p. 273

⁹⁵ Anvers, 22 février 1999, *Rev. dr. santé*, 1999-2000, pp. 286-287.

⁹⁶ Anvers, 22 février 1999, *Rev. dr. santé*, 1999-2000, p. 285 ; Civ. Liège, 7 janvier 2002, *R.G.A.R.*, 2002, pp. 1357-1-1357-7.

⁹⁷ C. LEMMENS, « Medische hulpmiddelen, veiligheid en nosocomiale infecties : een inspannings- dan wel een resultaatsverbintenis ? », *op. cit.*, p. 381.

⁹⁸ M. VANDERWECKENE, « Les infections nosocomiales : une simple question d'hygiène hospitalière ? », *R.G.A.R.*, 2002, p. 13568-2.

B. *Jurisprudence isolée à Liège ; distinction selon la catégorie d'infections*

On constate qu'en Belgique, nos cours et tribunaux sont, en général, plus réticents à être aussi tranchés que chez nos voisins français. A ce sujet, concernant la distinction qui existe entre les différentes infections, la Belgique a connu une évolution des décisions plutôt divisée particulièrement dans la région de Liège bien que tout le territoire ne soit pas concerné. Certains reconnaissant la distinction comme étant pertinente, d'autres estimant qu'il n'y avait pas lieu de la retenir en considérant dans un premier temps que toutes les infections devaient être soumises au même régime, ensuite en établissant la distinction et en appliquant à l'une et à l'autre une solution juridique différente.

Pendant quelques années, l'on avait espéré une avancée avec la reconnaissance par certaines juridictions belges minoritaires d'une obligation de sécurité de résultat qui existerait au sein des hôpitaux⁹⁹.

Certaines décisions de jurisprudence font état d'une obligation générale de sécurité de résultat qui serait à charge des hôpitaux qui proviendrait du contrat d'hospitalisation, régime fortement inspiré de celui de nos voisins français concernant ces infections. C'est en effet ce qu'affirment plusieurs décisions du Tribunal de première instance et de la Cour d'appel de Liège¹⁰⁰.

Il a été jugé par le tribunal de première instance de Liège qu'en cas d'infection nosocomiale *exogène*, l'hôpital a une « obligation contractuelle de sécurité de résultat et ne peut s'en libérer qu'en rapportant la preuve d'une cause étrangère »¹⁰¹. Ce qui signifierait alors que, lorsque l'infection trouve son origine dans le milieu dans lequel est placé le patient, l'hôpital a alors une obligation de résultat envers le patient et non une obligation de moyens comme c'est majoritairement le cas dans les relations patient – médecin. Dans ce cas, le patient n'a pas à prouver que l'hôpital a commis une faute, le fait qu'il soit établi que le mal, dont souffre le patient, est une infection ayant comme spécificité d'être liée aux soins, suffit à présumer la faute de l'hôpital sans que ce dernier ne puisse établir l'absence de faute. Il ne peut alors se

⁹⁹ G. GENICOT, « Infections nosocomiales : la responsabilité médicale au milieu du gué », *op. cit.*, p. 755 ; B. DUBUISSON, *op. cit.* (voy. note 7), p. 280.

¹⁰⁰ Civ. Liège, 30 novembre 2009, *J.L.M.B.*, 2010, p. 75 ; Liège, 15 novembre 2006, *R.G.A.R.*, 2008, p. 14352-2 ; Liège, 18 juin 2008, *J.L.M.B.*, 2010, p. 748 ; Civ. Liège, 18 janvier 2011, *J.L.M.B.*, 2013, p. 793.

¹⁰¹ Civ. Liège (6^e ch.), 17 janvier 2005, *J.L.M.B.*, 2006, livre 27, p.1191 ; LEMMENS, C., « Het al dan niet vermijdbaar karakter van nosocomiale infecties en de impact daarvan op de verbintenissen van de zorgverlener ? », *op. cit.*, p. 370.

libérer de la présomption de faute qui pèse sur lui qu'en rapportant la preuve d'une cause étrangère exonératoire qui permettrait de prouver qu'il n'est pas responsable du dommage du patient en raison du caractère irréfragable de la présomption.

Il reste encore à ajouter que le tribunal reconnaît l'obligation de moyens concernant les soins et que l'obligation de sécurité de résultat porte sur les médicaments, les produits et également les mesures d'hygiène et d'asepsie.

La cour d'appel de Liège a également été dans le même sens dans deux décisions rendues respectivement le 15 novembre 2006 concernant l'hépatite C¹⁰² contractée à l'hôpital et le 18 juin 2008 établissant à nouveau l'existence de cette obligation de sécurité de résultat¹⁰³.

Toutefois, après avoir adopté cette position progressiste, la Cour d'appel de Liège, elle-même, est revenue sur la décision préalablement émise. Dans deux arrêts de 2012, elle exprime l'idée par laquelle, en raison de l'impossibilité de supprimer complètement les infections liées aux soins même en prenant toutes les mesures d'hygiène nécessaires, le personnel et l'hôpital ne peuvent pas être automatiquement responsables du dommage du patient dès que celui-ci présente une infection à caractère nosocomial¹⁰⁴. En effet, dans ce genre d'obligation, l'aléa est beaucoup trop important pour que le médecin se soit engagé à respecter une obligation de résultat. Cependant, elle retient l'obligation de résultat dans le cas d'une infection exogène qui proviendrait d'un médicament, du matériel ou d'un produit utilisé¹⁰⁵.

Notons que selon la jurisprudence de Liège, il doit bien s'agir d'une infection exogène ; elle ne retient pas l'obligation de sécurité de résultat dans le cas d'une infection endogène¹⁰⁶.

De façon encore plus récente, la Cour d'appel de Liège a confirmé la jurisprudence de 2012 dans deux arrêts de 2014 en reconnaissant dans le premier cas que « *le caractère exogène de*

¹⁰² B. DUBUISSON, *op. cit.*, p. 281 ; Liège (20^e ch.), 15 novembre 2006, *Rev. dr. santé.*, 2006-2007, p. 362.

¹⁰³ Liège, 15 novembre 2006, *R.G.A.R.*, 2008, pp. 14352-1 et suivantes ; Liège, 18 juin 2008, *J.L.M.B.*, 2010, pp. 745-747 ; B. DUBUISSON, V. CALLEWAERT, B. DE CONINCK, « La responsabilité des hôpitaux » in *La responsabilité civile*, Bruxelles, Larcier, 2009, p. 862.

¹⁰⁴ Liège, 18 octobre 2012, *J.T.*, 2012, p. 776 ; Liège (20^e ch.), 15 novembre 2012, *J.L.M.B.*, 2013, p. 788.

¹⁰⁵ B. DUBUISSON, *op. cit.*, p. 282 ; Liège, 18 octobre 2012, *J.T.*, 2012, p. 776 ; Liège (20^e ch.), 15 novembre 2012, *J.L.M.B.*, 2013, p. 788 ; E. LANGENAKEN, « Les infections nosocomiales : un revirement de jurisprudence de juridictions liégeoises », *op. cit.* (voy. note 9), p. 87 ; B. DE CONINCK, « Les infections nosocomiales. Rapport belge. » *op. cit.* (voy. note 9), p. 235.

¹⁰⁶ Civ. Liège, 23 octobre 2012, *J.L.M.B.*, 2013, pp. 795-796.

*l'infection et les circonstances, dans lesquelles le patient avait contracté la maladie, n'étaient pas établis*¹⁰⁷ ». Dans le second cas d'espèce, elle a estimé que ce n'est « qu'en fonction du type d'infection nosocomiale rencontré (infection exogène) et des circonstances connues dans lesquelles le patient a été infecté (en raison du matériel, d'un médicament, d'un produit), que l'hôpital ou le médecin peut être tenu à une obligation de résultat¹⁰⁸ ».

Les autres juridictions du pays ne se sont jamais ralliées à de pareilles idées, affirmant depuis le début du débat concernant le type d'obligation contenu dans le contrat d'hospitalisation qu'il est injuste de tenir ce raisonnement au motif que ces infections « constituent un risque inévitable¹⁰⁹ ».

Bien que notre Cour de cassation belge semble abonder en faveur de l'application des règles classiques de responsabilité comme elle l'énonce dans un arrêt de 2004¹¹⁰, il est néanmoins regrettable qu'elle ne se soit pas encore prononcée récemment à ce sujet afin de savoir comment appréhender et gérer ces questions en pratique, assez délicates.

§3. Responsabilité extracontractuelle

A côté de l'action contractuelle que peut intenter la victime, il existe la responsabilité extracontractuelle trouvant son fondement dans les articles 1382, 1383 ou 1384 du Code civil belge. Il y a des cas où la relation est de cette nature, songeons notamment au cas d'une urgence dans lequel un patient se présente à l'hôpital, l'on estime alors que la relation est plutôt extracontractuelle car le patient n'a pas eu le temps de marquer son accord sur le contrat de soins¹¹¹. Dans ces cas, il est encore plus compliqué d'établir qu'il y a une obligation de résultat dans le chef du médecin ou de l'hôpital car il n'y a pas de possibilité de rechercher la volonté des parties sur ce point.

Sur ces deux premières bases aquiliennes de responsabilité civile que sont les articles 1382 et 1384 du Code civil, la victime n'obtient pas un résultat vraiment plus satisfaisant que celui obtenu sur base contractuelle, au contraire, car c'est alors d'office à elle de prouver les trois

¹⁰⁷ Liège (20^e ch.), 22 mai 2014, R.G. 2012/1666.

¹⁰⁸ B. DUBUISSON, *op. cit.*, p. 282 ; Liège (20^e ch.), 18 septembre 2014, R.G. 2013/57 et 2013/1379 ; E. LANGENAKEN, « Les infections nosocomiales : un revirement de jurisprudence des juridictions liégeoises », *op. cit.*, pp. 88 et 89.

¹⁰⁹ Civ. Bruxelles, 7 janvier 2010, *J.L.M.B.*, 2010, p. 755.

¹¹⁰ Cass., 16 décembre 2004, *Pas.*, 2004, n° 616, pp. 2022-2023.

¹¹¹ B. DE CONINCK, « Les infections nosocomiales. Rapport belge. » *op. cit.*, p. 240.

éléments requis pour engager la responsabilité extracontractuelle¹¹² alors que sur base contractuelle, comme vu précédemment, dans certains cas, la charge probatoire est allégée (voy. *supra*).

Voyons alors ce que la victime peut attendre d'une action formée sur base de l'article 1384, alinéa 1^{er} du Code civil qui établit la responsabilité extracontractuelle du gardien d'une chose pour les dommages causés par celle-ci.

Il s'agit d'une responsabilité objective qui est engagée, automatiquement, lorsque la victime parvient à prouver que son dommage, dans le cas présent l'infection associée aux soins, trouve son origine dans le fait d'une chose présentant un vice c'est-à-dire « *une caractéristique anormale qui la rend, en certaines circonstances, susceptible de causer un préjudice* »¹¹³. Aux fins d'illustration, nous pouvons notamment citer le cas d'un matériel médical insuffisamment ou non aseptisé¹¹⁴ comme cela peut être le cas pour un cathéter ou une sonde.

Les conditions d'application du régime sont, à la différence du droit commun de la responsabilité, la preuve par la victime du vice de la chose en lien causal avec son dommage, l'on remarque ici que l'on ne parle pas de faute¹¹⁵ qui devrait exister dans le chef du gardien, il s'agit simplement de montrer que la chose était vicieuse, fût-ce au moyen d'une preuve indirecte laquelle étant qu'aucune autre cause du dommage n'est possible¹¹⁶. Ce régime a la particularité d'être avantageux pour la victime car il crée un régime de présomption irréfragable de faute pour le gardien, dans le cas présent l'hôpital, bien qu'il n'ait pas été au courant du vice¹¹⁷. Ce dernier ne pourra s'en décharger qu'en prouvant l'existence d'une cause étrangère exonératoire ou en s'attaquant aux conditions d'existence du régime.

Toutefois, la Cour de cassation précise, sur ce point, que l'hôpital ne peut pas être gardien de toute chose, entraînant une infection liée aux soins se trouvant dans l'hôpital car « *il comprend*

¹¹² P. HENRY, « Le médecin face au droit », in *Médecine et droit. Questions d'actualité en droit médical et en biomédecine*, Louvain-la-Neuve, Anthémis, 2007, p. 29.

¹¹³ Cass., 9 mars 1989, *J.T.*, 1989, p. 732 ; Cass., 2 septembre 1993, *J.T.*, 1994, p. 146.

¹¹⁴ Civ. Liège, 7 janvier 2002, *R.G.A.R.*, 2002, pp. 1357-1 et sv.

¹¹⁵ Gand, 2 février 2012, *N.J.W.*, 30 janvier 2013, n°275, p. 77.

¹¹⁶ Liège, 15 novembre 2006, *R.G.A.R.*, 2008, p. 14352-2.

¹¹⁷ Cass., 21 mars 1979, *J.T.*, 1980, p. 6.

des éléments matériels meubles et immeubles mais aussi l'installation et le fonctionnement de services supposant une intervention humaine »¹¹⁸.

Si ce régime semble être une bonne alternative aux précédents, il est important de rester conscient que l'apport de la preuve par la victime reste encore assez difficile car la cause de son dommage doit obligatoirement trouver son origine dans le vice de la chose à l'exclusion de toute autre cause¹¹⁹.

§4. Concours ou cumul des responsabilités

Après avoir analysé la façon dont il est possible pour la victime d'établir la responsabilité de l'auteur de son dommage, il est intéressant de se poser la question du concours des responsabilités. Le patient qui s'estimerait victime, a-t-il le choix entre les deux branches de la responsabilité ?

En droit de la responsabilité tel qu'il est construit en Belgique, il n'est normalement pas possible pour la victime, de faire concourir la responsabilité contractuelle et celle extracontractuelle¹²⁰. A noter, qu'il existe une exception, née de la jurisprudence de la Cour de Cassation, qui admet le cumul des responsabilités « lorsque la faute invoquée est également une infraction pénale »¹²¹. Le médecin, qui se rendrait coupable d'une faute médicale, qui serait également une infraction au regard du droit pénal, comme c'est pratiquement toujours le cas, permettrait à la victime d'ouvrir le concours entre les deux voies de responsabilité¹²² en lui permettant de choisir d'intenter son action sur base délictuelle ou contractuelle.

Qu'en est-il alors du cas où la victime souhaite établir la responsabilité de l'auteur du dommage sur base de 1384, alinéa 1^{er} par rapport au cumul des responsabilités ? Ce cas de figure n'est pas accepté dans le cadre de l'exception à l'interdiction du concours en présence d'une faute considérée également comme une infraction pénale. En effet, la victime ne peut pas cumuler l'action contractuelle et l'action extracontractuelle fondée sur cet article. Pour que cette

¹¹⁸ Civ. Liège, 7 janvier 2002, *R.G.A.R.*, 2002, p. 13573-1 ; Cass., 21 avril 1972, *R.C.J.B.*, 1973, p. 421.

¹¹⁹ I. LUTTE, *op. cit.* (voy. note 49), p. 85 ; R. DALCQ, « L'évolution récente du droit médical », in *Liber amicorum Yvette Merchiers*, Bruges, Die Keure, 2001, p. 728.

¹²⁰ P. HENRY, *op. cit.*, p. 29.

¹²¹ Cass., 26 octobre 1990, *R.C.J.B.*, 1992, p. 497.

¹²² P. HENRY, *op. cit.*, p. 29.

exception soit valable, il faut que l'on soit en présence d'une faute, or l'article 1384 ne requiert pas de faute, seulement un vice¹²³.

§5. Responsabilité des hôpitaux et loi du 22 août 2002

L'article 17, 2° de la loi du 22 août 2002 met en place une « responsabilité centrale des hôpitaux » lorsque ceux-ci ne respectent pas les droits du patient contenus dans la loi. Nous pourrions imaginer que la victime d'une infection associée aux soins fonde son action sur base de cet article, si cela représentait pour elle un quelconque avantage. Toutefois, cet article ne solutionne pas le problème de la charge probatoire des trois éléments requis par le droit commun de la responsabilité civile, ce qui nous fait douter de la réelle utilité pour la victime de fonder son action sur cette base légale.

Section 2. Situation en France

A. Situation antérieure à la loi de 2002

En France, le système est beaucoup plus protecteur de la victime que ne l'est celui de la Belgique, surtout depuis l'arrêt du conseil d'état de France de 1988 qui établissait une présomption réfragable de faute à charge des hôpitaux, ces derniers ne pouvant s'exonérer de responsabilité qu'en prouvant l'absence de faute dans leur chef¹²⁴. Un autre arrêt de la même juridiction affirmait qu'il existait bien une obligation de sécurité de résultat pour le médecin et l'hôpital¹²⁵. Ceci venait contredire la solution précédemment adoptée qui était celle de la faute prouvée. A la suite de cela, un arrêt de 2002 est venu confirmer la position antérieure en ajoutant que cette présomption s'appliquait uniquement en cas d'infections exogènes¹²⁶.

La Cour de cassation française a suivi l'idée du Conseil d'Etat dans un arrêt de 1996¹²⁷. Elle avait estimé, dans ce cas, que le patient, qui était victime d'une infection nosocomiale en raison d'une intervention pratiquée en salle d'opération dans un hôpital, n'avait pas à prouver la faute.

¹²³ S. GUILIAMS, « Bewijs van een fout vereist opdat het samenloopverbod tussen contractuele en buitencontractuele aansprakelijkheid ingevolge een misdrijf kan worden opgeheven », note sous Gand, 2 février 2012, *N.J.W.*, 30 janvier 2013, n°275, p. 79 ; Gand, 2 février 2012, *N.J.W.*, 30 janvier 2013, n°275, p. 77.

¹²⁴ C.E. fr., arrêt « Cohen » n°65087 du 9 décembre 1988, *D.*, 1989, p. 347.

¹²⁵ G. GENICOT, *Droit médical et biomédical, op. cit.* (voy. note 9), p. 429 ; C.E. fr., 6 juin 1996, *D.*, 1999, p. 395.

¹²⁶ C.E. fr., arrêt n°211370 du 27 septembre 2002, *Revue française du dommage corporel*, 2003, p. 289.

¹²⁷ Cass. fr., 1^{ère} civ., 21 mai 1996, n° 94-16.586.

Il y avait une présomption qui pesait sur la clinique, qui était automatiquement tenue pour responsable. L'on pouvait regretter la formulation de la Cour, qui laissait entendre que la présomption ne trouvait à s'appliquer que, dans le cas, d'un hôpital et d'une infection liée à une intervention en salle d'opération¹²⁸. Il s'agissait là alors d'une présomption réfragable pour l'hôpital qui pouvait échapper à sa responsabilité en prouvant qu'il n'avait pas commis de faute. Cet arrêt marque le début d'une évolution progressive en France sur le plan de la responsabilité.

En effet, dans trois arrêts de juin 1999¹²⁹ appelés arrêts « staphylocoques dorés », la Cour de cassation française a fait un pas de plus, en considérant qu'il existait en réalité une obligation de sécurité de résultat à charge des hôpitaux, ce qui revenait à établir un régime de responsabilité objective¹³⁰. Le patient, qui présentait une maladie nosocomiale, n'avait pas à prouver la faute, mais de surcroît, l'hôpital ne pouvait plus se libérer de sa responsabilité, en prouvant simplement qu'il n'avait pas commis de faute et respecté toutes les mesures d'hygiène et d'asepsie.

La preuve que l'hôpital doit rapporter, est celle qui concerne la source du dommage, pour pouvoir être exonéré, il doit prouver que l'infection trouve sa cause dans une cause étrangère libératoire¹³¹, ce qui semble selon certains auteurs, être une preuve « *impossible à apporter une fois qu'un rapport d'expertise a établi un lien de causalité entre l'hospitalisation et l'infection nosocomiale* »¹³². A charge, néanmoins, pour la victime d'établir que l'infection possède bien un caractère nosocomial¹³³.

A ce stade de l'évolution jurisprudentielle française, toutes les infections liées aux soins étaient soumises au même régime de présomption irréfragable de faute de l'hôpital selon la Cour de cassation¹³⁴. A l'inverse, le Conseil d'état, donnait une solution juridique différente selon qu'il

¹²⁸ B. DUBUISSON, *op. cit.* (voy. note 7), p. 279.

¹²⁹ J. BOURDOISEAU, « Les infections nosocomiales. Rapport français » in *L'indemnisation des victimes d'accidents médicaux en Europe*, Bruxelles, Bruylant, 2015, p. 254 ; Cass. fr., 1^{ère} civ., 29 juin 1999, n° 97-15.818, n° 97-21.903, n°97-14.254, *Gaz. Pal.*, 2000, 1, p. 624 ; D. DENDONCKER, « Les infections nosocomiales, la jurisprudence et la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 », *Gaz. Pal.*, 4-5 avril 2003, n° 94-95, p. 13.

¹³⁰ E. LANGENAKEN, « Les infections nosocomiales : un revirement de jurisprudence des juridictions liégeoises », *op. cit.*, p. 93 ; S. HOCQUET-BERG, « Les médecins sont tenus d'une obligation de sécurité-résultat », *Gaz. Pal.*, 7-8 mai 1999, p. 21.

¹³¹ E. LANGENAKEN, « Les infections nosocomiales : un revirement de jurisprudence des juridictions liégeoises », *op. cit.*, p. 93.

¹³² *Ibid.*

¹³³ Cass. fr., 1^{ère} civ., arrêt n°99-17672 du 27 mars 2001, *Bull. civ.*, 2001, I, n°87.

¹³⁴ Cass. fr., 1^{ère} civ., arrêt n°04-17491 du 4 avril 2006, *Bull. civ.*, 2006, I, n°191 ; Cass. fr., 1^{ère} civ., arrêt n°06-10812 du 14 juin 2007, *Bull. civ.*, 2007, I, n°233.

s'agisse d'une infection exogène ou endogène. Cette différence qui existait entre les deux juridictions, ne posait pourtant pas de problème en pratique car les patients victimes semblaient obtenir les mêmes résultats¹³⁵.

B. Après la loi de 2002

Tout ceci semblait être une véritable avancée pour les patients. Toutefois, à la suite de l'adoption des lois du 4 mars 2002 et du 30 décembre 2002 en France, ce système a été quelque peu modifié pour les actes médicaux postérieurs à 2001¹³⁶ et un régime spécial a été créé pour les maladies nosocomiales précisément. Désormais, l'article 1142-1-I alinéa 2 du code de santé public français prévoit une responsabilité pour faute¹³⁷. On voit que la France a quelque peu abandonné l'idée de l'obligation de sécurité de résultat qui existait auparavant avec l'adoption de cette loi. Le patient a donc dorénavant la charge de prouver que son infection possède bien un caractère nosocomial ainsi que le lien de causalité qui existe entre les soins et son dommage pour pouvoir engager la responsabilité de l'établissement de soins¹³⁸.

L'article 1142-1-II va encore plus loin en établissant une responsabilité ventilée entre l'assureur de l'auteur du dommage et la solidarité nationale lorsque le patient se trouve dans les conditions requises (*voy. infra*). Par contre, lorsque les exigences, pour enclencher l'indemnisation par la solidarité nationale, ne sont pas remplies, le second alinéa de l'article 1142-1-I prévoit 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* », l'on reconnaît ici l'existence d'une présomption de faute¹³⁹.

¹³⁵ J. BOURDOISEAU, *op. cit.*, p. 254.

¹³⁶ B. DUBUISSON, *op. cit.* (voy. note 7), p. 281.

¹³⁷ P. SARGOS, « Le nouveau régime juridique des infections nosocomiales », *J.C.P.*, 2002, I, n° 25, 276, p. 1120. ; C. DELFORGE, « Vers un nouveau régime d'indemnisation des accidents médicaux ? », *Rev. dr. santé*, 2004-2005, p. 96 ; P. TIFINE, « Office du juge et responsabilité de plein droit des établissements de santé publics en cas d'infection nosocomiale », Note sur C.E. fr. 6 mars 2015, n°368520, 2015 ; J.-M. SAUVE, « La loi du 4 mars 2002, une loi de référence », in *La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades : 10 ans après*, Bruxelles, Bruylant, 2013, p. 24.

¹³⁸ J.-L. GALLET, *op. cit.* (voy. note 63), p. 156 ; J. BOURDOISEAU, *op. cit.*, p. 256.

¹³⁹ C. MANAOUIL et al., « Réparation des infections nosocomiales contractées après le 5 septembre 2001 (application de la loi du 4 mars 2002) », *Journal de Médecine Légale Droit Médical*, 2005, n°4-5, p. 254.

Celle-ci ne s'applique toutefois pas aux médecins libéraux car ils ne sont pas visés par la disposition¹⁴⁰, pour eux s'applique la solution établie par l'article 1142-1-I alinéa 1 à savoir la faute prouvée.

En cas de pluralité d'établissements de soins pouvant être à l'origine de l'infection, la charge de la preuve du caractère nosocomial reste imposée au patient, cependant chacun des établissements « doit établir qu'il n'est pas à l'origine de l'infection »¹⁴¹ par tous moyens. En conclusion, au stade de l'obligation à la dette, dès que le patient prouve qu'il est bien atteint d'une infection liée aux soins, la charge de la preuve est transférée sur chacun des établissements qui doit établir qu'il n'est pas la cause de l'infection. Nous établirons plus tard la solution dégagée quant à la contribution à la dette.

Notons que la cour de cassation est assez souple sur le plan de la charge probatoire et accepte que cette preuve soit rapportée par des présomptions « graves, précises et concordantes »¹⁴². Dès que cette preuve est rapportée, l'institution de soins est responsable sauf s'il établit l'existence d'une cause étrangère exonératoire comme la force majeure, cela doit en tout cas être un événement imprévisible, irrésistible ou résulter d'un fait de la victime¹⁴³. Cette cause est la seule façon pour l'établissement de s'exonérer de sa responsabilité en terme d'infections liées aux soins et l'on voit que la jurisprudence n'a pas une vision très large de celle-ci.

Concernant la responsabilité des praticiens, les solutions sont un peu différentes, la victime doit là, prouver que son infection résulte d'une faute dans le chef du médecin, par exemple un défaut d'hygiène à l'exclusion de toute autre cause¹⁴⁴.

La loi a également permis de régler le problème de la distinction entre les différentes catégories d'infections par les juridictions ; l'article 1142-1 ne mentionne pas l'existence d'une quelconque différence et vaut pour toutes les infections¹⁴⁵. Le Conseil d'état, à la suite de cette loi, a fini par adopter l'idée de la Cour de cassation, estimant que bien que la bactérie

¹⁴⁰ O. SMALLWOOD, « Le phénomène nosocomial », in *Les grandes décisions de droit médical*, sous dir. de F. Violla, Paris, LGDJ, 2009, p. 609.

¹⁴¹ J.-L. GALLET, *op. cit.*, p. 157 ; Cass. fr., 1^{ère} civ., 17 juin 2010, *Bull. civ. I*, n° 137.

¹⁴² Cass. fr., 1^{ère} civ., 30 octobre 2008, *Bull. civ. I*, n° 245.

¹⁴³ J.-L. GALLET, *op. cit.*, p. 157.

¹⁴⁴ *Ibid.* ; P. SARGOS, *op. cit.*, p. 1120.

¹⁴⁵ S. PORCHY-SIMON, « Les infections nosocomiales », in *Dix ans d'application de la loi Kouchner*, sous dir. de L. Bloch, *Revue générale de droit médical - numéro spécial*, Bordeaux, Les Etudes hospitalières, 2013, p. 84.

responsable de l'infection soit intrinsèque au patient et ne résulte pas d'une faute du personnel médical, elle ne se développe qu'en raison de son admission et des soins médicaux. Avant cela, le patient vivait avec cette bactérie en germe sans aucun dommage, ce n'est qu'à l'occasion de l'acte médical que la bactérie lui occasionne ce dommage. Puisque l'infection est liée au domaine médical, la jurisprudence française n'admet plus de distinction entre les infections endogènes et exogènes¹⁴⁶.

En conclusion, le régime particulier des maladies nosocomiales établi en France prévoit que pour pouvoir retenir la responsabilité de plein droit de l'établissement de soins, la victime doit prouver d'abord que l'infection, dont il est atteint, possède bien un caractère nosocomial et ensuite que cette infection est en lien avec les soins qui lui ont été prodigués, à charge pour l'hôpital de prouver une cause étrangère exonératoire pour pouvoir échapper à sa responsabilité. Il n'y a dès lors pas une exigence de preuve de faute pour engager la responsabilité de l'hôpital, alors que pour pouvoir engager la responsabilité du praticien, le régime est celui de la faute prouvée par la victime.

Chapitre 4. Indemnisation des victimes de ces infections

§ 1. Le Fonds d'indemnisation des dommages résultant d'accidents médicaux

A. Principes et procédure

Nous le savons maintenant, l'indemnisation des maladies nosocomiales, avec les questions de responsabilité qu'elles impliquent, est compliquée.

Dans un premier temps, en Belgique nous devons nous tourner vers l'article 1382 du Code civil. Toutefois, compte tenu des difficultés que posait la charge de la preuve, dans le recours à cet article, pour pouvoir obtenir réparation de son dommage, il y a eu important soulèvement de voix pour la mise en place d'un système qui permettrait de mieux appréhender les difficultés pratiques.

¹⁴⁶ B. DUBUISSON, *op. cit.*, p. 274 ; C.E. fr., 10 octobre 2011, rec. N°238500 ; Cass. fr., 1^{ère} civ., 4 avril 2006, *Bull. civ.*, I, n° 191 ; Cass. fr., 1^{ère} civ., 14 juin 2007, *Bull. civ.*, n° 233.

Les professionnels du droit s'accordaient tous pour réclamer la mise en place d'un régime qui permettrait de ne plus se fonder sur la faute comme c'est majoritairement le cas dans notre pays.

En France, à ce sujet, depuis la fin des années 80, beaucoup de normes légales ont vu le jour, notamment des décrets, des lois ou encore des circulaires. Elles avaient pour but la reconnaissance et la lutte contre les infections nosocomiales¹⁴⁷. Mais c'est avec l'adoption des lois du 4 mars 2002, dite loi « Kouchner » du nom du ministre de la santé en fonction à l'époque de son adoption, et celle du 30 mars 2002, que celles-ci ont enfin obtenu un système approprié de responsabilité. En effet, l'indemnisation s'est trouvée simplifiée. Par ce fait, lorsque les conditions de responsabilité sont remplies, l'indemnisation est pratiquement automatique sur base de ces lois de 2002. Nous verrons plus tard les implications de ces lois dans le domaine de l'indemnisation des infections associées aux soins.

Chez nous, l'évolution fut plus lente avant d'arriver à cette loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des accidents médicaux. Celle-ci est à l'origine de la création d'un Fonds d'indemnisation des victimes de ces accidents à certaines conditions¹⁴⁸ ci-après dénommé le « Fonds ». Avant cela, deux lois du 15 mai 2007 avaient vu le jour afin de prévoir un nouveau régime d'indemnisation des dommages résultant des soins de santé, malheureusement celles-ci n'ont jamais été appliquées en raison de plusieurs problèmes les concernant¹⁴⁹.

Désormais, les patients, victimes d'un accident médical, avec ou sans responsabilité ou d'un aléa thérapeutique, qui ne peuvent pas obtenir d'indemnisation sur base de la responsabilité aquilienne en raison entre autres d'un défaut de preuve de responsabilité ou d'un refus d'indemnisation par l'assureur, peuvent s'adresser au Fonds afin d'obtenir une indemnisation. Ce système d'indemnisation est appelé « *no-fault* ».

La question était alors, à ce stade, de savoir si les infections liées aux soins pouvaient ou non, faire l'objet d'une indemnisation par le Fonds au regard des conditions requises, pour pouvoir entrer dans le champ d'application de la loi. Elle s'applique aux accidents médicaux, survenus

¹⁴⁷ P. SARGOS, *op. cit.*, p. 1117.

¹⁴⁸ P. MUYLAERT, « Les maladies nosocomiales : état de la jurisprudence et questions actuelles », *Con. M.*, Anthémis, Limal, 2012, p. 87.

¹⁴⁹ G. SCHAMPS, « Le Fonds des accidents médicaux et l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé », *R.G.A.R.*, 2014, liv. 1, n° 15.035, p. 2.

à la suite de soins dispensés après la publication de la loi autrement dit, à partir du 2 avril 2010¹⁵⁰¹⁵¹.

Les professionnels du droit s'accordent à dire qu'il est un peu inutile de prévoir un système d'indemnisation « sans faute » si c'est pour qu'il soit subsidiaire au recours judiciaire, il fallait, en effet, plutôt prévoir un système dans lequel le patient a le choix entre l'indemnisation sans faute ou le recours au droit commun de la responsabilité civile¹⁵², un système à « deux voies ¹⁵³ ». Voilà pourquoi ceci est intéressant pour le patient, il s'agit d'un système mixte dans lequel, ce dernier a le choix entre le recours qu'il préfère, toutefois il ne peut pas bénéficier des deux indemnisations, il a le droit à la réparation de tout son dommage, conformément au principe de la réparation intégrale, mais une seule fois¹⁵⁴, l'on ne souhaitait pas que la réparation d'un dommage devienne une source d'enrichissement pour la victime.

La victime doit se trouver dans une situation, dans laquelle, elle ne peut recevoir aucune indemnisation en raison d'un défaut de responsabilité¹⁵⁵, c'est le cas, notamment, lorsqu'un fait engageant la responsabilité de l'auteur peut être prouvé mais qu'il existe une cause étrangère exonératoire le déchargeant de celle-ci, lorsque l'auteur ne possède pas d'assurance ou lorsque le montant, qui doit être attribué à la victime, est insuffisant ou encore dans le cas, où l'acte dommageable ne constitue pas une faute et représente plutôt un accident médical ou un aléa thérapeutique.

La loi, qui institue le Fonds, exige tout d'abord que l'acte dommageable soit un accident médical sans responsabilité et d'une certaine gravité. L'article 2, 7° de la loi du 31 mars 2010 le définit comme étant « *un accident lié à une prestation de soins de santé qui n'engage pas la*

¹⁵⁰ E. LANGENAKEN, « Les infections nosocomiales : un revirement de jurisprudence des juridictions liégeoises », *op. cit.*, p. 99 ; G. SCHAMPS, « Le Fonds des accidents médicaux et l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé », *op. cit.*, p. 2 ; Loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé, art. 35, §2 ; MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE PUBLIQUE, « Inauguration du Fonds des accidents médicaux: une avancée essentielle pour la protection des patients », *Communiqué de presse de la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé publique*, 28 août 2012, disponible sur www.fam.fgov.be, p. 1.

¹⁵¹ G. DE STEXHE, « Accidents médicaux : réinstauration du recours au civil et indemnisation intégrale des accidents sans faute », 2010, p. 1.

¹⁵² R. DALCQ « L'évolution récente du droit médical », *op. cit.*, p. 737.

¹⁵³ Projet de loi du 12 novembre 2009 relatif à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé (I), exposé des motifs, *Doc. parl.*, Chambre, 2009-2010, n°52-2240/001, p. 9 ; S. VAN CAENEGHEM, « La nouvelle loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé. Description du nouveau système », *FORASS*, n°107, 2010, p. 147.

¹⁵⁴ G. SCHAMPS, « Le Fonds des accidents médicaux et l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé », *op. cit.*, p. 4 ; Article 3, § 3, de la loi du 31 mars 2010 précitée.

¹⁵⁵ B. DE CONINCK, « Le Fonds des accidents médicaux belge », Groupe de Recherche Européen sur la Responsabilité Civile et l'Assurance, Louvain-la-Neuve, 13-14 décembre 2013, p. 6.

responsabilité d'un prestataire de soins, qui ne résulte pas de l'état du patient et qui entraîne pour le patient un dommage anormal », il ajoute que « *le dommage est anormal lorsqu'il n'aurait pas dû se produire compte tenu de l'état actuel de la science, de l'état du patient et de son évolution objectivement prévisible* »¹⁵⁶. A la lecture de cet article, l'on constate que le législateur a préféré ne pas inclure de manière claire les infections associées aux soins, à l'inverse de la France, chez qui, il existe des dispositions légales précises concernant ce type d'infections¹⁵⁷.

Aussi le dommage doit respecter le seuil de gravité établi par l'article 5 de la loi du 31 mars 2010. En effet, un dommage sera grave, au sens de la loi, lorsque « *le patient subit une invalidité permanente égale ou supérieure à 25%, une incapacité temporaire de travail au moins durant six mois consécutifs ou non sur une période d'un an, lorsque le préjudice occasionne des troubles particulièrement graves y compris d'ordre économique, dans les conditions d'existence du patient ou enfin lorsque celui-ci est décédé* ». Ces conditions ne sont pas cumulatives et la réalisation d'une seule permet de considérer le dommage comme « *suffisamment grave* »¹⁵⁸.

Enfin, la victime doit prouver le lien causal qui existe entre l'acte médical et le dommage, ce qui est relativement difficile¹⁵⁹.

Dans le cas où les infections associées aux soins pourraient tomber dans le champ d'application de la loi, comme le laissent entendre les travaux préparatoires¹⁶⁰, la victime qui ne parviendrait pas à obtenir une indemnisation sur base du droit commun, devrait alors s'adresser au Fonds par lettre recommandée¹⁶¹, en lui demandant de rendre un avis sur sa situation. Le Fonds va alors faire une analyse, en faisant parfois appel à des experts ou des professionnels, qui vont l'éclairer sur des points spécifiques. Grâce à l'étendue des pouvoirs qui lui sont conférés, le

¹⁵⁶ N. FRASELLE, « Les accidents médicaux », in *Les indemnisations sans égard à la responsabilité*, ULB, colloque du 26 octobre 1999, Rapport sur les accidents médicaux, p. 78 ; G. SCHAMPS, « Le Fonds des accidents médicaux et l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé », *op. cit.*, p. 7 ; S. TACK, « Le Fonds des Accidents Médicaux explique les notions de « dommage anormal » et d'« AMSR » », *Rev. dr. santé*, 2015-2016, liv. 1, p. 3.

¹⁵⁷ G. SCHAMPS, « Le Fonds des accidents médicaux et l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé », *op. cit.*, p. 7.

¹⁵⁸ *Ibid.*, p. 8.

¹⁵⁹ B. DE CONINCK, « Le Fonds des accidents médicaux belge », *op. cit.*, p. 4

¹⁶⁰ Projet de loi du 12 novembre 2009 précité, pp. 12, 27 et 28 ; Projet de loi du 12 novembre 2009 relatif à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé, rapport C. Burgeon, *Doc. parl.*, Chambre, 2009-2010, n°52- 2240/006, pp. 7 et 86.

¹⁶¹ S. VAN CAENEGHEM, *op. cit.*, p. 150 ; G. SCHAMPS, « Le Fonds des accidents médicaux et l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé », *op. cit.*, p. 10 ; Article 12 de la loi du 31 mars 2010 précitée.

Fonds a la possibilité de demander des informations à toute personne qui pourrait lui en dire davantage sur la situation de la victime comme le personnel médical par exemple¹⁶². Il a d'ailleurs la possibilité de mettre en place des sanctions lorsque ces personnes ne coopèrent pas¹⁶³.

L'avis que rend le Fonds peut être soit de rejet, soit d'acceptation d'indemnisation, toutefois si la victime reste insatisfaite à la suite de la proposition par le Fonds, elle peut aller en justice contre celui-ci¹⁶⁴. A noter que l'offre ne lie pas complètement le Fonds devant les juridictions en ce sens que la victime qui conteste le montant ne se trouve pas d'office en droit d'obtenir au minimum le montant offert. Le législateur a voulu éviter que les victimes, en désaccord avec la somme, ne soient tentées d'aller en justice dans le but de l'augmenter avec la certitude que l'offre faite par le Fonds serait un minimum garanti, ceci allant à l'encontre de l'objectif premier de cette loi étant la réduction du recours aux tribunaux¹⁶⁵.

Lorsque le Fonds a indemnisé la victime, il lui est, parfois, permis de se subroger dans les droits de la victime afin de récupérer ses débours. C'est spécialement le cas lorsque le fait ayant entraîné le dommage est une faute du praticien engageant sa responsabilité¹⁶⁶, quand le prestataire n'est pas couvert par une assurance ou que celle-ci est insuffisante, lorsque la proposition faite par l'assureur est insuffisante ou encore lorsque l'assureur ne formule pas de proposition dans les trois mois de la réception de l'avis par la victime¹⁶⁷.

A noter que l'assureur qui formulerait une offre manifestement insuffisante serait redevable au Fonds d'une pénalité de 15% du montant de l'indemnisation faite à la victime. L'exposé des motifs à ce sujet précise que « manifestement insuffisante » signifie que « le caractère insuffisant de l'offre doit présenter un caractère d'évidence¹⁶⁸».

¹⁶² G. SCHAMPS, « Le Fonds des accidents médicaux et l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé », *op. cit.*, p. 10.

¹⁶³ Article 15, alinéa 6 à 8 de la loi du 31 mars 2010 précitée ; Arrêté royal du 30 juillet 2010 relatif au recouvrement par voie de contrainte de l'indemnité forfaitaire due au Fonds des accidents médicaux.

¹⁶⁴ G. SCHAMPS, « Le Fonds des accidents médicaux et l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé », *op. cit.*, p. 5.

¹⁶⁵ *Ibid.*

¹⁶⁶ Article 4, 3°, et 30 de la loi du 31 mars 2010 précitée.

¹⁶⁷ A la suite des trois mois de la notification de l'avis, le Fonds informé par la victime du défaut de l'offre, va adresser un rappel à l'assureur qui aura un mois à partir de la notification du rappel pour faire une offre d'indemnisation, c'est à la suite de ce délai et lorsque les conditions de l'article 5 de la loi sont remplies, que le Fonds se substitue à l'assureur et est subrogé dans les droits de la victime ; G. SCHAMPS, « Le Fonds des accidents médicaux et l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé », *op. cit.*, p. 5.

¹⁶⁸ Projet de loi du 12 novembre 2009 précité, p. 71.

La nouvelle loi propose une procédure d'indemnisation amiable et gratuite, c'est-à-dire en dehors de toute procédure judiciaire, ce qui est en général préféré par les victimes qui n'ont pas l'obligation de s'adresser à un avocat. Toutefois, cette action est toujours possible pour la victime qui le souhaiterait, elle a le choix entre les deux options. Selon l'article 12, § 6 de la loi du 31 mars 2010, si la victime, qui a déjà intenté une procédure en justice, souhaite s'adresser au Fonds, elle doit en informer le tribunal et également informer le Fonds de la procédure enclenchée devant le tribunal¹⁶⁹. La demande, que formulerait la victime d'être indemnisée par le Fonds, suspend l'action devant le juge ainsi que la prescription¹⁷⁰.

Malheureusement, aucune jurisprudence sur le sujet ne nous permet de penser que les infections associées aux soins pourraient constituer un exemple d'accident médical sans responsabilité.

En droit de la responsabilité civile belge, concernant la réparation, le principe est celui de la réparation intégrale du dommage, la victime doit recevoir le dédommagement de la totalité de son dommage lorsqu'elle est indemnisée. Lorsque l'on a recours au Fonds d'indemnisation, il y a un certain seuil à atteindre pour pouvoir bénéficier de son intervention, ceci est donc un parfait exemple d'une dérogation à ce principe. Le seuil, requis par la loi, va limiter sa réparation et partant, constituer une dérogation au principe de la réparation intégrale du dommage.

Selon certains, il serait plus opportun de faire en sorte d'indemniser les victimes par le biais d'une assurance obligatoirement souscrite par l'hôpital, en effet, les hôpitaux souscrivent souvent, mais pas toujours, des assurances de responsabilité, il faudrait alors prévoir dans le contrat que cet assureur couvrirait également les maladies nosocomiales. Les hôpitaux auraient alors une obligation de sécurité envers le patient car le contrat contiendrait un résultat particulier convenu entre les parties¹⁷¹.

Nous déplorons que la Belgique n'ait pas reproduit, comme c'est le cas pour d'autres mesures, l'idée de la France selon laquelle les hôpitaux sont obligés de souscrire une assurance de responsabilité conformément à la loi du 22 mars 2002¹⁷².

¹⁶⁹ G. SCHAMPS, « Le Fonds des accidents médicaux et l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé », *op. cit.*, p. 4.

¹⁷⁰ *Ibid.*

¹⁷¹ R. DALCQ « L'évolution récente du droit médical », *op. cit.*, p. 739.

¹⁷² Code de la santé publique, art. L1142-2 e ; Code des assurances, art. L251-1.

Il n'est pas faux de parler de solidarité dans le cas des missions du Fonds car celui-ci est alimenté d'une part par un financement annuel provenant de l'INAMI dont le montant est fixé par le Roi¹⁷³, et d'autre part, par les « actions subrogatoires exercées contre les prestataires de soins responsables et leurs assureurs »¹⁷⁴ et les indemnités recueillies à titre de sanction, notamment, en cas de défaut de coopération par certaines personnes ou encore en cas d'offre insuffisante de la part de l'assureur¹⁷⁵. Toutefois, à la différence de la France, le Fonds est un organisme seul, qui n'est entouré d'aucun autre acteur, permettant de mettre en œuvre une réelle solidarité sur le plan de l'indemnisation. Il est donc plus juste, à notre sens, d'utiliser ce terme dans le cas de la France qui, nous le verrons, s'est dotée d'un système composé de trois organes œuvrant à la réalisation de cet objectif.

B. *Que penser de cette solution ?*

Il est vrai que le Fonds constitue une belle progression dans notre arsenal législatif concernant l'indemnisation des victimes autrefois plus compliquée qu'à l'heure actuelle.

Toutefois, certaines difficultés méritent d'être soulignées car elles engendrent un bon nombre de questions qu'il serait adéquat que le législateur règle dans les années à venir.

Le principal reproche que nous pouvons formuler à l'égard de la loi instituant ce Fonds, est l'absence de mention claire, visant les infections liées aux soins dans le dispositif de la loi. Bien que les travaux préparatoires nous laissent penser qu'elles pourraient trouver leur place dans la réparation¹⁷⁶, l'on comprend qu'elles ne seront « pas *automatiquement* indemnisées¹⁷⁷ » ce qui risque d'engendrer beaucoup d'obstacles dans la pratique. A cet égard, la loi de 2010 parle de « *dommage anormal* » défini précédemment. Comment espérer pouvoir faire entrer les infections associées aux soins dans cette définition, lorsque l'on sait que ces infections ne sont

¹⁷³ G. SCHAMPS, « Le Fonds des accidents médicaux et l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé », *op. cit.*, p. 13.

¹⁷⁴ *Ibid.*

¹⁷⁵ G. SCHAMPS, « Le Fonds des accidents médicaux et l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé », *op. cit.*, p. 13.

¹⁷⁶ Projet de loi du 12 novembre 2009, *op. cit.*, p. 12, 27, 28 ; Projet de loi du 12 novembre 2009 précité, rapport C. Burgeon, *Doc. parl.*, Chambre, 2009-2010, n°52- 2240/006, pp. 7 et 86.

¹⁷⁷ P. MUYLAERT, « Wet betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg (wet van 31.3.2010 B.S. 2.4.2010) », *Con. M.*, 2010, p. 93.

pas totalement imprévisibles¹⁷⁸, et partant rarement « anormales » au sens de la loi de 2010¹⁷⁹ ? L'on comprend assez vite que le Fonds aura à apprécier cette caractéristique et que la jurisprudence se révélera certainement éclairante sur ce point.

Un autre problème concerne le seuil de gravité exigé par la loi de 2010 concernant le dommage des patients victimes¹⁸⁰. En effet, un bon nombre de cas se verrait exclu de l'indemnisation au motif d'un pourcentage insuffisant pour faire l'objet d'une intervention par le Fonds¹⁸¹.

Même si ces infections étaient comprises comme entrant dans le champ d'application, il n'en reste pas moins qu'il appartiendrait toujours à la victime de prouver le lien de causalité entre l'infection et les soins prodigués, ce qui est assez compliqué pour celle-ci¹⁸². Concernant cette exigence de causalité, il serait certainement plus opportun d'opter pour une « *définition plus souple du lien causal, par exemple par l'exigence d'une simple implication* »¹⁸³, malheureusement, bien que proposées, ces issues n'ont pas été prises en compte par la ministre qui a cependant laissé une porte ouverte en acceptant la possibilité de les réexaminer¹⁸⁴.

Peut-être serait-il plus adéquat de décalquer le modèle de nos voisins français et établir une présomption de responsabilité concernant ces infections. Toutefois, le législateur a préféré ne pas s'aventurer sur ce terrain, estimant que la France possède une autre histoire que la nôtre dans ce domaine, dans le projet de loi, nous pouvons d'ailleurs y lire qu'il « *s'agit du produit de l'évolution historique de la question en France, où la responsabilité des hôpitaux en la matière a été progressivement façonnée par la jurisprudence. La situation est aujourd'hui différente en Belgique, et une telle présomption pourrait également remettre sensiblement en cause l'équilibre global du projet*¹⁸⁵ ».

¹⁷⁸ C. LEMMENS, « Het al dan niet vermijdbaar karakter van nosocomiale infecties en de impact daarvan op de verbintenissen van de zorgverlener? », *op. cit.* (voy. note 87), p. 379.

¹⁷⁹ *Ibid.*

¹⁸⁰ G. SCHAMPS, « Le Fonds des accidents médicaux et l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé », *op. cit.*, p. 14.

¹⁸¹ C. LEMMENS, « Het al dan niet vermijdbaar karakter van nosocomiale infecties en de impact daarvan op de verbintenissen van de zorgverlener? », *op. cit.*, p. 379.

¹⁸² G. SCHAMPS, « Le Fonds des accidents médicaux et l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé », *op. cit.*, p. 9.

¹⁸³ *Ibid.*

¹⁸⁴ G. SCHAMPS, « Le Fonds des accidents médicaux et l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé », *R.G.A.R.*, 2014, liv. 1, n° 15.035, p. 9. ; Réponses de la ministre, rapport du 26 février 2010 fait au nom de la Commission de la santé publique, de l'environnement et du renouveau de la société par C. Burgeon, *Doc. parl.*, Chambre, 2009-2010, n° 52-2240/006, p. 107

¹⁸⁵ Projet de loi du 12 novembre 2009 précité, *Doc. parl.*, Chambre, 2009-2010, n°52-2240/006, pp. 86 et 87.

Conscients de toutes les difficultés rencontrées depuis l'adoption de cette loi de 2010, plusieurs rapports d'activités du Fonds apparaissent afin de donner un aperçu des missions et des résultats du Fonds. La loi de 2010 prévoit en son article 8, § 2, 3°, l'obligation pour le Fonds d'établir un rapport annuel d'activité, il contient « *l'analyse des données statistiques et financières, des recommandations pour prévenir les dommages résultants de soins de santé, une présentation et un commentaire des avis que le Fonds estime devoir émettre* ¹⁸⁶ ».

Dans le rapport plus récent datant de 2014, nous découvrons que le Fonds fait spécifiquement allusion aux infections associées aux soins comme étant un des quatre postes d'indemnisation ¹⁸⁷. Par ailleurs, il expose également les montants prévisionnels à la réparation de ces infections pour les années 2014 et 2015 ¹⁸⁸.

A la lecture de ce rapport, nous découvrons avec surprise qu'une première indemnisation a effectivement été versée à une victime en décembre 2014. Celle-ci, tant attendue par les praticiens et les auteurs de doctrine, nous permet enfin d'avancer que le Fonds est effectivement un outil opérationnel ¹⁸⁹.

Il l'est davantage, notamment, en raison du fait qu'il lui est désormais possible d'énoncer des « *recommandations et des mesures de prévention* » ¹⁹⁰, comme l'y enjoint la loi dans l'article précité. Le Fonds n'est opérationnel que depuis 2012, il fallait donc attendre qu'il ait traité un certain nombre de demandes et de dossiers afin d'être en mesure d'avoir le recul nécessaire à la formulation de ces recommandations destinées à prévenir la survenance des dommages médicaux ¹⁹¹. L'on peut donc désormais applaudir la progression, certes lente, du Fonds, aussi bien sur le plan de l'indemnisation, que sur les autres missions que lui confère la loi.

¹⁸⁶ Article 8, § 2, 3° de la loi du 31 mars 2010 précitée.

¹⁸⁷ Voy. annexe 7 : INAMI, « Rapport d'activités du Fonds des accidents médicaux 2014 », septembre 2015, p. 69, disponible sur www.inami.fgov.be/fr/publications/Pages/rapports-activites-fam.aspx#.V5tWt5OLSRs.

¹⁸⁸ *Ibid.*, p. 68.

¹⁸⁹ *Ibid.*, p. 3.

¹⁹⁰ *Ibid.*, p. 76.

¹⁹¹ *Ibid.*

§ 2. Solidarité nationale : ONIAM et assureurs

En France, l'on parle d'un système de solidarité instauré par la loi du 4 mars 2002, mais aussi et essentiellement par celle du 30 décembre 2002¹⁹². En effet, il y a plusieurs situations à bien distinguer afin d'appréhender les divers mécanismes mis en place relativement à l'indemnisation.

Pour comprendre comment nos voisins français en sont arrivés à l'adoption de ces lois, il est important d'analyser la situation telle qu'elle se présentait avant 2002, car on constate de grosses différences qui ont une implication significative. Avant que n'interviennent ces lois, dans l'indemnisation des patients victimes d'une infection nosocomiale, il fallait s'adresser au juge judiciaire, dans le cas, où l'infection trouvait son origine dans un établissement privé ou au juge administratif, quand il s'agissait d'un établissement public. Il était le seul à pouvoir appréhender le problème et décider du sort qu'il fallait réserver au patient¹⁹³. Ce dernier devait donc prouver la faute et le lien causal, afin d'espérer pouvoir obtenir une indemnisation, ceci excluait donc les cas, dans lesquels aucune faute ne pouvait être prouvée, alors même que le patient subissait un dommage bien réel.

Dès lors, avec l'adoption de ces lois, l'on a pu constater une avancée pour l'indemnisation des patients victimes d'accidents médicaux qui se seraient révélés non fautifs pour lesquels l'indemnisation était problématique. L'on établit donc ici une différence entre les infections nosocomiales dues aux actes médicaux antérieurs au 5 septembre 2001 et ceux qui y sont postérieurs¹⁹⁴, de cette date dépendra l'application de l'un ou l'autre régime d'indemnisation.

Dans un premier temps, en ce qui concerne les infections liées aux soins, la loi prévoit deux hypothèses, d'abord l'accident médical fautif ensuite l'accident médical non fautif. Dans le premier cas, ce sera l'auteur de la faute ou son assureur de responsabilité civile médicale qui garantira l'indemnisation de la victime de cet accident médical¹⁹⁵. Notons que la loi oblige les praticiens et les hôpitaux à souscrire une assurance de responsabilité¹⁹⁶. Dans le second cas,

¹⁹² C. BOU, « Les apports de la loi du 4 mars 2002 concernant l'indemnisation des accidents médicaux », *Gaz. Pal.*, 4-5 juin 2003, p. 2.

¹⁹³ J. BOURDOISEAU, *op. cit.*, p. 254.

¹⁹⁴ *Ibid.*, p. 260.

¹⁹⁵ *Ibid.*, p. 261.

¹⁹⁶ Code de la santé publique, art. L1142-2 ; Code des assurances, art. L251-1.

lorsque la victime ne parvient pas à prouver la responsabilité du praticien ou que l'assureur refuse de couvrir le dommage, elle va alors s'adresser à l'ONIAM, l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux, des Affections Iatrogènes et des Infections Nosocomiales, afin d'obtenir une indemnisation conformément à l'article 1142-1-1, 1° du Code de la Santé publique de France.

La loi du 4 mars 2002 est à l'origine de la création et de la mise en place de cet organisme public, dans le but de garantir un meilleur système d'indemnisation pour les victimes d'accidents médicaux non fautifs, comprenant également les infections nosocomiales, qui ne se voyaient pratiquement jamais indemnisées sous le couvert du dispositif précédent. Placée sous la tutelle du ministre de la santé¹⁹⁷, cette institution instaure un système d'indemnisation amiable des dommages subis par les patients¹⁹⁸.

A l'aide des commissions de conciliation et d'indemnisation ou « CCI », le dédommagement est gratuit, plus rapide, car en dehors du circuit judiciaire et ne nécessite pas le passage par un avocat, ce qui représente une réelle facilité pour les victimes¹⁹⁹. La mission qui leur est confiée est, dans un premier temps, de conseiller la victime d'un accident médical, subi après le 4 septembre 2001, à se diriger soit vers l'assureur du responsable, soit vers l'ONIAM²⁰⁰, si la victime ne parvient pas à établir la responsabilité de l'auteur du dommage. Il convient de préciser que les commissions sont indépendantes par rapport à l'Office, mais travaillent tous deux à la réalisation d'un objectif commun²⁰¹. Il existe également un troisième acteur, la Commission nationale des accidents médicaux (CNAM) qui est chargée notamment de vérifier la bonne gestion des expertises par les CCI, de recueillir leur rapport et également de transmettre un rapport d'évaluation du fonctionnement et des activités des CCI au gouvernement et au parlement²⁰².

Le régime qui s'appliquait antérieurement ne disparaît pas complètement avec l'adoption de la loi de 2002, en effet le régime actuel ne s'applique que pour les maladies nosocomiales résultant

¹⁹⁷ Article L. 1143-22 du Code de la santé publique.

¹⁹⁸ C. RAMBAUD, « Le point de vue des patients sur les règles et mécanismes d'indemnisation », in *La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades : 10 ans après*, Bruxelles, Bruylant, 2013, p. 237.

¹⁹⁹ J.-L. GALLET, *op. cit.*, p. 156 ; ONIAM, « Qui sommes nous ? », disponible sur www.oniam.fr/indemnisation-accidents-medicaux/oniam.

²⁰⁰ P. SARGOS, *op. cit.* (voy. note 137), p. 1120.

²⁰¹ ONIAM, « Les CCI », disponible sur www.oniam.fr/indemnisation-accidents-medicaux/partenaires.

²⁰² MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, « Missions de la CNAMed », disponible sur social-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/partenaires/article/cnamed-commission-nationale-des-accidents-medicaux.

d'actes médicaux accomplis après le 5 septembre 2001, l'on pourrait donc penser que plus aucun cas ne tombe sous le champ d'application du régime. Cependant, bon nombre de cas sont encore soumis au régime antérieur²⁰³ en raison, premièrement de la complexité de ces dommages par rapport à la consolidation des lésions, en effet un préjudice peut s'étaler dans le temps et s'aggraver au fil des années, ce n'est qu'au moment où le dommage est stable qu'on peut le considérer comme consolidé et non susceptible d'aggravation et en second lieu en raison du délai de prescription qui est de 10 ans à partir de la consolidation du dommage²⁰⁴²⁰⁵.

Pour que l'Office puisse intervenir dans l'indemnisation, il faut se trouver dans les conditions énoncées par l'article 1142-1 II du Code de Santé Publique. Il doit d'abord s'agir d'actes médicaux « de prévention, de diagnostic ou de soins » tels que mentionnés dans la loi²⁰⁶.

Ensuite, les conséquences de l'acte médical doivent présenter un caractère d'anormalité au regard de la « santé du patient et de l'évolution prévisible de celle-ci »²⁰⁷, pour cela, il faut voir si le dommage est susceptible de se produire à la suite de l'acte médical. Si cela se produit fréquemment, il s'agira de conséquences prévisibles non rares, qui ne permettent pas de remplir la condition d'anormalité requise. Afin de mieux saisir cette notion, le conseil d'état a déclaré que « lorsque l'acte médical a entraîné des conséquences notablement plus graves que celles auxquelles le patient était exposé de manière suffisamment probable en l'absence de traitement²⁰⁸ », il s'agit alors de conséquences présentant un caractère d'anormalité.

Enfin, le dommage doit être grave pour qu'une indemnisation par l'Office soit possible. Pour être plus précis, il faut s'en référer à l'article D. 1142-1 du code de la santé publique qui prévoit que l'on apprécie la gravité en tenant compte soit du taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique qui doit être supérieur à 24%²⁰⁹, soit de la durée de l'arrêt temporaire des activités professionnelles de 6 mois consécutifs ou non sur une période d'un an ou soit du déficit fonctionnel temporaire qui doit être supérieur à 50% durant 6 mois consécutifs ou non sur une

²⁰³ J. BOURDOISEAU, *op. cit.* (voy. note 129), p. 260.

²⁰⁴ Article L.1142-28, al. 1 du Code de la santé publique.

²⁰⁵ J. BOURDOISEAU, *op. cit.*, p. 260.

²⁰⁶ L. CLERC-RENAUD, « L'aléa thérapeutique et les régimes spéciaux d'indemnisation. Rapport français » in *L'indemnisation des victimes d'accidents médicaux en Europe*, Bruxelles, Bruylant, 2015, p. 412.

²⁰⁷ *Ibid.*, p. 415.

²⁰⁸ *Ibid.*, p. 416 ; C.E. fr., 12 décembre n° 365211 et n°355052.

²⁰⁹ C. CHARBONNEAU, « Présentation du décret du 4 avril 2003 relatif au caractère de gravité des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales », *Gaz. Pal.*, 21-22 mai 2003, p. 3.

période d'un an²¹⁰. Notons que l'on ne parle pas d'incapacité permanente partielle ou d'incapacité temporaire de travail, en effet, ces termes ont été remplacés par une loi du 12 mai 2009 dans un souci de clarté et d'assouplissement du droit et des procédures²¹¹. Le troisième critère date, quant à lui, du décret du 19 janvier 2011²¹² relatif au caractère de gravité des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, Désormais, les victimes, sans profession, présentant un seuil de gravité inférieur à 24%, ne sont pas automatiquement exclues du bénéfice de l'indemnisation²¹³. L'on constate à l'instar de la Belgique que les seuils font état d'une dérogation au principe de la réparation intégrale du dommage, principe faisant loi également en France.

Dès lors que les conditions requises sont remplies, la loi prévoit la prise en charge par cette institution, à titre principal, de l'indemnisation des accidents médicaux graves, en ce comprises les maladies nosocomiales dépassant un seuil de gravité de 25% d'atteinte physique et psychique²¹⁴. Cela étant, lorsque les dommages sont inférieurs, l'on applique la solution de l'article 1142-1-I alinéa 2 qui établit une présomption de faute à charge des établissements de santé, sauf pour eux de démontrer une cause étrangère exonératoire, ce sont donc les assureurs qui prendront en charge les dommages inférieurs si l'hôpital ne parvient pas à démontrer l'existence de cette cause²¹⁵. Dans le cas où il parviendrait à démontrer une cause étrangère l'exonérant de sa responsabilité, la solidarité nationale peut indemniser la victime sur base de l'article L.1142-1-II selon les auteurs de doctrine²¹⁶.

On parle de solidarité nationale car l'Office est alimenté par une « dotation annuelle » provenant de l'assurance maladie, elle-même financée par les cotisations de la population²¹⁷ mais également par les assureurs²¹⁸.

²¹⁰ L. CLERC-RENAUD, *op. cit.*, p. 416.

²¹¹ *Ibid.*

²¹² *Ibid.* ; Décret n° 2011-76 du 19 janvier 2011 relatif au caractère de gravité des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales.

²¹³ L. CLERC-RENAUD, *op. cit.*, p. 416.

²¹⁴ J. BOURDOISEAU, *op. cit.* (voy. note 129), p. 259 ; Cass. fr. 1^{ère} civ., 19 juin 2013, n° 12-20433.

²¹⁵ B. DUBUISSON, *op. cit.* (voy. note 7), p. 287.

²¹⁶ B. DAPOGNY, *Les droits des victimes de la médecine*, Héricy, Editions du Puis- Fleuri, 2009, pp. 328 et suivantes.

²¹⁷ J. BOURDOISEAU, *op. cit.*, p. 262.

²¹⁸ C. DELFORGE, *op. cit.*, p. 96.

Le patient victime va donc, en premier lieu, s'adresser à une commission, il en existe une ou plusieurs par région, qui va examiner sa compétence, si cela est le cas, elle va nommer un ou plusieurs experts qui examineront la victime et évalueront les préjudices. La commission va en définitive, sur base du rapport d'expertise, rendre un avis statuant « sur les circonstances, les causes et l'étendue des dommages ainsi que le régime d'indemnisation applicable²¹⁹ ». Celle-ci peut accepter ou rejeter l'indemnisation. Dans le premier cas, elle envoie alors cet avis à l'assureur ou à l'Office, en fonction de celui qu'elle souhaite voir faire une offre d'indemnisation²²⁰. L'Office s'estime en droit de refuser l'avis de la commission qui lui demanderait de faire une offre, bien que la loi semble prévoir le contraire²²¹. Ce dernier se réserve la possibilité d'apprécier l'avis de la commission et de faire une offre ou non à la victime, pratique qui semble être validée par le Conseil d'état²²² et la Cour de cassation²²³.

D'après le rapport d'activité de l'année 2015 de l'ONIAM, il a suivi l'avis de la commission dans 91,5% des cas et 69 dossiers ont fait l'objet d'une décision de l'Office de ne pas suivre l'avis d'une CCI, soit 8,5% des avis²²⁴. Malheureusement, aucun décret n'est encore venu préciser cette controverse qui existe entre la loi et la jurisprudence²²⁵.

Alors même que la victime a déjà intenté une procédure en justice, elle reste libre de s'adresser à l'Office par le biais d'une commission en informant le tribunal et la commission de ce fait. Si une décision de justice définitive a été rendue, alors l'Office n'est pas en mesure d'outrepasser la décision du juge²²⁶. Aussi, une victime qui reçoit un refus d'offre ou la décline elle-même, a également un recours devant le juge contre l'Office. Cependant, le refus de l'offre délie ce dernier de toute indemnisation²²⁷. Le rapport de l'ONIAM indique que les victimes acceptent les offres qui leur sont faites dans 95,5% des cas²²⁸ souvent par peur d'obtenir moins par la suite²²⁹.

²¹⁹ L. CLERC-RENAUD, *op. cit.*, pp. 419 et 420 ; Article L. 1142-8, al. 1 du Code de la santé publique.

²²⁰ S. VAN CAENEGHEM, *op. cit.* (voy. note 152), p. 152 ; L. CLERC-RENAUD, *op. cit.*, p. 420.

²²¹ J. BOURDOISEAU, *op. cit.*, pp. 262 et 263 ; ONIAM, « Notre organisation », disponible sur www.oniam.fr/indemnisation-accidents-medicaux/organisation.

²²² C. LANTERO, et S. DELIANCOURT, « C.E., Avis, 10 octobre 2007, Sachot, n° 306590 », 2 mars 2010, disponible sur www.lantero-deliandcourt.com/2010/03/02/ce-avis-10-octobre-2007-sachot-n%C2%B0-306590/.

²²³ L. CLERC-RENAUD, *op. cit.*, p. 421 ; Cass. fr., 1^{ère} civ., 6 mai 2010, n° 09-66.947.

²²⁴ ONIAM, « Rapport d'activité 2015 », disponible sur www.oniam.fr/indemnisation-accidents-medicaux/rapport-d-activite ; voy. annexe 2, pp. 26-27.

²²⁵ L. CLERC-RENAUD, *op. cit.*, p. 421.

²²⁶ ONIAM, « Notre organisation », *op. cit.*

²²⁷ Cass. fr., 1^{ère} civ., 6 janvier 2011, n° 09-71.201, *D.*, 2011, p. 238.

²²⁸ ONIAM, « Rapport d'activité 2015 », *op. cit.* ; voy. annexe 2, pp. 38-39.

²²⁹ L. CLERC-RENAUD, *op. cit.*, p. 422.

En conclusion, la victime sera indemnisée dans l'hypothèse d'un accident médical, auquel on ne peut rattaché aucune faute, et dont le dommage dépasserait 25% d'incapacité dans cette hypothèse, l'Office ne peut pas exercer de recours subrogatoire contre l'assureur sauf si le médecin-assuré a commis une faute, ou dans le cas où le dommage est inférieur mais l'établissement ne parvient pas à prouver l'existence d'une cause étrangère exonératoire. L'office indemniserait également, à titre subsidiaire, dans le cas d'un accident médical fautif dans lequel l'assureur ne voudrait pas ou s'abstiendrait de faire une offre à la victime, dans le cas où le médecin ne serait pas assuré et enfin lorsque le plafond de l'assureur aurait été atteint²³⁰. Dans ces derniers cas, il est possible pour l'Office, qui agit alors comme fonds de garantie, de se subroger dans les droits de la victime qu'il a indemnisée afin de récupérer les montants consentis étendus d'une pénalité de 15%²³¹.

En dehors de ces hypothèses, la victime restera malheureusement sans indemnisation²³².

Nous nous apercevons très vite que la Belgique s'est fortement inspirée de ce système lorsqu'elle a mis en place le Fonds d'indemnisation des accidents médicaux, l'homologue belge de l'ONIAM.

Dans un autre ordre d'idées, qu'en est-il de la situation dans laquelle un patient est admis à l'hôpital de façon successive et présente une infection nosocomiale sur le plan de la réparation ? Selon la jurisprudence de la Cour de cassation française, à ce stade de la contribution à la dette, ils seront tous tenus pour responsables *in solidum* des conséquences de son dommage bien que certains n'en soient pas responsables²³³. Ils seront tenus pour le tout à l'égard de la victime, à ce propos la cour de cassation française précise que « lorsqu'aucune faute ne peut être établie à l'encontre d'aucune des personnes responsables d'un même dommage, la contribution à la dette se fait entre elles à parts égales »²³⁴. La cour estime que même si certains hôpitaux ne sont pas à l'origine du dommage, ils ont, d'une certaine manière, augmenté les risques de l'infection et donc ont une part dans la responsabilité du dommage du patient²³⁵.

²³⁰ S. VAN CAENEGHEM, *op. cit.* (voy. note 152), p. 153 ; J. BOURDOISEAU, *op. cit.*, p. 262.

²³¹ L. CLERC-RENAUD, *op. cit.* (voy. note 205), p. 420.

²³² J.-L. GALLET, *op. cit.*, p. 158.

²³³ Cass. fr., 17 juin 2010, *J.L.M.B.*, 2013, liv. 1, p. 48 ; J. BOURDOISEAU, *op. cit.*, p. 258.

²³⁴ J. BOURDOISEAU, *op. cit.*, p. 258 ; Cass. fr., 1^{ère} civ., 10 avril 2013, n° 12-14219.

²³⁵ Cass. fr., 17 juin 2010, *J.L.M.B.*, 2013, liv. 1, p. 48 ; B. DUBUISSON, *op. cit.* (voy. note 7), p. 273 ; S. HOCQUET-BERG, « Responsabilité médicale sans faute. Infection nosocomiale », *op. cit.* (voy. note 86), p. 7.

Titre 2. Lutte contre les infections liées aux soins

Nous allons à présent examiner la façon dont les systèmes se sont organisés afin d'éviter au maximum la contraction et la prolifération des infections liées aux soins. Un premier chapitre détaillera les mesures pratiques prises dans les hôpitaux, un second chapitre nous éclairera sur les différentes institutions mises en place pour gérer au mieux la prise en charge de ces infections.

Chapitre 1. Les infections associées aux soins sont-elles inévitables ?

Afin de mieux cerner la complexité du sujet, il est important à ce stade d'affirmer que les infections liées aux soins présentent un caractère inéluctable. En effet, les auteurs du domaine médical²³⁶, à ce sujet, s'accordent à dire que les infections associées aux soins sont définitivement impossibles à éradiquer en totalité. En mai 2013, le Conseil Supérieur de la Santé précise que « malgré toutes les mesures prises, le risque « zéro » n'existe pas »²³⁷.

A ce sujet, le *Centers for Disease Control and Prevention*, ou plus communément *CDC*, est un organe œuvrant pour le ministère de la santé des Etats-Unis. Dans les années 1970, cet organisme avait lancé un projet appelé *SENIC*²³⁸, destiné à faire état de l'efficacité des programmes de lutte contre les infections nosocomiales aux Etats-Unis²³⁹. Ces études montrent qu'en respectant toutes les mesures d'hygiène et d'asepsie de façon optimale, seuls 30% du nombre total de ces infections peuvent être évités²⁴⁰. L'on constate donc que l'on n'arrive jamais à une absence d'infections mais qu'il existerait donc toujours une quantité de 70% que l'on pourrait nommer comme étant « incompressibles » ou inévitables²⁴¹.

C'est à juste titre que Madame Geneviève Christiaens, médecin coordinateur de l'hygiène hospitalière au C.H.U. de Liège, fait un parallèle assez intéressant avec les accidents de la route.

²³⁶ E. MONDIELLI, « Le droit de la responsabilité face aux infections nosocomiales : quoi de nouveau? », *Revue générale de droit médical*, 2003, n°11, p. 138.

²³⁷ Annexe 6 : CONSEIL SUPERIEUR DE LA SANTE, « Recommandation pour la prévention des infections post-opératoires au sein du quartier opératoire », 2013, p. 31.

²³⁸ Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control Project

²³⁹ CDC, « Public Health Focus: Surveillance, Prevention, and Control of Nosocomial Infections », 1992, disponible sur www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00017800.htm

²⁴⁰ *Ibid.*

²⁴¹ W. DIJKHOFFZ, *op. cit.* (voy. note 3), p. 278 ; G. CHRISTIAENS, *op. cit.* (voy. note 4), p. 53 ; B. DE CONINCK, « Les infections nosocomiales. Rapport belge. » *op. cit.* (voy. note 9), p. 230 ; G. GENICOT, « Infections nosocomiales : la responsabilité médicale au milieu du gué », *op. cit.*, p. 755.

En effet, en dépit des nombreuses campagnes de sensibilisation et de prévention routière, nous faisons état du fait que les accidents de la route, même s'ils peuvent être diminués, ne disparaissent jamais complètement²⁴².

Chapitre 2. Institutions consacrées à l'hygiène hospitalière

Le législateur est intervenu afin de prévoir des règles permettant de faire respecter les mesures d'hygiène, plus que nécessaires à la prévention de ces infections, que ce soit par la création d'organes fédéraux ou régionaux, que par la promulgation de certains décrets visant à établir des règles strictes. La création de comités d'hygiène belges, appelés comités de lutte contre les infections nosocomiales en France, au sein des hôpitaux, est aussi une mesure allant dans le même sens.

Section 1. Service public fédéral de la santé

Dans notre pays, l'institution, qui trône au sommet de l'organigramme en matière de santé, est le Service Public fédéral de la santé, appelé ci-après le SPF santé publique. Il est chargé de diriger ou de déléguer les stratégies à mettre en place concernant la santé publique.

Auparavant en France, existaient l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, l'Institut de veille sanitaire et l'Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires, tous les trois placés sous la tutelle du ministère de la santé par l'intermédiaire du ministre chargé de la santé, ils ont été récemment remplacés par l'Agence nationale de santé publique²⁴³ établie par la loi du 26 janvier 2016 modernisation de notre système de santé et effectivement mise en place par un décret et une ordonnance²⁴⁴. Cette institution est comparable à notre SPF santé publique sur plusieurs points, notamment les tâches qui lui sont confiées mais également sa place dans la hiérarchie nationale.

²⁴² G. CHRISTIAENS, *op. cit.* (voy. note 4), p. 53.

²⁴³ SANTE PUBLIQUE FRANCE, « Qui sommes-nous ? », 2015, disponible sur www.invs.sante.fr/%20fr/L-Agence/Qui-sommes-nous.

²⁴⁴ Ordonnance n° 2016-462 du 14 avril 2016 portant création de l'Agence nationale de santé publique ; Décret n° 2016-523 du 27 avril 2016 relatif à la création de l'Agence nationale de santé publique.

Au sein du ministère se trouvent également deux catégories de directions qui forment une cellule œuvrant pour la lutte contre les infections nosocomiales, à savoir d'une part, la direction générale de la santé et d'autre part, la direction des hôpitaux.

§1. Conseil supérieur de la santé

Il s'agit de l'organe d'avis scientifique au sein du SPF santé publique en Belgique, en cela, son but est donc également d'éclairer le législateur et certains professionnels de la santé sur certains points concernant la santé en émettant des avis à caractère scientifique en faisant appel à des experts²⁴⁵.

§2. Institut scientifique de santé publique

Cet organe du SPF santé publique est celui qui retient toute notre attention dans le cadre des infections associées aux soins car ses attributions sont très importantes à ce niveau-là. Nous pouvons d'ailleurs lire, dans la rubrique réservée à sa présentation, qu'il « assure un soutien à la politique de santé publique, grâce à la recherche scientifique, à des avis d'experts et à des tâches de services. Sur la base de recherches scientifiques, le WIV-ISP formule des recommandations et des solutions, quant aux priorités, pour une politique de santé proactive aux niveaux belge, européen et international.²⁴⁶ »

Depuis 2011, cette section du SPF santé publique prévoit de recenser le « score » des différents hôpitaux du pays sur les maladies nosocomiales, c'est-à-dire la quantité qu'ils en dénombrent au sein de leur hôpital ainsi que l'évaluation du respect des mesures d'hygiène en faisant appel aux acteurs présents sur le terrain dans les hôpitaux. Ce projet visant la transparence, à l'initiative du SPF santé publique, semble remporter un franc succès et permet de cerner les zones problématiques dans le but d'améliorer toujours plus la qualité de l'hygiène dans les institutions de soins. C'est à la suite de l'arrêté royal du 19 juin 2007 que ce projet a vu le jour. Le but premier était de motiver les hôpitaux, en les comparant à d'autres, à améliorer leurs chiffres et par conséquent, améliorer la qualité des services notamment au niveau de l'hygiène,

²⁴⁵ CONSEIL SUPERIEUR DE LA SANTE, « Qui sommes-nous ? », 2016, disponible sur www.health.belgium.be/fr/qui-sommes-nous.

²⁴⁶ WIV-ISP, « A propos de nous », 2011, disponible sur www.wiv-isp.be/About-wiv-isp/Pages/FR-Introduction.aspx.

puisque l'on sait, désormais, qu'elle est la principale solution à la diminution d'une partie des infections nosocomiales.

Le dernier rapport date de 2015 et comprend les données recueillies pour 2013²⁴⁷. Trois objectifs étaient poursuivis alors. Premièrement établir les conséquences de l'hygiène hospitalière afin de rendre compte aux « décideurs politiques » de la réalité dans les hôpitaux à ce niveau ; ensuite, évaluer la capacité des hôpitaux à lutter contre les infections associées aux soins, au moyen d'une publication de leurs données ; enfin, participer à l'amélioration par les institutions de soins, de la qualité de leurs services et à prendre conscience des problèmes pour mieux les résoudre²⁴⁸. Au total 105 établissements ont fourni des résultats analysés par l'ISP.

Ce qui ressort de cette étude approfondie révèle des résultats mitigés. D'un côté, l'ISP salue et félicite l'observance de l'hygiène des mains à la suite de la campagne menée en 2013 et également la diminution de certaines infections. Toutefois, il regrette qu'au niveau des salles d'opérations et des soins intensifs, il y ait un certain relâchement dans ce domaine, or, ce sont des lieux précisément à risque²⁴⁹.

Le souci majeur de ce recensement, en particulier, est le caractère facultatif de la collaboration des hôpitaux avec l'ISP, en effet, ils n'ont aucune obligation de fournir leurs résultats à l'Institut ce qui nous semble regrettable dans la mesure où il est alors plus difficile d'établir des résultats complets²⁵⁰.

Là où il n'existe pas d'obligation en Belgique, en France, les hôpitaux doivent automatiquement transmettre les taux. Bien qu'à première vue, cela nous semble être une bien meilleure solution que celle prise dans notre pays, il faut rester attentif aux effets pervers que cela peut engendrer. En France, certains hôpitaux avaient triché et donné de mauvais chiffres afin d'être mieux classés, l'on pourrait se dire que certains patients, ayant eu connaissance de certains chiffres concernant certains hôpitaux, éviteraient de s'y faire admettre, c'est la raison pour laquelle, ces hôpitaux n'avaient pas révélé leurs chiffres réels²⁵¹.

²⁴⁷ Annexe 4 : WIV-ISP, « Indicateurs de qualité en hygiène hospitalière dans les hôpitaux aigus. Rapport annuel – données 2013 », 2015, p. 3.

²⁴⁸ *Ibid.*

²⁴⁹ *Ibid.*

²⁵⁰ Proposition de résolution visant à lutter systématiquement contre les infections nosocomiales, *Doc. parl.*, Sénat, 2010-2011, n° 5-616/1.

²⁵¹ Voy. interview A. SIMON, annexe 8, question 2.

Section 2. Commission belge de coordination de la politique antibiotique (BAPCOC)

§1. Attributions et objectifs

A la suite du constat fait en 1990 de la position de la Belgique dans le classement européen concernant la consommation d'antibiotiques, le pays a réagi en créant la BAPCOC, « instance fédérale, à base fortement scientifique, qui vise la promotion d'une consommation d'antibiotiques rationnelle en Belgique et qui lutte contre l'augmentation de la résistance aux antibiotiques.²⁵²» En effet, dans ces années, la Belgique était classée troisième pays ayant la plus forte consommation d'antibiotiques à l'échelle européenne.

Cette commission est composée de plusieurs groupes de travail dans des domaines assez variés notamment la médecine hospitalière. Celui qui nous intéresse est celui consacré à la plateforme fédérale en hygiène hospitalière qui œuvre à l'évitement des infections liées aux soins.

§2. Plateforme fédérale en hygiène hospitalière

Ce groupe de travail de la BAPCOC est à l'origine de la création de plateformes régionales auxquelles elle va déléguer des attributions et gérer les stratégies qu'elles vont devoir utiliser. Celles-ci permettront une meilleure application des mesures dictées par la plateforme fédérale et serviront de charnière entre cette dernière et les comités d'hygiène hospitalière²⁵³. Nous nous trouvons dans un système de communication en cascade entre les hôpitaux et le personnel.

Notre plateforme fédérale ressemble beaucoup au Comité Technique National de Lutte contre les Infections Nosocomiales et des Infections Liées aux Soins, appelé aussi le CTINILS depuis 1992. En effet, tout comme elle, il est chargé de promouvoir la mise en place de stratégies en vue de la lutte contre les infections associées aux soins, il fournit également des rapports nationaux et assure une surveillance de ces infections.

²⁵² SPF SANTE PUBLIQUE, « Commission belge de coordination de la politique antibiotique (BAPCOC) », 2016, disponible sur www.organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/organe-d'avis-et-de-concertation/commissions/bapcoc.

²⁵³ B. GORDTS, « Plates-formes régionales d'hygiène hospitalière : mise à jour », 2003, disponible sur www.nsih.be/BCKUP201509/download/Nsih-dagen/030212_NSIH_Gordts_platfregion.pdf.

Dans l'organigramme des institutions, sous le CTINILS²⁵⁴, se trouvent les Centres de Coordinations de Lutte contre les Infections Nosocomiales, CCLIN²⁵⁵. Ceux-ci s'apparentent à nos plateformes régionales ayant pour but de servir d'intermédiaire entre les CTINILS et les comités d'hygiène hospitalière, appelés en France, les Comités de Lutte contre les infections nosocomiales, CLIN. Il en existe 5 dans tout l'hexagone.

Les CCLIN se sont dotés, en 2006, d'antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales, ARLIN, ce qui n'est pas le cas en Belgique pour les plateformes régionales. En effet, la création de ces « antennes » permet de déléguer des missions à plus d'acteurs, entraînant un meilleur résultat dans l'objectif poursuivi. Les ARLIN font le même travail que les CCLIN mais « pour les missions de proximité²⁵⁶ ».

Section 3. Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE)

Cet organisme est financé par l'Institut National de l'Assurance Maladie Invalidité, en abrégé INAMI, et est un acteur important dans la lutte contre les infections associées aux soins, en effet, celui-ci rédige, à l'instar de l'ISP, des rapports sur le bien fondé de l'adoption de certaines mesures en terme de santé, afin de donner des indications au législateur pour l'adoption de certaines décisions. Il donne aussi des recommandations et des guides pour les praticiens de la santé²⁵⁷.

Lorsque nous n'avions pas encore de retour concernant le Fonds d'indemnisation, le KCE, en 2009²⁵⁸, avait été très utile dans l'élaboration de statistiques relatives à la charge financière qui pouvait incomber au Fonds en tentant d'appliquer à la Belgique, par analogie, le système déjà existant en France à l'époque.

Il existe également en France un organisme d'expertise, comme l'est le KCE en Belgique, cette fonction est assurée depuis 2004 par le Haut conseil de la santé publique en France chargé de

²⁵⁴ M. HAUET, « Le rôle du CLIN, de l'EOH et du correspondant en hygiène », 2014, disponible sur www.picardmed.com/reseaux/nosopicard/iso_album/organisation_nationale_correspondants_2013.pdf.

²⁵⁵ N. LUGAGNE DELPON et C. OUDIN, « Organisation actuelle de la lutte contre les infections nosocomiales », 2008, disponible sur www.felin.re/IMG/ppt/organisation_lutte_CS.ppt.

²⁵⁶ CCLIN ET ARLIN DU SUD-EST, « Le dispositif de lutte contre les IN », 2014, disponible sur www.cclin-sudest.chu-lyon.fr/LIN/Dispositif.html.

²⁵⁷ KCE, « A propos du KCE », 2011, disponible sur <https://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-kce>.

²⁵⁸ B.-L. YERNA et al., *Indemnisation des dommages résultant de soins de santé. Phase V: impact budgétaire de la transposition du système français en Belgique*, KCE reports vol. 107B, 2009, disponible sur <https://kce.fgov.be>.

définir les objectifs de santé publique, fournir une expertise et des conseils sur la santé aux dirigeants des pouvoirs publics afin de les éclairer dans ce domaine²⁵⁹.

Section 4. Comités d'hygiène hospitalière

En Belgique, à ce sujet, un arrêté royal, organisant la mise en place de ces comités au sein de chaque hôpital, datant du 26 avril 2007²⁶⁰, modifiant l'annexe de l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, a été adopté. Celui-ci organise la promotion de l'hygiène par la création d'un comité d'hygiène hospitalière par hôpital comprenant entre autres le directeur de l'hôpital et l'équipe d'hygiène hospitalière²⁶¹.

Ces structures sont très importantes en milieu hospitalier. Elles ont en effet, plusieurs rôles à l'égard du personnel, mais également à l'égard des patients, par exemple la surveillance des techniques de désinfection et de stérilisation du matériel, certains dépistages bactériologiques, le contrôle des patients infectés²⁶², la formation du personnel et la sensibilisation à l'hygiène, mais également l'information des patients sur l'hygiène des mains et l'importance de la désinfection etc. Toute une série d'éléments qui permet un contrôle qui tend à être complet en ce qui concerne l'asepsie de l'environnement médical. Elles tentent de mener cette lutte en prenant appui sur une équipe opérationnelle en hygiène hospitalière composée de divers praticiens²⁶³. Les deux structures travaillent en collaboration étroite ce qui permet une meilleure approche des problèmes pratiques.

Les comités de lutte contre les infections nosocomiales, CLIN, assurent, en France, le même rôle que nos comités belges d'hygiène hospitalière. Il en est établi dans chaque hôpital de la République afin, comme chez nous, d'assurer le respect de certaines mesures d'hygiène au niveau du milieu hospitalier, ces comités sont chargés de coordonner, au niveau des établissements de soins, tout ce que les institutions œuvrant à la lutte contre ces infections mettent en place. A l'instar de notre pays, ces comités de lutte s'appuient et travaillent

²⁵⁹ HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE, « Missions », 2016, disponible sur www.hcsp.fr/Explore.cgi/Hcsp

²⁶⁰ N. DELLA FAILLE, « Hygiène hospitalière : du neuf », 2007, p. 1.

²⁶¹ Article 1, *litt. c*, alinéa 2 de l'arrêté royal du 26 avril 2007 modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre.

²⁶² B. GORDTS, *op. cit.*; Annexe 9 : G. CHRISTIAENS, *Contrôle des infections nosocomiales*, Faculté de médecine de l'Université de Liège, 2015-2016, p. 13.

²⁶³ Annexe 9 : G. CHRISTIAENS, *op. cit.*, pp. 13-16.

également en collaboration avec une équipe opérationnelle en hygiène hospitalière afin d'associer leurs efforts dans l'évitement des infections associées aux soins²⁶⁴.

Nous pouvons observer que notre arsenal belge en terme d'institutions spécialisées dans la lutte contre les infections liées aux soins est assez complet car il recouvre une quantité assez importante de questions qui peuvent survenir dans le domaine de la santé. En France, nous retrouvons également des comités, dans chaque institution de soins, qu'elle soit publique ou privée. Ceux-ci veillent d'abord à organiser la prévention par la mise en place de certaines mesures ainsi que par la formation continue du personnel hospitalier. Ils se chargent aussi de la surveillance du respect des mesures prévues²⁶⁵. Dans cette voie, chaque année, ces comités établissent des plans d'action en vue de prévenir la survenance des infections associées aux soins.

Nous regrettons toutefois qu'aucun organisme en Belgique ne soit uniquement chargé de la lutte contre les infections nosocomiales. En effet, dans notre pays, plusieurs acteurs sont chargés de ces questions, mais aucun d'entre eux n'a les infections associées aux soins comme unique attribution.

²⁶⁴ P. VEYRES, « Les infections nosocomiales ou infections associées aux soins (IAS) », 2012/2013, disponible sur <https://ifsiduchudenice20122015.files.wordpress.com/2013/08/ias-2012-1.ppt>.

²⁶⁵ B. DUBUISSON, *op. cit.* (voy. note 7), p. 271.

Chapitre 3. Mesures pratiques en milieu hospitalier

Section 1. Renforcement des mesures d'hygiène

Une enquête réalisée en 2008²⁶⁶ par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) établissait que 6% des patients hospitalisés contractent une infection nosocomiale, résultat pratiquement équivalent dans les pays voisins tels que la France ou l'Italie. Désormais, dans son rapport de 2015, le KCE montre que ce chiffre s'élevait à 7,1% en 2011 et est supérieur à la moyenne de l'union européenne qui est de 5,7%²⁶⁷. L'on comprend qu'il ne faut surtout pas prendre à la légère les conséquences des infections nosocomiales, en effet, au-delà du fait qu'elles peuvent occasionner de lourds préjudices pour les patients, il faut être conscient de leur coût financier pour l'état, qui est relativement important. Ce type d'infections entraîne, comme conséquence, le rallongement du séjour hospitalier du patient et de ce fait, un coût plus important pour l'état, que l'on peut chiffrer en centaines de millions d'euros.

§1. Campagnes de sensibilisation

Comme nous l'avons développé précédemment, la contraction d'une maladie nosocomiale chez un patient requiert la réunion de 3 conditions, un agent infectieux, un mode de transmission et un sujet réceptif. Il semble que le manque d'hygiène dans les établissements de soins soit la principale cause de développement des bactéries et des germes responsables d'une grande partie de la contraction de maladies nosocomiales par des patients se rendant dans les établissements de soins. En effet, l'on constate que beaucoup de membres du personnel soignant ne sont pas très enclins à se laver les mains ou à utiliser de manière systématique les mesures préventives liées à la désinfection qui sont pourtant plus qu'essentiels.

Il a d'ailleurs été prouvé qu'une partie relativement importante du nombre de ce type d'infections peut être évitée²⁶⁸ si les mesures d'hygiène sont correctement respectées, en gardant toutefois à l'esprit qu'il est pratiquement impossible et illusoire de pouvoir les éradiquer complètement.

²⁶⁶ KCE, « Les infections nosocomiales en Belgique : Volet I, Etude Nationale de Prévalence », 2008, disponible sur www.kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/d20081027371.pdf.

²⁶⁷ Annexe 3 : KCE, « La performance du système de santé belge – Rapport 2015 », 2015, disponible sur https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_259B_rapportperformance2015.pdf.

²⁶⁸ Voy. interview A. SIMON, annexe 8, question 5 ; CDC, *op. cit.* (voy. note 238).

Du côté des médecins, mis à part les anesthésistes et les chirurgiens, il semble que la tendance soit au non respect de ces mesures d'hygiène pourtant essentielles, en effet, bien que formés au danger du déficit d'hygiène sur la santé des patients, ils continuent à ne pas y être attentifs²⁶⁹.

Comme le montrent les données de l'Institut scientifique de Santé Publique dans son rapport concernant la 6^e campagne de sensibilisation à l'hygiène des mains, les médecins forment la catégorie professionnelle qui observe le moins les mesures d'hygiène en comparaison avec notamment les aide-soignantes et les infirmières²⁷⁰. Par contre, en ce qui concerne ces dernières, il existe un respect plus important, probablement, en raison de la conscientisation plus importante lors de leurs études²⁷¹.

C'est pourquoi, plusieurs campagnes de sensibilisation à l'hygiène médicale, dans les établissements de soins, ont été mises en place afin de conscientiser davantage le personnel soignant mais également les patients, au fait qu'il est, plus que primordial, de respecter les mesures d'hygiène qui ne sont pas à sous-estimer compte tenu des conséquences qu'elles peuvent engendrer, en effet, en Belgique l'on dénombre pas moins de 3000 patients décédant des suites de la contamination par une infection associées aux soins.

Le service de l'Institut de santé publique consacré aux Infections liées aux soins et à l'antibiorésistance, NSIH, supervise l'organisation depuis 2005 et tous les deux ans, des campagnes dédiées à l'hygiène des mains appelées « Vous êtes en de bonnes mains ». Celles-ci permettent deux choses, tout d'abord elles sont mises en place dans un souci de sensibilisation à l'importance de l'hygiène des mains dans le milieu médical, ensuite elles permettent une évaluation du respect de ces mesures pendant, mais aussi, après la campagne, sur le long terme. Elles sont pensées et réalisées par un groupe de travail appelé « hygiène des mains » faisant partie de la plateforme fédérale d'hygiène hospitalière²⁷², elle-même existant au sein de la BAPCOC.

²⁶⁹ Voy. interview A. SIMON, annexe 8, question 4.

²⁷⁰ Annexe 5 : INSTITUT SCIENTIFIQUE DE SANTE PUBLIQUE, « Résultats de la 6^e campagne nationale pour la promotion de l'hygiène des mains dans les hôpitaux. 2014-2015 », 2015, p. 18.

²⁷¹ Voy. interview A. SIMON, annexe 8, question 4.

²⁷² SPF SANTE PUBLIQUE, « Campagne 2016-2017 », 2016, disponible sur www.health.belgium.be/fr/sante/prenez-soin-de-vous/influences-de-lenvironnement/hygiene-des-mains.

Pour 2016-2017, l'Institut coordonne sa septième campagne nationale de sensibilisation à l'hygiène des mains, à l'initiative de plusieurs organismes tels que l'ISP évidemment mais également le SPF santé publique et la BAPCOC. Dans le but de vérifier l'hygiène des mains par les mesures d'asepsie et de désinfection, depuis la troisième campagne, un élément optionnel a été ajouté quant à la vérification du port de bijoux et de l'hygiène des ongles, qui sont des facteurs importants de transports et partant de transmission de bactéries responsables d'infections²⁷³.

Ces campagnes s'étalent, en général, sur une période de six ou sept mois. Les hôpitaux reçoivent l'invitation d'y participer, ils n'ont aucune obligation ; toutefois, l'on remarque qu'une grande partie de ceux-ci se prête au jeu et donne même de très bons résultats²⁷⁴. Par ailleurs, lors de la sixième campagne, 79% des hôpitaux ont participé en encodant des données les concernant²⁷⁵.

Les établissements de soins reçoivent alors, par l'intermédiaire de la BAPCOC, des documents à remplir, tels que des questionnaires qu'ils sont invités à renvoyer afin qu'ils puissent être scannés et analysés par le service NSIH de l'Institut de santé publique. Ce dernier se charge alors de réaliser une étude dévoilant des chiffres et des scores pour chaque hôpital et également de l'application internet qui « permet de fournir aux hôpitaux un feedback en temps réel de leurs données locales individuelles²⁷⁶ ». Ce « feedback » est important et révélateur de la qualité de l'hygiène au sein de l'hôpital.

En effet, ces campagnes montrent un franc succès dans le respect des mesures d'hygiène par le personnel, ce sont les chiffres des précédentes campagnes qui nous permettent de nous en rendre compte car l'on constate à chaque résultat, une amélioration significative des pourcentages²⁷⁷, tout cela nous permet d'affirmer l'importance de la mise en place de ces campagnes qui ne cessent de rencontrer le but qu'elles poursuivent²⁷⁸.

²⁷³ Annexe 5 : INSTITUT SCIENTIFIQUE DE SANTE PUBLIQUE, *op. cit.*, p. 24.

²⁷⁴ SPF SANTE PUBLIQUE, « Campagne 2016-2017 », *op. cit.*

²⁷⁵ Annexe 5 : INSTITUT SCIENTIFIQUE DE SANTE PUBLIQUE, *op. cit.*, p. 8.

²⁷⁶ INSTITUT SCIENTIFIQUE DE SANTE PUBLIQUE, « Campagne nationale pour la promotion de l'hygiène des mains. 2010-2011 », 2012, disponible sur www.nsih.be/download/HH/RAPPORT_HH20102011_fr_final.pdf.

²⁷⁷ Annexe 5 : INSTITUT SCIENTIFIQUE DE SANTE PUBLIQUE, *op. cit.*, p. 6.

²⁷⁸ M. ECKERT, « Elke vijf minuten één ziekenhuisinfectie », *De Standaard*, édition du 30 septembre 2013, p. 1.

§2. Vérification du respect des pratiques adéquates

Afin que les mesures prises en vue de faire respecter un maximum les pratiques relatives à l'hygiène, il est important d'instaurer un système de contrôle à l'égard des patients mais également à l'égard du personnel médical.

Les médecins et infirmiers hygiénistes sont chargés de la vérification de l'attention qui est portée à ce respect dans les établissements de soins. Pour ce faire, certains hôpitaux prévoient le contrôle des mains, sous lumière fluorescente, de certains membres du corps médical dans le but de s'assurer que l'hygiène des mains est correcte²⁷⁹. Malheureusement, ces mesures ne sont pas systématiquement mises en place dans toutes les institutions hospitalières du pays.

Certains hôpitaux mettent même à disposition des patients des brochures qu'ils peuvent consulter sur internet au sujet de l'hygiène à respecter avant de subir une opération²⁸⁰.

Malheureusement comme le montrent les chiffres des rapports analysés précédemment, l'on constate, qu'en pratique, les mesures d'hygiène ne sont pas suffisamment respectées ce qu'on peut tirer du fait qu'elles ne sont pas suffisamment contrôlées, ce qui explique également que certains praticiens se sentent moins contraints d'appliquer toutes ces règles pourtant indispensables.

Section 2. Opportunité du traitement

Lorsque l'on aborde le domaine de l'infection nosocomiale mais surtout son évitement, il est essentiel de se poser la question de l'opportunité des traitements que doit subir le patient. En effet, quand on sait que beaucoup de ces infections peuvent être évitées si l'intervention n'a pas lieu, il est important de s'interroger sur la véritable nécessité du traitement afin de ne pas exposer le patient à un risque inutile.

²⁷⁹ Voy. interview A. SIMON, annexe 8, question 4.

²⁸⁰ Annexe 1 : HOPITAL SAINT-LUC, « Brochure expliquant aux patients les règles d'hygiène à observer avant une opération à Saint-Luc », Bruxelles, 2016, disponible sur www.saintluc.be.

A l'heure actuelle, les individus sont de plus en plus poussés à subir certains traitements, examens, tests et dépistages de tous ordres. Toutes ces interventions médicales nécessitant de se rendre dans un établissement de soins, parfois anodines et sans danger, peuvent créer des désagréments connus mais mis de côté en raison de leur prétendue rareté. Pourtant, tous ces actes restent invasifs et potentiellement risqués surtout pour certains patients.

Comme dit précédemment, plusieurs catégories de patients sont plus sujettes que d'autres à développer des infections liées aux soins en raison d'une faiblesse particulière intrinsèque à leur organisme du fait d'une maladie ou non. Dans ce contexte, les personnes âgées sont prédisposées à développer ces infections car l'organisme est moins résistant avec l'âge, il n'est plus aussi fonctionnel, les personnes atteintes de cancer également. Se pose alors la question de l'acharnement thérapeutique²⁸¹ d'une part mais de l'intérêt financier que représente le séjour plus ou moins long d'un patient à l'hôpital.

Il faudrait dans ce cadre, tenter de réduire ces actes qui, dans de nombreux cas, ne sont pas nécessaires et également informer les patients du risque qu'ils encourent en multipliant les examens de toute sorte de manière à leur faire prendre conscience qu'il est préférable de réserver ces interventions médicales dans les cas qui le nécessitent.

²⁸¹ O. GROSJEAN, *op. cit.* (voy. note 5), p. 52.

Conclusion

C'est avec regret que nous constatons à la suite de toutes ces recherches, que les infections nosocomiales sont pratiquement impossibles à éradiquer de manière définitive de nos institutions de soins. En effet, bien que bon nombre de mesures pratiques rigoureuses, de campagne de sensibilisations, de précautions soient prises, seule une diminution de trente pourcent peut être espérée mais une absence totale n'est jamais possible et comme le mentionnent certains, le risque zéro n'existe pas. La médecine étant un domaine relativement complexe, il est difficile d'établir avec précision la raison de ce phénomène, il n'en reste qu'il convient d'essayer toujours davantage de lutter contre ces infections aux conséquences parfois importantes voire mortelles.

De plus, avec le développement incessant de la médecine et la médicalisation accrue de nos sociétés actuelles via toutes les formes d'interventions parfois inutiles et souvent trop nombreuses, force est de constater que nous n'allons pas dans le sens d'une diminution progressive des chiffres déjà assez élevés à l'échelle, tant nationale, qu'européenne.

Il est assez simple de comprendre qu'un patient se plaigne de subir ce dommage alors qu'il se présente à l'hôpital précisément en vue d'obtenir des soins, à l'inverse, du point de vue du personnel soignant qui ne fait aucun manquement aux mesures d'hygiène et d'asepsie, il serait injuste de les tenir d'emblée pour responsables de la contraction de ces infections.

Nous remarquons que la France s'était dotée d'un système très protecteur des patients avant l'arrivée des lois de 2002 et a ensuite fini par essayer de trouver un compromis qui permettrait à chaque acteur d'y trouver son compte aussi bien sur le plan de la responsabilité que sur le plan de la réparation. La Belgique a été plus lente à démarrer concernant la protection des patients, bien que le résultat ne soit pas encore unanimement atteint, notamment concernant la réparation avec la loi du 31 mars 2010. En effet, nous regrettons que cette loi ne vise pas spécifiquement les infections associées aux soins car, sans cela, leur sort reste encore assez incertain. Faut-il alors préférer le mécanisme français au nôtre ?

En ce qui concerne la réparation, l'on constate quelques petites faiblesses, notamment dans les relations entre l'ONIAM et les commissions de conciliation. En effet, il serait préférable que le rôle des commissions ait une valeur plus importante vis-à-vis de l'Office, tout ceci en vue

d'accroître toujours davantage la performance du système d'indemnisation mis en place par les lois de 2002.

En revanche, concernant l'indemnisation des accidents médicaux, la France a fait le choix de s'entourer de trois acteurs ayant des rôles différents et bien définis là où la Belgique a fait le choix de créer un seul et unique Fonds, sans prévoir d'autre intervenant. Nous pouvons regretter que notre pays n'ait pas trouvé utile de créer d'autres organismes destinés à aider le Fonds dans ses missions relativement compliquées.

Nous serions, en cela, d'avis de préférer le système français qui, bien qu'imparfait, semble être celui qui respecte le mieux les intérêts en présence en tentant de maintenir un équilibre par des mesures à la fois protectrices des patients et acceptables pour le personnel soignant. En effet, le régime spécial relatif aux infections nosocomiales en France permet de mieux percevoir les difficultés engendrées par ces infections, à la différence du système belge qui fait de celles-ci un aléa thérapeutique comme un autre, pour reprendre l'expression du tribunal de première instance de Bruxelles. De plus, sur le plan de la réparation, la France semble être plus performante dans la gestion des dossiers des victimes, là où notre pays semble avoir du mal à appréhender les difficultés pratiques comme l'interprétation de certaines notions.

Nous ne pouvons donc qu'espérer que le législateur belge juge utile, dans les années à venir, de légiférer davantage dans le domaine des infections associées aux soins notamment en ce qui concerne la responsabilité mais également concernant l'indemnisation des victimes afin d'éclaircir les zones d'ombres encore présentes à l'heure actuelle.

Bibliographie

Législation

- ***Belge***

Code civil, articles 1137, 1147, 1382, 1382, 1384.

Code judiciaire, article 870.

Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

Loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé.

Arrêté royal du 8 janvier 2015 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux.

Arrêté royal du 30 juillet 2010 relatif au recouvrement par voie de contrainte de l'indemnité forfaitaire due au Fonds des accidents médicaux.

Question n°53-75 de M. Denis Ducarme du 28 septembre 2010 (F), *Q.R.*, Chambre, 2010-2011, 9 mars 2011, p. 75.

Projet de loi du 12 novembre 2009 relatif à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé (I), exposé des motifs, *Doc. parl.*, Chambre, 2009-2010, n°52-2240/001, pp. 1-79.

Projet de loi du 12 novembre 2009 relatif à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé, rapport C. Burgeon, *Doc. parl.*, Chambre, 2009-2010, n°52- 2240/006, pp. 7 et 86.

Proposition de résolution visant à lutter systématiquement contre les infections nosocomiales, *Doc. parl.*, Sénat, 2010-2011, n° 5-616/1.

- ***Etrangère***

Code de la santé publique, articles R. 6111-6, L. 1111-2, L. 1411-4, D. 1142-1, L. 1142-1.

Code des assurances, article L251-1.

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Loi n° 2002-1577 du 30 décembre 2002 relative à la responsabilité civile médicale.

Loi n° 2009-526 du 12 mai 2009 de simplification et de clarification du droit et d'allègement des procédures.

Arrêté royal du 4 avril 2003 relatif au caractère de gravité des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales.

Décret n° 2011-76 du 19 janvier 2011 relatif au caractère de gravité des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales.

Décret n° 2016-523 du 27 avril 2016 relatif à la création de l'Agence nationale de santé publique.

Ordonnance n° 2016-462 du 14 avril 2016 portant création de l'Agence nationale de santé publique.

Avis, recommandations et communiqués d'organes divers

- ***Belge***

CONSEIL SUPERIEUR DE LA SANTE, « Recommandations en matière d'entretien du matériel endoscopique flexible thermosensible et de prévention des infections », N° 8355, 2010.

CONSEIL SUPERIEUR DE LA SANTE, « Recommandations en matière de contrôles bactériologiques de l'environnement dans les institutions de soins », N° 8364, 2010.

CONSEIL SUPERIEUR DE LA SANTE, « Recommandations relatives à la prévention de la tuberculose dans les institutions de soins », N° 8579, 2013.

CONSEIL SUPERIEUR DE LA SANTE, « Recommandations pour la prévention des infections post-opératoires au sein du quartier opératoire », N° 8573, 2013.

CONSEIL SUPERIEUR D'HYGIENE, « Recommandations pour le contrôle et la prévention de la transmission de *staphylococcus Aureus* résistant à la méthicilline dans les hôpitaux belges », s.d.

CONSEIL SUPERIEUR D'HYGIENE., « Recommandations pour la prévention des infections nosocomiales », Soins aux patients, 2000.

CONSEIL SUPERIEUR D'HYGIENE, « Prévention des infections périnatales à streptocoques du groupe B », 2003.

INSTITUTION SCIENTIFIQUE DE SANTE PUBLIQUE, « Indicateurs de qualité en hygiène hospitalière dans les hôpitaux aigus », Bruxelles, 2013, disponible sur <https://www.wiv-isp.be>.

INSTITUTION SCIENTIFIQUE DE SANTE PUBLIQUE, « Lutte contre les infections nosocomiales : découvrez le score de chaque hôpital », Bruxelles, 2015, disponible sur <https://www.wiv-isp.be>.

MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE PUBLIQUE, « Inauguration du Fonds des accidents médicaux : une avancée essentielle pour la protection des patients », *Communiqué de presse de la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé publique*, 28 août 2012, disponible sur www.fam.fgov.be, p. 1.

CDC, « Public Health Focus : Surveillance, Prevention, and Control of Nosocomial Infections », 1992, disponible sur www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00017800.htm.

- ***Etrangère***

MINISTÈRE DE LA SANTÉ FRANÇAIS, « Les infections nosocomiales », *Méd. et dr.*, Rapport janvier 2005, n° 70, p. 15.

Jurisprudence

- ***Belge***

Cass., 27 février 1958, *Pas.*, 1958, I. pp. 712-715.

Cass., 21 avril 1972, *R.C.J.B.*, 1973, p. 421.

Cass., 21 mars 1979, *J.T.*, 1980, p.6.

Cass., 3 mai 1984, *Pas.*, 1984, I, p. 1081.

Cass., 9 mars 1989, *J.T.*, p. 732.

Cass., 26 octobre 1990, *R.C.J.B.*, 1992, p. 497.

Cass., 2 septembre 1993, *J.T.*, 1994, p. 146.

Cass., 28 février 2002, *Rev. dr. santé*, 2002-2003, p. 12.

Cass., 16 décembre 2004, *Rev. dr. santé*, 2004-2005, pp. 298 et 302.

Cass., 12 mai 2006, *J.L.M.B.*, 2006, p. 1178.

Cass., 15 janvier 2010, *J.L.M.B.*, 2010, p. 728.

Bruxelles, 29 septembre 1998, *Rev. dr. santé*, 1999-2000, pp. 55-57.

Anvers, 22 février 1999, *Rev. dr. santé*, 1999-2000, pp. 286-287.

Liège, 24 mai 2004, *Rev. dr. santé*, 2005-2006, p. 301.

Liège (20^e ch.), 15 novembre 2006, *Rev. dr. santé*, 2006-2007, p. 362.

Liège, 17 avril 2008, *R.R.D.*, 2008, pp. 35 et 36.

Liège (20^e ch.), 18 juin 2008, *J.L.M.B.*, 2010, liv. 16, pp. 745-759.

Gand, 2 février 2012, *N.J.W.*, 2013, n° 275, p. 78.

Liège (2^e ch.), 18 octobre 2012, *J.T.*, 2012, liv. 6498, p. 776.

Liège (20^e ch.), 15 novembre 2012, *J.L.M.B.*, 2013, p. 788.

Liège (20^e ch.), 9 janvier 2014, *J.L.M.B.*, 2014, liv. 36, pp. 1734-1738.

Liège (20^e ch.), 22 mai 2014, *R.G.*, 2012, p. 166.

Liège (20^e ch.), 18 septembre 2014, *R.G.*, 2013/57 et 2013/1379.

Civ. Liège, 7 janvier 2002, *R.G.A.R.*, 2002, p. 13.573.
 Civ. Liège, 26 mars 2002, *R.G.A.R.*, 2002, p. 13572-2.
 Civ. Liège (6^e ch.), 17 janvier 2005, *J.L.M.B.*, 2006, liv. 27, pp. 1185-1192.
 Civ. Gand, 16 avril 2007, *Rev. dr. santé*, 2007-2008, p. 371.
 Civ. Liège (6^e ch.), 30 novembre 2009, *J.L.M.B.*, 2010, liv. 16, pp. 748-752.
 Civ. Bruxelles (71^e ch.), 7 janvier 2010, *J.L.M.B.*, 2010, p. 752.
 Civ. Liège (6^e ch.), 18 janvier 2011, *J.L.M.B.*, 2013, p. 792.
 Civ. Bruxelles (11^e ch.), 11 juin 2012, *Con. M.*, 2012, liv. 4, pp. 153-162.
 Civ. Liège, 23 octobre 2012, *J.L.M.B.*, 2013, pp. 795-796.
 Civ. Bruxelles (11^e ch.), 28 janvier 2014, *Rev. dr. santé*, 2014-2015, liv. 2, pp. 133-139.

- ***Etrangère***

Cass. fr., 1^{ère} civ., 21 mai 1996, n° 94-16.586, Bulletin 1996, n° 219, p. 152.
 Cass. fr., 1^{ère} civ., 25 février 1997, n° 94-19685, *Rev. dr. santé*, 1997-1998, p. 337.
 Cass. fr. 1^{ère} civ. 29 juin 1999, n° 97-14254, *Bull. civ.*, 1999, I, n° 220, p. 152.
 Cass. fr., 1^{ère} civ., 27 mars 2001, n° 99-17672, *Bull. civ.*, 2001, n° 87.
 Cass. fr., 1^{ère} civ., 9 octobre 2001, *Bull. civ.*, I, n° 249.
 Cass. fr., 1^{ère} civ., 4 avril 2006, n° 04-17491, *Bull. civ.*, 2006, I, n° 191.
 Cass. fr., 1^{ère} civ., 14 juin 2007, n° 06-10812, *Bull. civ.*, 2007, I, n° 233.
 Cass. fr., 1^{ère} civ., 30 octobre 2008, pourvoi n° 07-17646, *Bull. civ.* 2008, I, n° 245.
 Cass. fr., 1^{ère} civ., 6 mai 2010, n° 09-66.947.
 Cass. fr., 1^{ère} civ., 3 juin 2010, n° 09-13.591, *J.T.*, 2011, p. 156.
 Cass. fr., 17 juin 2010, *J.L.M.B.*, 2013, liv. 1, p. 48.
 Cass. fr., 1^e juillet 2010, *J.L.M.B.*, 2013, liv. 1, p. 48.
 Cass. fr., 1^{ère} civ., 6 janvier 2011, n° 09-71-201, *D.*, 2011, p. 238.
 Cass. fr., 1^{ère} civ., 12 juin 2012, n° 11-18327, *Bull. civ.*, 2012, I, n° 129.
 Cass. fr., 1^{ère} civ., 10 avril 2013, n° 12-14219.
 Cass. fr. 1^{ère} civ., 19 juin 2013, n° 12-20433.

C.E. fr., 9 décembre 1988, *D.*, 1989, n° 65087, p. 347.
 C.E. fr., 6 juin 1996, *D.*, 1999, p. 395.
 C.E. fr., 27 septembre 2002, n° 211370, *Revue française du dommage corporel*, 2003, p. 289.
 C.E. fr., 10 octobre 2011, rec. n°238500.

Doctrine

- Monographies et ouvrages collectifs

ABERKANE, P., *La réparation du dommage médical et sa jurisprudence*, Bruxelles, Larcier, 2013, 371 p.

BOURDOISEAU, J., « Les infections nosocomiales. Rapport français », in *L'indemnisation des victimes d'accidents médicaux* », Bruxelles, Bruylant, 2015, pp. 253-263, 572 p.

CLERC-RENAUD, L., « L'aléa thérapeutique et les régimes spéciaux d'indemnisation. Rapport français », in *L'indemnisation des victimes d'accidents médicaux en Europe*, Bruxelles, Bruylant, 2015, pp. 409-423, 572 p.

DALCQ, R., « L'évolution récente du droit médical », in *Liber Amicorum Yvette Merchiers*, Bruges, Die Keure, 2001, pp. 723 à 746, 1030 p.

DAPOGNY, B., *Les droits des victimes de la médecine*, Héricy, Editions du Puis-Fleuri, 2009, pp. 328 et suivantes, 458 p.

DE CONINCK, B., « Les infections nosocomiales. Rapport belge » in *L'indemnisation des victimes d'accidents médicaux en Europe*, Bruxelles, Bruylant, 2015, pp. 229-242, 572 p.

DUBUISSON, B., CALLEWAERT, V., et DE CONINCK, B., « §2. La responsabilité des hôpitaux » in *La responsabilité civile*, Bruxelles, Larcier, 2009, pp. 844-864, 1088 p.

DUBUISSON, B., « Les infections nosocomiales en droit comparé. Rapport de synthèse », in *L'indemnisation des victimes d'accidents médicaux en Europe*, Bruxelles, Bruylant, 2015, pp. 269-289, 572 p.

FRASELLE, N., « Les accidents médicaux », in *Les indemnisations sans égard à la responsabilité*, ULB, colloque du 26 octobre 1999, Rapport sur les accidents médicaux, pp. 77-88, 91 p.

FAGNART, J.-L., « La causalité », in *Responsabilités – traité théorique et pratique*, Titre 1, liv. 11bis, Waterloo, Kluwer, 2008, pp. 11-38.

GALLET, J.-L., « Le regard du juge sur la loi du 4 mars 2002 », in *La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades : 10 ans après*, Bruxelles, Bruylant, 2013, pp. 149-159, 323 p.

GENICOT, G., « Faute, risque, aléa, sécurité », in *Droit médical*, coord. d'Y.-H. Leleu, CUP, vol. 79, Bruxelles, Larcier, 2005, p. 59, 345 p.

GENICOT, G., *Droit médical et biomédical*, Collection de la faculté de droit de l'université de Liège, Bruxelles, Larcier, 2010, 864 p

HANNOSSET, E., « Consentement éclairé : fondement, méconnaissance, conséquences », *Droit médical*, sous dir. d' Y.-H. Leleu, Bruxelles, Larcier, 2005, p. 250, 352 p.

HANS, S., « Evolution de la profession infirmière en Belgique », in *Mémento de l'art infirmier*, Bruxelles, Kluwer, 2009, 425 p.

HENRY, P., « Le médecin face au droit », in *Médecine et droit. Questions d'actualité en droit médical et en bioéthique*, Limal, Anthémis, 2007, pp. 23-47, 232 p.

HENRY P. et DE COCQUEAU B., « A propos du consentement éclairé », *Droit médical*, sous dir. d' Y.-H. Leleu, Bruxelles, Larcier, 2005, pp. 198-199, 352 p.

HENRY P. et DE COCQUEAU B., « L'information et le consentement du patient : les nouvelles balises », in *Evolution des droits du patient, indemnisation sans faute des dommages liés aux soins de santé : le droit médical en mouvement*, sous dir. de G. Schamps, Bruxelles-Paris, Bruylant-LGDJ, 2008, p. 27, 600 p.

LUTTE, I., « Aspect médico-légal des infections nosocomiales », in *La responsabilité médicale. Actualités du dommage corporel*, sous dir. de P. Lucas et M. Stehman, Bruxelles, Juridoc, 2003, p. 65, 203 p.

PORCHY-SIMON, S., « Les infections nosocomiales », in *Dix ans d'application de la loi Kouchner*, sous dir. de L. Bloch, *Revue générale de droit médical - numéro spécial*, Bordeaux, Les Etudes hospitalières, 2013, p. 84, 136 p.

RAMBAUD, C., « Le point de vue des patients sur les règles et mécanismes d'indemnisation », in *La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades : 10 ans après*, Bruxelles, Bruylant, 2013, pp. 237-240, 323 p.

SAUVE, J.-M., « La loi du 4 mars 2002, une loi de référence », in *La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades : 10 ans après*, Bruxelles, Bruylant, 2013, pp. 9-29, 323 p.

SCHAMPS, G., *Evolution des droits du patient, indemnisation sans faute des dommages liés aux soins de santé : le droit médical en mouvement*, Bruxelles, Bruylant, 2008, pp. 395-584, 559 p.

SMALLWOOD, O., « Le phénomène nosocomial », in *Les grandes décisions de droit médical*, sous dir. de F. Vialla, Paris, LGDJ, 2009, p. 609, 688 p.

VANSWEEVELT, T., « La responsabilité des professionnels de la santé. La responsabilité du fait personnel », in *Responsabilités. Traité théorique et pratique*, Bruxelles, Kluwer, 2000, liv. 25, vol. 1, pp. 13-17, p.

VANSWEEVELT, T., « La responsabilité des professionnels de la santé », in *Responsabilités. Traité théorique et pratique*, Titre 2, Liv. 25bis, Waterloo, Kluwer, 2008, pp. 6-42.

VANSWEEVELT, T., *La responsabilité civile du médecin et de l'hôpital*, Bruxelles, Bruylant, 1996, 616 p.

- *Articles*

BOU, C., « Les apports de la loi du 4 mars 2002 concernant l'indemnisation des accidents médicaux », *Gaz. Pal.*, 4-5 juin 2003, pp. 2-3.

CHARBONNEAU, C., « Présentation du décret du 4 avril 2003 relatif au caractère de gravité des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales », *Gaz. Pal.*, 21-22 mai 2003, p. 3.

CHRISTIAENS, G., « Les infections nosocomiales : conséquence inadmissible ou risque inhérent à toute hospitalisation ? », obs. sous Cass. fr., 1^e juillet 2010, *J.L.M.B.*, 2013, liv. 1, pp. 53-55.

DALCQ, R., « L'évolution de la responsabilité médicale », *Bull. ass.*, 1981, p. 650.

DALCQ, R., « A propos des infections nosocomiales », *Rev. dr. santé*, 1999-2000, pp. 3-7.

DE CONINCK, B., « Le Fonds des accidents médicaux belge », Groupe de recherche Européen sur la responsabilité civile de l'assurance, Louvain-la-Neuve, 13-14 décembre 2013, p. 4.

DE CONINCK, B., « Infections nosocomiales : obligations de moyens ou de résultat ? » *R.G.A.R.*, 2015/4, p. 15169.

DELLA FAILLE, N., « L'infectiologie et l'antibiothérapie sous la loupe d'un groupe de gestion spécifique au sein des hôpitaux », 2008, disponible sur www.jura.be.

DELLA FAILLE, N., « Hygiène hospitalière : du neuf », 2007, disponible sur www.jura.be.

DELFORGE, C., « Vers un nouveau régime d'indemnisation des accidents médicaux ? », *Rev. dr. santé*, 2004-2005, liv. 2, pp. 86-110.

DENDONCKER, D., « Les infections nosocomiales, la jurisprudence et la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 », *Gaz. Pal.*, 4-5 avril 2003, n° 94-95, pp. 2-18.

DE STEXHE, G., « Accidents médicaux : réinstauration du recours au civil et indemnisation intégrale des accidents sans faute », 2010, pp 1-3.

D'HAESE, R., « Medische contracten in het licht van het recht op eerbied voor de fysieke integriteit - De informed consent- vereiste als raakpunt », *R.G.D.C.*, 2010, p. 430.

DIJKHOFFZ, W., « Ziekenhuisinfecties : de (h)aard van het beestje ? Een actuele stand op het gebied van het aanspraakelijkheidsrecht met rechtsvergelijkende kanttekeningen », *Rev. dr. santé*, 2005-2006, pp. 276-292.

ECKERT, M., « Elke vijf minuten één ziekenhuisinfectie », *De Standaard*, édition du 30 septembre 2013, p. 1.

G. G., « Une obligation de sécurité de résultat en matière d'infections nosocomiales », *Rev. dr. santé*, 2014-2015, liv. 2, p. 139.

GENICOT, G., « Jurisprudence liégeoise en matière d'infections nosocomiales », *J.L.M.B.*, 2014, liv. 36, p. 1738.

GENICOT, G., « Infections nosocomiales et responsabilité de l'hôpital », *J.L.M.B.*, 2013, liv. 14, p. 797.

GENICOT, G., « Infections nosocomiales - Obligation de moyens ou de résultat de l'hôpital », *J.L.M.B.*, 2013, liv. 14, p. 791.

GENICOT, G., « Une obligation de sécurité de résultat en matière d'infections nosocomiales », *Rev. dr. santé*, 2014-2015, liv. 2, pp. 139-141.

GENICOT, G., « Infections nosocomiales : la responsabilité médicale au milieu du gué », *J.L.M.B.*, 2010, liv. 16, pp. 755-761.

GILBERT, S., GUINOTTE, L., et MARTIN, D., « Analyse comparée des dispositifs publics d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux en Belgique et en France », *Les tribunes de la santé*, n° 31, 2011/2, pp. 1-20.

GOUT, O., et PORCHY-SIMON, S., « L'obligation d'information du médecin et le consentement éclairé du patient- Rapport français », Groupe de recherche Européen sur la Responsabilité civile et l'assurance, Louvain-la-Neuve, 2013, p. 10.

GROSJEAN, O., « La résistible ascension des infections nosocomiales », obs. sous Cass. fr., 1^e juillet 2010, *J.L.M.B.*, 2013, liv. 1, pp. 51-52.

GUILIAMS, S., « Bewijs van een fout vereist opdat het samenloopverbod tussen contractuele en buitencontractuele aansprakelijkheid ingevolge een misdrijf kan worden opgeheven », note sous Gand, 2 février 2012, *N.J.W.*, 30 janvier 2013, n°275, p. 79.

HANNOSSET, E., « Réflexions critiques sur l'évolution de quelques questions de droit médical », *Rev. dr. santé*, 2000-2001, pp. 124-138.

HOCQUET-BERG, S., « Responsabilité médicale sans faute. Infection nosocomiale », *Juris-Cl.*, fasc. 440-455, p. 11, n°26.

HOCQUET-BERG, S., « Les médecins sont tenus d'une obligation de sécurité-résultat », *Gaz. Pal.*, 7-8 mai 1999, p. 21.

KIRKPATRICK, J., « Réflexions sur la charge de la preuve en matière de responsabilité médicale et sur la distinction entre obligations de résultat et obligations de moyens », note sous Cass., 15 janvier 2010, *R.C.J.B.*, 2010, p. 515.

LANGENAKEN, E., « La réforme de l'indemnisation du dommage issu de soins de santé : révolution ou régression ? », *R.G.A.R.*, 2007, n° 14.312.

LANGENAKEN, E., « Responsabilité du médecin et de l'hôpital - Les infections nosocomiales : un revirement de jurisprudence des juridictions liégeoises », *Con. M.*, 2013, liv. 2, pp. 90-99.

LANGENAKEN, E., « Les infections nosocomiales : un revirement de jurisprudence des juridictions liégeoises », *Con. M.*, 2013, liv. 2, pp. 85-103.

LANTERO, C., DELIANCOURT, S., « C.E., Avis, 10 octobre 2007, Sachot, n° 306590 », 2 mars 2010, disponible sur www.lantero-deliencourt.com/2010/03/02/ce-avis-10-octobre-2007-sachot-n%C2%B0-306590/.

LEMMENS, C., « Medische hulpmiddelen, veiligheid en nosocomiale infecties : een inspanningsdan wel een resultaatsverbintenis ? », note sous civ. Gand, 16 avril 2007, *Rev. dr. santé*, 2007-2008, pp. 375-384.

LEMMENS, C., « Het al dan niet vermijdbaar karakter van nosocomiale infecties en de impact daarvan op de verbintenissen van de zorgverlener? », *Rev. dr. santé*, 2012-2013, p. 363.

MANAOUIL, C., et al. « Réparation des infections nosocomiales contractées après le 5 septembre 2001 (application de la loi du 4 mars 2002), *Journal de Médecine Légale Droit Médical*, 2005, n°4-5, p. 254.

MONDIELLI, E., « Le droit de la responsabilité face aux infections nosocomiales : quoi de nouveau? », *Revue générale de droit médical*, 2003, n°11, pp. 137-138.

MUYLAERT, P., « Les maladies nosocomiales : état de la jurisprudence et questions actuelles », *Con. M.*, 2012, liv. 3, pp. 87-91.

SARGOS, P., « Le nouveau régime juridique des infections nosocomiales », *J.C.P.*, 2002, I, n° 25, pp. 1117-1120.

SCHAMPS, G., « Le Fonds des accidents médicaux et l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé », *R.G.A.R.*, 2014, liv. 1, n° 15.035.

TACK, S., « Le Fonds des Accidents Médicaux explique les notions de « dommage anormal » et d'« AMSR », *Rev. dr. santé*, 2015-2016, liv. 1, pp. 3-5.

TIFINE, P., « Office du juge et responsabilité de plein droit des établissements de santé publics en cas d'infection nosocomiale », Note sur CE, 6 mars 2015, Centre hospitalier de Roanne, n°368520.

VAN CAENEGHEM, S., « La nouvelle loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé. Description du nouveau système », *FORASS*, n°107, 2010, pp. 147-155.

VANDERWECKENE, M., Les infections nosocomiales : une simple question d'hygiène hospitalière ? ; *R.G.A.R.*, 2002, liv. 6, n° 13.568, p. 7.

VAN ENIS, Q., « Obligation de moyens ou de résultat en matière médicale : quand le juge doit sonder les cœurs et les reins des parties... », note sous Liège, 17 avril 2008, *R.R.D.*, 2008, p. 38.

VANSWEEVELT, T., « La violation de l'obligation d'information en tant que dommage autonome », *Rev. dr. santé*, 2012-2013, p. 266.

VIALLA, F., « Evolutions récentes de la responsabilité pour défaut d'information », *Méd et dr.*, 2010, n° 105, p. 165.

- *Sites internet*

CCLIN et ARLIN DU SUD-EST, « Le dispositif de lutte contre les IN », 2014, disponible sur www.cclin-sudest.chu-lyon.fr/LIN/Dispositif.html.

CONSEIL SUPERIEUR DE LA SANTE, « Qui sommes-nous ? », 2016, disponible sur www.health.belgium.be/fr/qui-sommes-nous.

GORDTS, B., « Plates-formes régionales d'hygiène hospitalière : mise à jour », 2003, disponible sur www.nsih.be/BCKUP201509/download/Nsih-dagen/030212_NSIH_Gordts_platfregion.

HAUET, M., « Le rôle du CLIN, de l'EOH et du correspondant en hygiène », 2014, disponible sur www.picardmed.com/reseaux/nosopicard.

HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE, « Missions », 2016, disponible sur www.hcsp.fr/Explore.cgi/Hcsps.

INSTITUT SCIENTIFIQUE DE SANTE PUBLIQUE, « Campagne nationale pour la promotion de l'hygiène des mains. 2010-2011 », 2012, disponible sur www.nsih.be/download/HH/RAPPORT_HH20102011_fr_final.pdf.

KCE, « Les infections nosocomiales en Belgique : Volet I, Etude Nationale de Prévalence », 2008, disponible sur www.kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/d20081027371.pdf.

KCE, « A propos du KCE », 2011, disponible sur <https://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-kce>.

LUGAGNE DELPON, N., et OUDIN, C., « Organisation actuelle de la lutte contre les infections nosocomiales », 2008, disponible sur www.felin.re/IMG/ppt/organisation_lutte_CS.ppt.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, « Missions de la CNAMed », disponible sur www.social-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/partenaires/article/cnamed-commission-nationale-des-accidents-medicaux.

OFFICE NATIONAL D'INDEMNISATION DES ACCIDENTS MEDICAUX, « Qui sommes-nous ? », disponible sur www.oniam.fr/indemnisation-accidents-medicaux/oniam.

OFFICE NATIONAL D'INDEMNISATION DES ACCIDENTS MEDICAUX, « Les CCI », disponible sur www.oniam.fr/indemnisation-accidents-medicaux/partenaires.

OFFICE NATIONAL D'INDEMNISATION DES ACCIDENTS MEDICAUX, « Notre organisation », disponible sur www.oniam.fr/indemnisation-accidents-medicaux/organisation.

SANTE PUBLIQUE FRANCE, « Qui sommes-nous ? », 2015, disponible sur www.invs.sante.fr/%20fr/L-Agence/Qui-sommes-nous.

SPF SANTE PUBLIQUE, « Commission belge de coordination de la politique antibiotique (BAPCOC) », 2016, disponible sur www.organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/organe-d'avis-et-de-concertation/commissions/bapcoc.

SPF SANTE PUBLIQUE, « Campagne 2016-2017 », 2016, disponible sur www.health.belgium.be/fr/sante/prenez-soin-de-vous/influences-de-lenvironnement/hygiene-des-mains.

VEYRES, P., « Les infections nosocomiales ou infections associées aux soins (IAS) », 2012/2013, disponible sur <https://ifsiduchudenice20122015.files.wordpress.com/2013/08/ias-2012-1.ppt>.

WIV-ISP, « A propos de nous », 2011, disponible sur www.wiv-isp.be/About-wiv-isp/Pages/FR-Introduction.aspx.

YERNA B.-L. et al., « Indemnisation des dommages résultant de soins de santé. Phase V : impact budgétaire de la transposition du système français en Belgique », KCE reports vol. 107B, 2009, disponible sur <https://kce.fgov.be>.

Table des matières des annexes

Annexe 1 : Livret explicatif préopératoire relative à l'hygiène destinée aux patients de l'hôpital Saint-Luc (source : Hôpital Saint-Luc, <i>Brochure expliquant aux patients les règles d'hygiène à observer avant une opération à Saint-Luc</i> , Bruxelles, 2016, www.saintluc.be).....	81
Annexe 2 : Rapport d'activité 2015 de l'ONIAM (source : Office national d'indemnisation des accidents médicaux, <i>Rapport d'activité 2015</i> , Bagnolet, 2015, www.oniam.fr).....	85
Annexe 3 : Statistique de contraction d'infections nosocomiale en Belgique et en Europe (source : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), <i>La performance du système de santé belge - rapport 2015</i> , Bruxelles, 2015, https://kce.fgov.be/fr).....	88
Annexe 4 : Indicateurs de qualité d'hygiène dans les hôpitaux (source : Institut scientifique de santé publique, <i>Indicateurs de qualité en hygiène hospitalière. Rapport annuel – données 2013</i> , Bruxelles, 2014, www.nsih.be).....	90
Annexe 5 : Comparaison de l'hygiène des mains dans les hôpitaux selon la profession (source : Institut scientifique de santé publique, <i>Résultat de la 6^e campagne nationale pour la promotion de l'hygiène des mains dans les hôpitaux</i> , Bruxelles, 2014-2015, www.nsih.be).....	92
Annexe 6 : Avis du Conseil supérieur de la santé sur le comportement à adopter dans le contexte particulier de la salle d'opération (source : Conseil supérieur de la santé, <i>Recommandations pour la prévention des infections post-opératoires au sein du quartier opératoire</i> , Bruxelles, 2013, www.health.belgium.be/fr/conseil-superieur-de-la-sante).....	97
Annexe 7 : « Rapport d'activités du Fonds des accidents médicaux – 2014 » (source : Institut national d'assurance maladie-invalidité, <i>Rapport d'activités du Fonds des accidents médicaux - 2014</i> , Bruxelles, Septembre 2015, www.inami.fgov.be).....	100
Annexe 8 : Retranscription de l'interview du Professeur Anne Simon, médecin hygiéniste aux Cliniques universitaires Saint-Luc de Bruxelles (20 mai 2016).....	105

Annexe 9 : Extrait du cours d'hygiène hospitalière du Docteur Geneviève Christiaens de l'Université de Liège, 2015- 2016, pp. 13-16.....113

Annexe 1 : Livret explicatif préopératoire relative à l'hygiène destinée aux patients de l'hôpital Saint-Luc.



Madame, Monsieur,

Vous allez être prochainement opéré(e) aux Cliniques universitaires Saint-Luc. Vous entrez à l'hôpital le jour de votre opération.

Certaines règles d'hygiène sont à observer pour diminuer le risque de complications postopératoires.

Votre coopération nous est donc indispensable.
Votre sécurité est notre priorité !



Hygiène Hospitalière

**Un hôpital
pour la Vie**



Cliniques universitaires
SAINT-LUC
UCL BRUXELLES



Conseils pratiques

A votre domicile

- Vérifiez que vos ongles sont courts et propres.
- Enlevez tout maquillage et vernis.
- Otez tout bijou et piercing
- **Ne rasez pas** la zone à opérer car le rasage expose à un risque infectieux plus important. Si cela s'avère indispensable, une dépilation sera faite à votre arrivée à l'hôpital.



Un hôpital
pour la Vie

La veille et le matin de l'intervention

- Ne mettez ni crème ni huile hydratante, ni parfum, ni déodorant. Ces produits peuvent être irritants pour la peau et rendront plus difficile la désinfection en salle d'opération.
- Prenez de préférence une douche (ou lavez-vous complètement à l'évier) et faites un shampoing avec un savon antiseptique (consultez la page suivante pour les informations pratiques).
- Brossez-vous méticuleusement les dents et/ou votre appareil dentaire avec votre dentifrice habituel.

Nous vous conseillons d'utiliser l'Isobétadine® savon comme savon antiseptique pour prendre votre douche. Si ce savon vous est contre-indiqué, vous pouvez également utiliser de l'Hibiscrub®. 40 à 50 ml de savon antiseptique sont indispensables pour la douche et le shampoing.

Vous devez vous procurer l'un de ces deux savons antiseptiques chez votre pharmacien. Ils sont vendus sans ordonnance.

Lors de votre arrivée à l'hôpital

L'infirmière qui vous prendra en charge vérifiera notamment la préparation de votre peau (hygiène) et pratiquera, si nécessaire, une dépilation de la zone opératoire à l'aide d'une tondeuse électrique. Si vous avez constaté des lésions sur votre peau, signalez-les.

Nous vous remercions pour votre collaboration et espérons que ces explications vous aideront.

Bon séjour aux Cliniques universitaires Saint-Luc
et prompt rétablissement.
L'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière



Consignes concernant la douche médicale préopératoire

La douche médicale préopératoire (avec un savon antiseptique) est destinée à éliminer la majorité des bactéries normalement présentes sur la peau. La douche est préférable au bain ou à la toilette au lavabo. Utilisez le même savon antiseptique pour le corps et les cheveux. Savonnez-vous la peau et les cheveux de préférence directement avec les mains ou à l'aide d'un gant de toilette propre.

COMMENT PRATIQUER LA DOUCHE ? (voir dessin au verso)

Mouillez soigneusement la tête, les cheveux et l'ensemble du corps sous la douche

Réalisez le shampoing avec le savon antiseptique

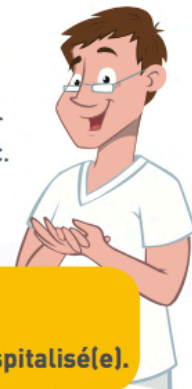
Lavez-vous tout le corps. Commencez par le haut du corps et terminez par le bas. Insistez sur les aisselles, le nombril, les régions des organes génitaux et du pli inter fessier, les pieds (entre les orteils). Pour les dames, insistez bien au niveau des plis sous la poitrine

Rincez abondamment vos cheveux, votre tête et le corps jusqu'à l'élimination de la mousse

Séchez de haut en bas avec une serviette propre et revêtez des vêtements propres

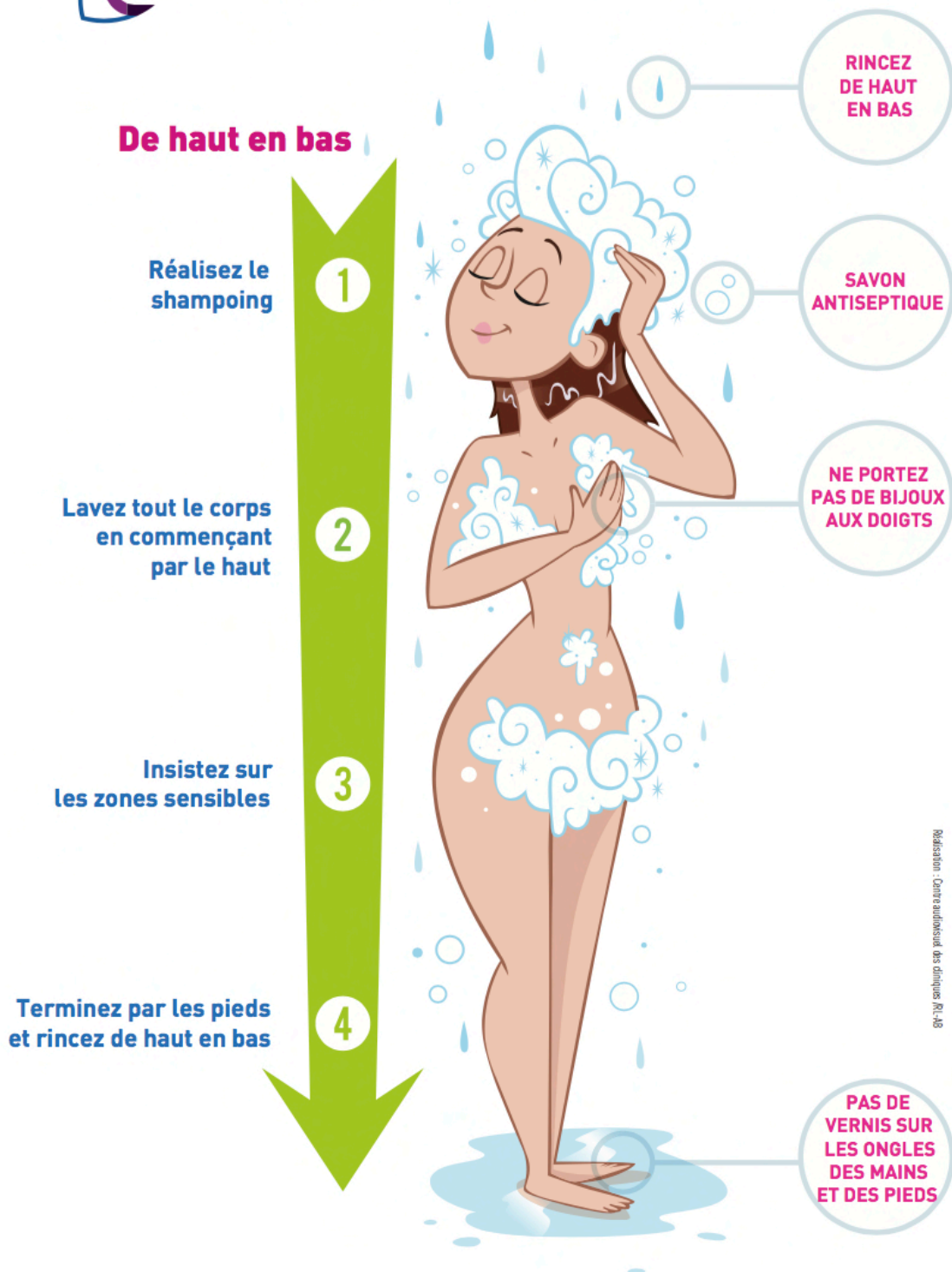
Si vous utilisez l'Isobétadine® savon, frottez votre peau et vos cheveux en faisant mousser jusqu'à ce que le produit brun devienne blanc.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à contacter l'unité de soins où vous serez hospitalisé(e).





Douche médicale préopératoire



Source : Hôpital Saint-Luc, *Brochure expliquant aux patients les règles d'hygiène à observer avant une opération à Saint-Luc*, Bruxelles, 2016, www.saintluc.be

Annexe 2 : Rapport d'activité 2015 de l'ONIAM



2015
Rapport d'activité



Avis		Période					
		en 2010	en 2011	en 2012	en 2013	en 2014	en 2015
Avis directs	Nombre total d'avis	588	547	634	642	531	629
	Nombre d'avis non suivis	29	16	42	39	28	32
	Part des avis non suivis	4,9%	3%	6,6%	6,1%	5,3%	5,1%
Substitutions	Nombre total de demandes	130	148	182	164	187	187
	Nombre demandes non suivies	47	33	50	28	36	37
	Part des demandes non suivies	36,2%	22%	27,5%	17,1%	19,3%	19,8%
Total avis	Nombre total d'avis	718	695	766	806	718	816
	Nombre d'avis non suivis	76	49	92	67	64	69
	Part des avis non suivis	10,6%	7%	12%	8,3%	8,9%	8,5%

Tableau 7 : AM - Le taux de divergence entre ONIAM et CCI
Valeur cible du COP pour 2015 : ≤ 7,8 %

Motifs	Part des dossiers
Absence d'imputabilité du dommage à un acte de prévention, de diagnostic ou de soins	12,5 %
Contradiction entre l'avis CCI et l'expertise CCI	3,1 %
Absence d'anormalité du dommage au regard de l'état de santé du patient comme de l'évolution prévisible de cet état ¹	62,5 %
Absence d'atteinte des seuils de recevabilité des dossiers	3,1 %
Absence d'accident médical	18,8 %

Tableau 8 : AM – Motifs retenus pour ne pas suivre un avis

¹⁾ cas où l'état de santé de la victime la prédisposait à la réalisation du dommage

Depuis janvier 2014, l'ONIAM communique la motivation de ses divergences aux CCI en cas de refus de suivre leur avis.

OFFRES ET REJETS

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Protocoles envoyés* (nombre)	1435	1898	2093	2063	1786	1612	1961	1866	1685	1944	
Dossiers clos (nombre)	292	513	561	748	458	384	464	529	362	655	
Dont montant	compris entre 500 000€ et 1M€	2	7	15	11	5	5	16	9	7	13
	supérieur à 1M€	0	3	5	2	4	2	1	6	2	4
Montants engagés** (Millions d'€)	35,73	62,78	73,88	62,59	46,05	44,06	61,97	72,58	68,45	82,31	
Montant moyen par dossier clos (€)	61 547	86 924	98 688	75 173	79 392	86 341	86 298	98 915	95 105	85 927	

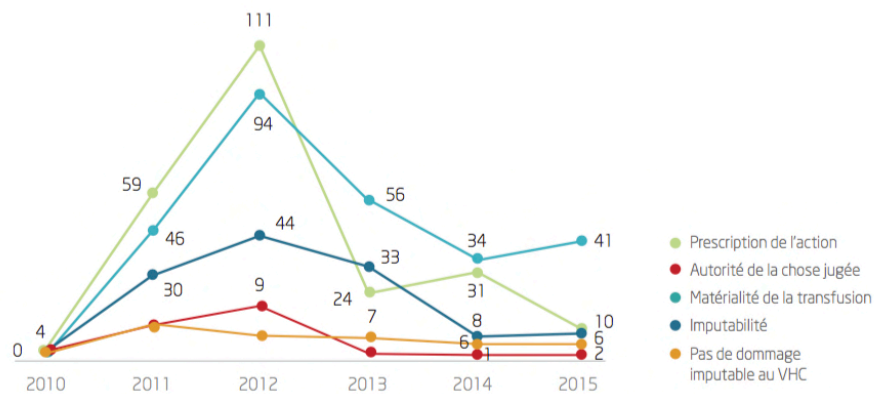
Tableau 9 : AM – Indemnisation des Accidents Médicaux à l'ONIAM

* Il peut y avoir plusieurs protocoles par dossier.

** Les montants engagés correspondent aux protocoles engagés et payés au titre de l'exercice.

ONIAM • Rapport d'activité 2015

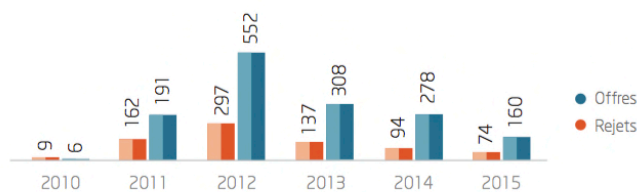
26
27



Graphique 10 : VHC - Analyse des rejets, nombre de rejets par motif

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nombre de décisions ⁶	15	353	849	445	372	234
Taux d'indemnisation	40%	54,1%	65%	69,2%	74,7%	68,4%

Tableau 21 : VHC - Synthèse des dossiers traités



Graphique 11 : VHC - Première proposition d'indemnisation ou de rejet

38
39

Au 31 décembre 2015, 3007 décisions ont été notifiées (un dossier peut donner lieu à plusieurs décisions), dont :

- 773 rejets ;
- 922 offres définitives ou totales ;
- 1312 offres provisionnelles ou partielles.

Sur le nombre de demandes amiables au 31 décembre 2015, il reste à examiner 820 dossiers en cours d'instruction.

Au cours de l'année 2015, sur les 492 offres émises, 444 dossiers ont fait l'objet d'un retour (toutes offres confondues), dont 424 offres acceptées soit un taux d'acceptation de 95,5%, pour un montant d'offre moyen de 35 500 €. (Valeur cible du COP pour 2015 : ≥ 85%.)

⁶ Les décisions sont les premières décisions d'indemnisation (partielles, provisionnelles et totales) et les décisions de rejets

Source : Office national d'indemnisation des accidents médicaux, *Rapport d'activité 2015*, Bagnolet, 2015, www.oniam.fr

Annexe 3 : Statistique de contraction d'infections nosocomiale en Belgique et en Europe



KCE REPORT 259B



LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ BELGE - RAPPORT 2015



2015

www.kce.fgov.be



KCE Report 259B

Rapport Performance 2015

29

Tableau 5 – Indicateurs de l'adéquation des soins

(ID) Indicateur	Belgique	Année	Cible	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Source	UE-15 (moyenne)
Soins primaires – maladies chroniques (directives)								
QA-1 Proportion de diabétiques adultes bénéficiant d'un suivi adéquat ^a (% des diabétiques sous insuline)	●	67,8	2013	71,6	61,5	66,6	AIM	---
QA-2 Proportion de diabétiques adultes bénéficiant d'un suivi adéquat ^a (% des patients de +50 ans sous antidiabétiques oraux uniquement)	●	43,4	2013	43,5	42,2	47,9	AIM	---
Soins primaires – habitudes de prescription (directives)								
QA-3 Recours aux antibiotiques (total des DDD/1000 hab/jour)	●	28,7	2012	--	--	--	Pharmanet	21,8 ⁽¹⁾
QA-4 Recours aux antibiotiques au moins 1x dans l'année (% de la population)	●	41,7	2013	41,1	44,5	36,4	AIM	---
QA-5 Recours aux antibiotiques de 2 ^e intention ^b (% du total des DDD d'antibiotiques)	●	55,4	2013	54,9	59,2	53,2	AIM	---
Imagerie médicale inappropriée								
QA-6 NEW Exposition aux radiations médicales suite à l'utilisation d'examen d'imagerie inappropriés (mSv/hab/an)	+	0,90	2014	--	--	--	INAMI	--
Soins aigus – variabilité des procédures chirurgicales								
QA-7 Césariennes (/100 naissances vivantes)	●	20,4	2012	10-15	19,7	21,0	RHM	23,4 ⁽¹⁾

Résultat bon (●), moyen (●) ou mauvais (●), globalement stable ou tendance non évaluée (vide), amélioration (+) ou détérioration (-).

Les résultats en gras indiquent les régions ayant un risque relatif plus élevé que 1,2 (ou plus bas que 0,83) en comparaison avec la région affichant les meilleurs résultats. DDD = defined daily dose

^a Un suivi approprié étant défini comme la réalisation régulière d'examen de rétinopathie et de tests sanguins (hémoglobine glyquée et créatinine sérique) ; ^b Antibiotiques de seconde intention : amoxicilline + acide clavulanique, macrolides, céphalosporines et quinolones.

Source des résultats pour les comparaisons internationales : ⁽¹⁾ statistiques de santé de l'OCDE pour 2015.



4.2.3. Sécurité des soins

La sécurité peut se définir comme « la mesure dans laquelle le système ne nuit pas au patient ». ²² Quatre types d'indicateurs sont utilisés pour évaluer la sécurité des soins dans le présent rapport : les infections nosocomiales, les complications après chirurgie, les complications liées aux soins infirmiers et la polymédication chez les personnes âgées (Tableau 6).

Infections associées aux soins (nosocomiales)

La prévalence des infections nosocomiales chez les patients hospitalisés s'élève à 7,1 %. Ce chiffre est plus élevé que ne l'aurait laissé prévoir le case-mix des patients belges (en comparaison avec le case-mix et les résultats des patients européens inclus dans l'enquête du Centre européen de Prévention et de Contrôle des Maladies). Il est également et supérieur à la moyenne de l'UE (5,7 %). Il reste donc des progrès à faire en matière d'infections nosocomiales.

Le second indicateur est l'incidence du MRSA nosocomial, une source majeure d'infections nosocomiales dont la surveillance est obligatoire dans tous les hôpitaux belges depuis 2007. Le suivi de cet indicateur révèle une tendance favorable, avec une baisse constante des infections depuis 2004. Les recommandations nationales pour le contrôle du MRSA, publiées en 2003, sont probablement l'un des facteurs ayant contribué à ce résultat positif. L'incidence du MRSA nosocomial reste toutefois plus élevée en Wallonie que dans les autres régions.

Complications après chirurgie

Les complications après chirurgie, enregistrées dans le RHM, sont compilées dans les indicateurs de sécurité des patients des *OECD Health Quality of Care Indicators* (HCQI). Les résultats montrent une légère tendance à la baisse pour les thromboses veineuses profondes et embolies pulmonaires après pose d'une prothèse de hanche ou de genou et des résultats stables pour les septicémies postopératoires après chirurgie abdominale. Il existe également des différences régionales, l'incidence des complications après chirurgie étant la plus faible en Flandre. Les résultats pour les deux indicateurs sont moins bons que la moyenne UE-15, mais les méthodologies utilisées sont légèrement différentes.

Les complications liées aux soins infirmiers

Les escarres ont un impact négatif significatif sur la santé et peuvent être évitées par des soins infirmiers appropriés. Une enquête récente du Conseil Fédéral pour la Qualité de l'Activité Infirmière a observé une prévalence de 5,1% pour les escarres (cat II-IV), ce chiffre étant le plus élevé en Wallonie. Il est actuellement difficile de comparer ces résultats à ceux d'autres pays, mais ils représentent une base de comparaison pour les mesures futures.

Polymédication chez les personnes âgées

Le dernier type d'indicateurs concerne la polymédication chez les patients âgés – un phénomène qui peut avoir un impact négatif sur leur santé, notamment à cause d'un risque accru d'interactions médicamenteuses. Deux indicateurs ont été sélectionnés pour surveiller ce phénomène : la polymédication (au moins 5 médicaments différents/jour) et la polymédication excessive (au moins 9 médicaments différents/jour). À noter que l'expression « polymédication excessive » utilisée dans ce contexte n'a pas de connotation négative quant à la pertinence de cette polymédication.

Les résultats de l'enquête de santé (HIS) révèlent une tendance à la baisse depuis 2008 pour ces deux indicateurs, avec de très faibles variations régionales. Ces résultats positifs sont quelque peu en contradiction avec l'augmentation globale de la consommation de médicaments, ³⁷ et les raisons de ces divergences (HIS vs données de facturation) devraient faire l'objet de recherches plus poussées. Précisons par ailleurs que la prévalence de la polymédication excessive est plus élevée parmi les « grands vieillards » (+85 ans). Ce groupe mérite une attention toute particulière étant donné le risque accru d'effets secondaires associé à des fonctions rénale et hépatique potentiellement réduites.

Conclusion

Les résultats obtenus sont moyens pour la majorité des indicateurs de sécurité, à l'exception de la prévalence des infections nosocomiales, qui est plus élevée que prévu et doit indéniablement être améliorée. Les tendances favorables enregistrées au fil du temps (lorsque cette information est disponible) sont à confirmer dans les années à venir.

Source : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), *La performance du système de santé belge - rapport 2015*, Bruxelles, 2015, <https://kce.fgov.be/fr>

Annexe 4 : Indicateurs de qualité d'hygiène dans les hôpitaux



WETENSCHAPPELIJK INSTITUUT
VOLKSGEZONDHEID
INSTITUT SCIENTIFIQUE
DE SANTÉ PUBLIQUE

INDICATEURS DE QUALITÉ EN HYGIÈNE HOSPITALIÈRE DANS LES HÔPITAUX AIGUS

RAPPORT ANNUEL - DONNÉES 2013

AUTEURS
Dr Marie-Laurence Lambert
Dr Boudewijn Catry

.be

RESUME

Contexte et introduction

L'Arrêté Royal du 19/06/2007 concernant la surveillance en hygiène hospitalière mentionne l'obligation pour les hôpitaux de récolter des indicateurs de qualité relatifs à la politique d'hygiène hospitalière dans l'établissement. Les objectifs précis et les indicateurs ont été élaborés en 2011 par un groupe de travail coordonné par l'Institut Scientifique de la Santé Publique (WIV-ISP) et impliquant les acteurs de terrain au travers des plateformes en hygiène hospitalière ainsi que le Service Public Fédéral Santé Publique (Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee).

Trois objectifs ont été définis :

- Objectif 1 : Evaluer l'impact de la politique en hygiène hospitalière au niveau national afin de fournir aux décideurs politiques une vision globale de l'hygiène hospitalière et des tendances au cours du temps pour tous les hôpitaux au moyen d'analyses agrégées.
- Objectif 2 : Juger de la qualité au niveau de chaque hôpital (« accountability ») dans le domaine de la lutte contre les infections liées aux soins. Ceci implique la publication des données par hôpital, à l'exception des indicateurs de résultats.
- Objectif 3 : Contribuer à l'amélioration locale de la qualité en incitant les hôpitaux à mesurer et à améliorer leurs actions et résultats.

La première récolte de données a été clôturée en janvier 2015 (données 2013). Ce rapport présente les résultats agrégés en rapport avec l'objectif 1 ainsi qu'une liste nominative des hôpitaux avec leur résultats résumés (scores), en rapport avec l'objectif 2.

Résultats

Au total 105 hôpitaux ont fourni des données. En ce qui concerne les points forts, on mettra en avant :

- la diminution constante de l'incidence des infections cliniques à *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (MRSA) acquises dans les hôpitaux aigus (3,3/1000 admissions en 2003; 1,1/1000 admissions en 2013);
- l'observance aux recommandations de bonne pratique pour l'hygiène des mains après la campagne nationale en 2013 (77,8% des opportunités observées);
- des performances globalement assez bonnes en ce qui concerne les indicateurs d'organisation et de moyens (17% et 16% des hôpitaux respectivement ont un score bas pour ces indicateurs).

Les points les plus faibles - à l'exception de l'indicateur intégration du plan stratégique en hygiène hospitalière dans le plan stratégique de l'hôpital - (39%) se retrouvent surtout parmi les indicateurs d'action

- au niveau de certaines surveillances : seuls 52% des hôpitaux rapportent une surveillance des infections dans les unités de soins intensifs et 18% une surveillance des infections du site opératoire;
- audits de processus : 48% des hôpitaux rapportent des audits d'hygiène des mains hors campagne nationale, 19% des audits de processus pour la prévention des infections sur cathéter urinaire, et 18% des audits pour la prévention des infections de site opératoire.

Source : Institut scientifique de santé publique, *Indicateurs de qualité en hygiène hospitalière. Rapport annuel – données 2013*, Bruxelles, 2014, www.nsih.be

Annexe 5 : Comparaison de l'hygiène des mains dans les hôpitaux selon la profession



WETENSCHAPPELIJK INSTITUUT
VOLKSGEZONDHEID
INSTITUT SCIENTIFIQUE
DE SANTÉ PUBLIQUE

BAPCOC

Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee

Résultats de la 6^e campagne nationale pour la promotion de l'hygiène des mains dans les hôpitaux.

2014 - 2015

DO Santé publique et Surveillance
Rue J. Wytsman 14
1050 Bruxelles | Belgique
www.nsih.be



1 Introduction

Pourquoi une sixième campagne?

Les infections liées aux soins de santé ont un impact énorme sur la santé publique. Dans la dernière étude de prévalence (2011) réalisée par le Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC) il a été mesuré que, en Belgique, 7,2 % des patients hospitalisés dans les hôpitaux aigus contractent une infection associée aux soins. Par extrapolation, on peut estimer qu'environ 111 000 patients par an contractent une infection hospitalière [2]. Les infections hospitalières vont de pair avec une augmentation de la morbidité, de la mortalité, de la durée d'hospitalisation, et donc aussi des coûts des soins de santé [10]. La prévention de ces infections nosocomiales est une priorité pour les instances fédérales et ce d'autant plus que la maîtrise des infections est un axe important dans la promotion de la sécurité du patient et de la qualité des soins.

L'hygiène des mains est la mesure la plus importante pour la prévention du transfert de micro-organismes entre patients, soignants et environnement hospitalier [4]. Cependant l'observance des règles d'hygiène des mains par les travailleurs de la santé laisse encore à désirer en Belgique comme ailleurs.

Des interventions ayant pour but la promotion de l'hygiène des mains ont été décrites dans la littérature scientifique, [4 - 10]. Naikoba et Hayward [4] ont conclu que tant les actions uniques que les actions combinées (formation et formation permanente, rappels sur le lieu de travail, promotion de la solution hydro-alcoolique et audit avec feedback) peuvent augmenter l'observance, mais que cet effet est temporaire sans effort constant.

Les résultats des cinq premières campagnes belges de promotion de l'hygiène des mains (voir tableau) ont mis en évidence l'importance de la répétition régulière de telles campagnes. Durant chacune des campagnes, l'observance (moyenne nationale) mesurée après la campagne a augmenté de 11 à 19 % par comparaison avec l'observance mesurée avant la campagne. Ce bénéfice diminue, mais reste mesurable jusqu'à la campagne suivante

	Observance avant campagne	Observance après campagne
1 ^{re} campagne (2005)	49,6 %	68,6 %
2 ^e campagne (2006-2007)	53,2 %	69,5 %
3 ^e campagne (2008-2009)	58,0 %	69,1 %
4 ^e campagne (2010-2011)	62,3 %	72,9 %
5 ^e campagne (2013)	64,1 %	75,8 %

Dans ce rapport, nous présentons les résultats de la 6^e campagne.



3 Résultats

3.1 Participation à la campagne

Au total, 152 /192 (79%) sites hôpitaux ont pris part à la sixième campagne (c.à.d. ont encodé des données de mesure d'observation pré-campagne, post-campagne ou des observations sur les conditions de base) (module optionnel).

Tableau 1: Participation des institutions (sites/fusions)

Type d'hôpitaux	Nombre participants	
	Avant campagne	Après campagne
Hôpitaux aigus	123	115
Hôpitaux chroniques	11	9
Hôpitaux psychiatriques	18	17
Total	152	141

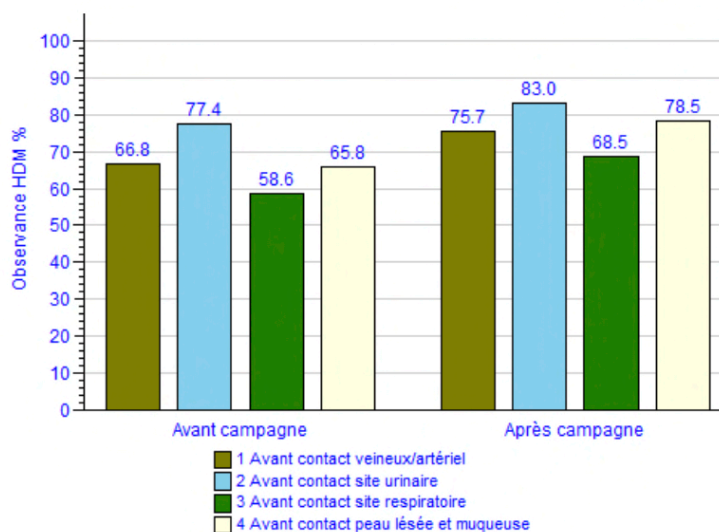
Certains hôpitaux constitués de plusieurs sites ont envoyé leurs données par site hospitalier, d'autres ont participé globalement, pour l'ensemble des sites en une fois. Les institutions qui ont envoyé des données pré et post-campagnes (136) ont été incluses dans la comparaison pré/post-campagne.

3.2 Observance de l'hygiène des mains

3.2.1 Au niveau de tout l'hôpital

Pendant les 8 962 heures d'observation effectuées par toutes les institutions participantes, un total de 221 597 opportunités d'hygiène des mains ont été enregistrées (respectivement 117 411 *avant* et 104 186 *après* campagne), provenant de 822 unités avant, et de 729 unités après campagne. En moyenne, 24 minutes étaient nécessaires pour observer 10 occasions (ou opportunités).

Au niveau nationale, tous services confondus, la proportion (= opportunités d'hygiène des mains avec savon et/ou alcool / nombre total d'opportunités d'hygiène des mains observées, était de 69,1 % (P10: 52,4 ; P50: 69,7 ; P90: 87,5) avant campagne et de 77,7 % (P10: 64,5 ; P50: 79,0 ; P90: 91,4) après campagne, soit une différence de 8,6 % , $p < 0,001$ (Tableau 2).



Graphique 8 : L'observance d'hygiène des mains (HDM) détaillée pour l'indication (moyenne) 'avant acte propre/invasif', avant et après campagne (n=136), 2014-2015.

3.2.6 Selon la catégorie professionnelle

Pour ce qui concerne les catégories professionnelles, les infirmier(ère)s obtiennent les meilleurs résultats, tant avant qu'après la campagne (de 71,9 % à 80,1 %). Les médecins, quant à eux, obtiennent les moins bons résultats (de 58,3 % à 65,8 %) (Graphique 9). Une augmentation moyenne de l'observance d'au moins +9 % a été constatée parmi tous les groupes professionnels, sauf pour les médecins (+7,5 %) (voir Tableau 6).

Tableau 6 : Observance d'hygiène des mains (moyenne) selon la catégorie professionnelle, avant et après campagne (n=136), 2014-2015

Groupe professionnel	Avant campagne %	Après campagne %	Différence %
Infirmier(ère)s	71,9	80,9	+9,0
Aide-soignant(e)s	68,5	80	+11,5
Médecins	58,3	65,8	+7,5
Kinésithérapeutes	66,7	77,6	+10,9
Autres	62,4	71,9	+9,5

% = moyenne des pourcentages (poids plus important pour les institutions avec un nombre d'observations élevé)



Seuls 50 hôpitaux ont fourni des données de consommation de solution hydro-alcoolique ; 1 hôpital l'a fait pour 1 mois, 1 autre pour 2 mois, 5 hôpitaux pour 3 mois, 22 hôpitaux pour 4 mois, 2 hôpitaux pour 5 mois et 19 hôpitaux pour les 6 mois complètes avant campagne. Au vu de ces petits nombres, les résultats doivent être interprétés avec prudence. Pour les 19 hôpitaux ayant fourni des données complètes (6 mois), la consommation mensuelle moyenne de solution hydro-alcoolique était de 27,7 litres/1000 patient-jours, (P10 : 16,8, P25 : 20,1, P50 : 24,3, P75 : 32,2, P90 : 39,5).

3.4 Conditions de base (module optionnel)

3.4.1 Participation

Un module optionnel qui est également appelé « exigences de base en matière d'hygiène des mains » a été introduit à partir de la 3^e campagne nationale. Il est destiné à l'évaluation du port des bijoux (bijoux, bagues ou montres) et de l'hygiène des ongles du personnel soignant (ongles naturels coupés courts et soignés, sans vernis ou faux ongles).

Au total, 126 hôpitaux ont envoyé des données relatives à 146 319 membres du personnel ayant fait l'objet d'observations avant la 6^e campagne (106 hôpitaux et 26 430 personnes observées après la campagne) (Tableau 7). Seuls 97 hôpitaux ont observé les exigences de base avant et après la campagne.

Tableau 7 : Participations des institutions (sites/fusions) aux module « exigences de base », par type d'institution, avant et après campagne pour la promotion de l'hygiène des mains dans les hôpitaux belges, 2014-2015.

Type d'hôpital	Nombre d'hôpitaux participants	
	Avant campagne	Après campagne
Hôpitaux aigus	103	87
Hôpitaux chroniques	9	7
Hôpitaux psychiatriques	14	11
Total	126	106

Au total 27, 3275 membres du personnel issus de toutes les catégories professionnelles, mais principalement des infirmier(ère)s, ont fait l'objet d'observations. Ce nombre élevé peut-être s'expliquer par la participation au projet VIP² (Vlaams Indicatoren Project) en Flandre (graphique 14).

Source : Institut scientifique de santé publique, *Résultat de la 6^e campagne nationale pour la promotion de l'hygiène des mains dans les hôpitaux*, Bruxelles, 2014-2015, www.nsih.be

Annexe 6 : Avis du Conseil supérieur de la santé sur le comportement à adopter dans le contexte particulier de la salle d'opération



**Conseil
Supérieur de la Santé**

**RECOMMANDATIONS POUR LA PRÉVENTION
DES INFECTIONS POST-OPÉRATOIRES AU SEIN
DU QUARTIER OPÉRATOIRE**

**MAI 2013
CSS N° 8573**

.be

D'autre part, nombre de procédures de prévention mises en place de façon routinière par les équipes chirurgicales n'ont pas fait l'objet d'études rigoureuses pour des raisons diverses.

Certaines procédures sont basées sur des raisonnements théoriques mais parfois aussi sur de «vieilles habitudes».

Les études concernant la prévention des infections en chirurgie pédiatrique sont peu nombreuses.

En général, les pratiques appliquées pour cette chirurgie résultent d'adaptations diverses des recommandations établies pour l'adulte.

Le développement de la chirurgie ambulatoire a entraîné toute une série de nouvelles questions concernant notamment, les exigences en matière de locaux où ces interventions sont effectuées ainsi que les mesures nécessaires pour la prévention des infections. Un allègement de certaines recommandations établies pour la chirurgie dite traditionnelle, notamment l'accès des patients au quartier opératoire est parfois appliqué sans que des études ne soutiennent cependant ces adaptations.

3.3. Mesures de prévention à prendre avant l'intervention

3.3.1. Information du patient

Le praticien responsable de l'intervention informe le patient sur les risques liés à l'acte opératoire.

Cette information doit lui fournir des repères clairs: nature et durée de l'intervention, risques de complications infectieuses et non infectieuses, impact de l'intervention sur son état physique.

Le patient ou ses proches doivent être informés de la nécessité et de l'importance du respect des règles d'hygiène préopératoires. Les points essentiels de cette information doivent être repris dans un document écrit remis au patient.

Les moyens de prévention mis en œuvre dans le cadre de la politique générale de l'établissement en matière de lutte contre les infections nosocomiales doivent être portés à la connaissance des patients par des supports informatifs divers tels que livret d'accueil, site web, etc. Le fait que, malgré toutes les mesures prises, le risque «zéro» n'existe pas doit être signalé.

3.3.2. Recherche des facteurs de risque liés au patient

3.3.2.1. Introduction

Lors des consultations préopératoires de chirurgie et d'anesthésie, il est important d'identifier certains facteurs de risque.

En cas d'intervention programmée, les consultations préopératoires doivent être planifiées dans un délai de temps suffisant par rapport au moment de l'intervention afin de permettre la réalisation des examens indispensables et la mise en place des mesures éventuellement nécessaires.

Source : Conseil supérieur de la santé, *Recommandations pour la prévention des infections post-opératoires au sein du quartier opératoire*, Bruxelles, 2013, www.health.belgium.be/fr/conseil-superieur-de-la-sante



Rapport d'activités du Fonds des accidents médicaux 2014



Préface

Chère lectrice, Cher lecteur,

L'année 2014 a, à nouveau, été très active pour le Fonds des accidents médicaux ; 76 demandes par mois lui ont été adressées en moyenne. Dans le cadre de la procédure gratuite et accessible à tous, il examine tous les dossiers qui lui parviennent car il n'existe pas de seuil de recevabilité pour l'introduction d'une demande d'avis. La répartition linguistique, entre les dossiers francophones et néerlandophones, est quasi identique.

Depuis son existence, le Fonds tend à rencontrer au mieux les attentes, que celles-ci se manifestent dans le cadre d'une situation susceptible d'impliquer un ou plusieurs responsable(s) ou qu'il s'agisse d'un accident médical sans responsabilité. Une première indemnisation a été versée à un patient en décembre 2014. Ce troisième rapport d'activités souligne la progression des activités du Fonds, tout en relevant les difficultés auxquelles il est confronté.

La rubrique relative aux statistiques des activités a été affinée. Elle établit un comparatif avec l'année 2013 et, pour certains aspects, depuis le 1er septembre 2012, date de lancement du Fonds. Elle permet ainsi une analyse de l'évolution des données, en ce qui concerne le nombre de dossiers introduits et clôturés, le type de prestation de soins, le lieu de l'accident, les répartitions linguistique et géographique,.... A la fin du mois de décembre 2014, 2.523 demandes ont été introduites depuis l'existence du Fonds.

Outre les statistiques générales, des informations sont fournies quant à l'état d'avancement des deux grandes phases de traitement des dossiers. L'accent est également mis sur le délai existant entre l'ouverture d'un dossier et son état à la fin de l'année 2014. L'écart par rapport au délai légal est également mentionné. Malgré les efforts permanents de l'équipe du Fonds qui traite les dossiers, un retard conséquent est à relever, la majorité des dossiers étant encore en traitement. Les causes de ce retard sont indiquées dans le rapport. L'état d'avancement des dossiers ne permet dès lors pas encore de formuler des recommandations pour la prévention de dommages résultant de soins de santé. Par ailleurs, la rubrique relative aux statistiques financières indique notamment le coût des expertises nécessaires à la bonne exécution des missions du Fonds.

Le Comité de gestion est particulièrement attentif à ce que le Fonds ait les moyens d'assurer ses missions. Il analyse notamment le reporting régulier de l'état de traitement des dossiers et identifie, via des indicateurs de gestion, les étapes qui posent problème ainsi que les éléments de solution. Il a ainsi à nouveau formulé des guidelines et établi un Master plan, en mai 2014, en concertation avec la direction générale du Fonds, afin de pouvoir rencontrer l'arriéré qui reste très important et assurer le traitement du flux continu de dossiers, dans les délais impartis légalement.

C'est particulièrement la phase 2 du traitement des dossiers qui est trop longue (analyse médicale et juridique du dossier, permettant ensuite au Fonds de rendre un avis). Parmi les mesures établies pour rencontrer les causes du retard, il a été décidé d'augmenter le cadre du personnel (juristes, médecins) et de recourir à des bureaux d'experts externes au niveau juridique. Près de la moitié des recrutements souhaités, en termes de personnel, a pu être effectuée jusqu'à présent. Le Fonds a également entrepris des démarches afin d'étoffer le réseau d'experts, notamment dans les secteurs où le besoin est davantage marqué : la gynécologie, l'anesthésie ou encore la neurochirurgie. Une amélioration du traitement des dossiers est perceptible depuis lors.

Après avoir abordé les statistiques relatives aux activités « missions » du Fonds, il convient de jeter un œil sur le budget et le coût potentiel de ces différentes missions pour le Fonds. C'est pourquoi cette 5^e partie est consacrée aux informations financières et aux budgets 2014 et 2015 du Fonds. Ces budgets seront présentés en deux parties, une partie relative aux missions du Fonds et une partie relative aux dépenses de fonctionnement du Fonds (budget de gestion).

Depuis la mise en place effective du Fonds le 1^{er} septembre 2012, de nombreuses expertises ont été réalisées et la première indemnisation a été versée dans le courant du mois de décembre 2014. Par ailleurs, le Fonds procède actuellement à la détermination de plusieurs autres montants d'indemnisation qui seront versés dans les prochains mois. Nous serons donc en mesure de fournir des statistiques relatives à ces indemnisations dans notre prochain rapport annuel. En effet, un seul versement d'indemnisation n'est pas suffisant pour tirer des conclusions significatives tant au niveau de la nature des indemnisations que des montants de celles-ci. Nous nous contenterons donc de mentionner les caractéristiques de la première indemnisation versée par le Fonds.

En revanche, nous aborderons ci-dessous les statistiques financières relatives aux coûts des expertises nécessaires à la bonne exécution des missions du Fonds. En effet, de nombreuses expertises ont déjà été réalisées à ce jour. Cette dernière partie permettra donc d'avoir une idée plus précise du coût des expertises réalisées par le Fonds.

I. Budget 2014 et 2015 – Missions

Le tableau ci-dessous présente les moyens mis à disposition du Fonds en 2014 pour exécuter ses missions.

Tableau 31 - Budget missions 2014	
Rubrique	Budget 2014
8157 – Contentieux relatif aux missions de l'institution	110.000
8158 – Honoraires autres que pour le contentieux	805.000
80500 – Prise en charge des frais incombant aux bénéficiaires :	11.665.329
○ Indemnisations : 2.500.000 EUR	
○ Sinistres catastrophiques : 4.753.024 EUR	
○ Infections nosocomiales : 1.414.305 EUR	
○ EMA : 2.948.000 EUR	
TOTAL	12.580.329

Le tableau ci-dessous présente les moyens 2015 mis à disposition du Fonds pour exécuter ses missions.

Tableau 32 - Budget missions 2015	
Rubrique	Budget 2015
8157 – Contentieux relatif aux missions de l'institution	110.000
8158 – Honoraires autres que pour le contentieux	805.000
80500 – Prise en charge des frais incombant aux bénéficiaires :	10.456.526
○ Indemnisations : 2.601.000 EUR	
○ Sinistres catastrophiques : 4.895.613 EUR	
○ Infections nosocomiales : 1.456.733 EUR	
○ EMA : 1.503.180 EUR	
TOTAL	11.371.526

Commentaires

Le contentieux relatif aux missions du Fonds représente le montant estimé pour payer des avocats dans le cadre de procédures juridiques contre un assureur privé ou de procédures contre les assurés, en contestation d'un avis ou autre cause.

Les honoraires autres que pour le contentieux concernent les ressources dont le Fonds dispose pour faire appel à des professionnels spécialisés externes en vue d'obtenir des informations précises sur un problème médical spécifique. Il s'agira généralement de médecins spécialistes ou de techniciens spécialisés qui, de par leur spécialité, assisteront le Fonds dans le traitement de dossiers spécifiques.

Enfin, la prise en charge des frais incombant normalement aux bénéficiaires constitue de loin le montant le plus important puisqu'il s'agit du montant prévu pour indemniser les victimes. Cette prise en charge est répartie en quatre catégories distinctes, les indemnisations résultant d'une infection nosocomiale, d'un sinistre catastrophique ou d'un autre type d'accident médical et les expertises médicales amiables qui seront réalisées.

Ces budgets « missions » ont été établis sur base des données réelles existantes (principalement pour les frais d'expertises), d'une étude KCE (rapport 107B : « Indemnisation des dommages résultant de soins de santé ») et dans les limites accordées par le gouvernement (montant annuel, à charge des frais d'administration de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, fixé par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres selon l'article 10 de la loi du 31 mars 2010) tenant compte du risque raisonnable d'indemnisation en 2014 et 2015 vu la durée de traitement d'un dossier. En effet, le budget normal et initial est nettement plus élevé en tenant compte du nombre de cas simulés et calculés par le KCE.

Dans la suite de ce rapport, nous confronterons ces budgets avec les dépenses de missions réalisées en 2014 et plus particulièrement les dépenses liées aux expertises qu'elles soient unilatérales ou contradictoires.

II. Budget 2014 et 2015 – Gestion

A côté du budget des missions (interventions), il y a bien entendu un budget de gestion (fonctionnement) prévoyant les dépenses nécessaires au bon fonctionnement du Fonds au quotidien.

Les tableaux ci-dessous reprennent les budgets de gestion du Fonds respectivement pour les années 2014 et 2015.

Tableau 33 - Budget de gestion 2014		
Budget 2014	TOTAL	%
Personnel	1.300.243	49,1%
Fonctionnement ordinaire	546.155	20,6%
Investissements mobiliers	21.273	0,8%
Fonctionnement informatique	709.000	26,8%
Investissements informatiques	71.000	2,7%
TOTAL budget de gestion	2.647.671	100%

Recommandations pour prévenir les dommages résultants de soins de santé

La loi du 31 mars 2010 prévoit que le rapport annuel d'activités contient les recommandations du Fonds pour prévenir les dommages résultant de soins de santé. En effet, cette loi attribue au Fonds, à côté de sa mission principale d'indemnisation et de contrôle de l'indemnisation, une mission de prévention sur base des constats pouvant être établis à la lumière du traitement des dossiers déposés et des discussions générales qui peuvent se faire jour au sein du Comité de gestion du Fonds.

Jusqu'à présent, le Fonds ne disposait pas de suffisamment de recul et d'expertise pour être en mesure d'émettre ce type de recommandations. Il était indispensable de se constituer un ensemble de données suffisamment représentatives pour accomplir cette mission.

Dans le courant de l'année 2014, le Fonds a déployé des efforts considérables pour affiner ses statistiques. Ces efforts combinés à l'augmentation constante du nombre de dossiers lui permettent à ce jour de disposer des informations de base suffisantes afin de passer d'une première phase de simple constat chiffré à une seconde phase (à partir de 2016) de mise en perspective des chiffres d'accidents médicaux en rapport avec l'activité médicale (voir les questions évoquées dans la partie 4bis « statistiques médicales »). Si les taux de fréquence ou de gravité se confirment, une fois ramenés sur l'activité globale de ces disciplines ou interventions médicales, alors nous pourrons ensuite dans une troisième phase, en discussion avec les secteurs concernés, essayer d'en expliquer les causes et de là, en dernière étape, proposer des recommandations et des mesures de prévention.

Les contacts que nous entretenons avec d'autres services similaires dans d'autres pays nous aideront également à vérifier si nos constats révèlent ou non des particularités belges ou si nous nous inscrivons dans des tendances générales. Nous pourrons aussi bien entendu voir dans quelles mesures les recommandations éventuellement faites à l'étranger sont appliquées ou peuvent s'appliquer en Belgique.

Le chemin est donc encore assez conséquent pour faire de notre service un centre de connaissance et d'expertise qui au départ de sa pratique peut en tirer des enseignements pour l'ensemble du secteur des soins de santé. Mais nous avançons résolument vers cet objectif !

Source : Institut national d'assurance maladie-invalidité, *Rapport d'activités du Fonds des accidents médicaux - 2014*, Bruxelles, Septembre 2015, [hwww.inami.fgov.be](http://www.inami.fgov.be).

Annexe 8 : Retranscription de l'interview du Professeur Anne Simon, médecin hygiéniste aux Cliniques universitaires Saint-Luc de Bruxelles, 20 mai 2016.

1. Comment définiriez-vous une maladie nosocomiale ?

Je pense qu'il est préférable de parler d'infection associée aux soins plutôt que « nosocomiale » car on perçoit mieux ce que cette notion recouvre ; cette notion nous vient du Royaume-Uni, ce sont les anglais qui utilisent ce terme, il y a plus à dire concernant une infection associée aux soins que si l'on parle d'infection nosocomiale. On dit également associées aux soins et non pas infections *hospitalières* car elles se retrouvent dans beaucoup d'autres endroits comme les maisons de repos ou les cliniques privées. Il est très important d'informer le patient du fait que ces infections sont un risque pour le patient qui se présente à l'hôpital, d'ailleurs, les canadiens ont apparemment un système spécifique relatif à l'information des infections associées aux soins dans les hôpitaux, chez nous, on essaye au maximum d'informer le patient de ce risque afin qu'il puisse accepter ou refuser l'intervention.

- *Endogène*

Imaginons que l'on réalise une chirurgie digestive et le patient fait une septicémie, ça, c'est une infection endogène parce qu'il est contaminé par ses propres bactéries. Il y a quand même un risque si tout est bien stérilisé (champ, gants, vérification et désinfection). Si le patient subit une chirurgie digestive et qu'on recoud bien tout est ok et une bactérie de l'intestin va dans le sang et il contracte une infection, là on ne peut rien faire, c'est une infection endogène.

- *Exogène*

C'est le défaut d'hygiène qui fait que le patient contracte une infection, imaginons qu'on désinfecte mal une sonde urinaire, elle est donc remplie de germes et de bactéries, le patient se retrouve contaminé par le milieu extérieur, ce ne sont pas ses propres germes qui le contaminent.

2. Diriez-vous que les maladies nosocomiales sont un fléau récurrent au sein des hôpitaux belges ?

Elles sont effectivement très présentes dans les hôpitaux. Le nombre d'infirmiers ou d'infirmières et de médecins pour lesquels l'hôpital est financé est déterminé en fonction du nombre et du type de lits que l'on a dans l'hôpital. Il y a des indices de lits, on multiplie l'indice par le nombre et on obtient un nombre de points, pour 2400 points, on a le financement d'un médecin hygiéniste et pour 1000 points, on a le financement d'une infirmière hygiéniste. Pour lutter contre ces infections, nous avons en Belgique une équipe opérationnelle en hygiène hospitalière qui s'occupe de l'hygiène sur le terrain. C'est le comité d'hygiène qui doit veiller à l'hygiène en relation avec cette équipe opérationnelle.

Pour ce faire, le comité se réunit beaucoup de fois par an, il y a beaucoup de gens là dedans, trois médecins, trois infirmières, un pharmacien et il y a surtout le directeur médical, le CIO, ce comité est une instance officielle.

Il établit un plan stratégique tous les cinq ans. Il y a un financement qui est prévu pour exercer ces missions. L'ISP, l'institut de santé publique, met en place un système d'évaluation sur base d'indicateurs, il y en a de trois types, les actions, les moyens et je ne reviens plus sur le troisième. Il compare les hôpitaux entre eux sur base de ces indicateurs, ils estiment que c'est un moteur pour améliorer la qualité.

Il y a également une plateforme fédérale d'hygiène hospitalière qui s'appelle la BAPCOC, j'en suis d'ailleurs la vice-présidente, l'objectif de cette plateforme est la prévention de la résistance aux antibiotiques car on sait que cette consommation lorsqu'elle est démesurée renforce la résistance de certaines bactéries et donc l'augmentation du nombre d'infections. Il y a plusieurs groupes qui servent à plein de choses, notamment un groupe qui sert à faire diminuer la prise d'antibiotiques par une sensibilisation, un groupe vétérinaire, un groupe de médecine hospitalière. Cette plateforme définit la stratégie qui doit être implémentée et elle définit la stratégie dans les plateformes régionales.

Les infections les plus fréquentes sont liées aux sondes urinaires, la prise d'antibiotiques fait en sorte de rendre les bactéries plus résistantes. Et effectivement, ces infections sont un fléau quand on sait qu'il y en a 400 millions par an, ce qui est encore plus important que les accidents de la route, elles rallongent le séjour des patients dans les hôpitaux, ça engendre un coût de 80 millions d'euros. L'âge joue beaucoup voilà pourquoi les personnes âgées sont plus sujettes à

ces infections et également les soins intensifs sont un milieu favorable car il y a beaucoup de porte d'entrée.

3. Pensez-vous que les mesures d'hygiène prévues au sein des hôpitaux belges sont suffisantes et fonctionnelles ? Dans la négative que suggérez-vous comme mesure précise ?

4. Est-ce que les mesures d'hygiène sont bien respectées par le personnel médical (médecins, infirmiers, techniciennes de surface, etc.) ?

On estime que 70 % des mesures d'hygiène ne sont pas bien respectés dans les hôpitaux. Pour les infirmières, ça va encore, alors que pour les médecins, ça n'est pas très au point même si ça va mieux, ils pensent que c'est trop facile, ils ne prennent pas conscience de l'importance. Les infirmières intègrent mieux parce qu'on les bassine beaucoup, ce sont d'ailleurs les infirmières qui se plaignent des médecins, elles estiment qu'ils ne respectent pas, alors qu'ils devraient montrer l'exemple et ça commence doucement à changer, il y a beaucoup de progrès dans la conscientisation. Chez les anesthésistes, il ne faut rien faire, ils sont sensibilisés. Les chirurgiens aussi banalisent moins que les autres avec les prothèses, par contre je trouve que les mesures de prévention ne sont pas mises aux bons endroits, ils ne se remettent pas tous en cause, il y a 70 % des infections qui sont liés à ce défaut de désinfection.

Certains hôpitaux belges et français font même passer les médecins ou infirmières hygiénistes dans les services à risque, avec une lumière fluorescente qui permettent de voir si le lavage des mains a bien été respecté, mais ce n'est pas le cas partout.

Qu'est ce que je suggère comme mesure ? Comme je vous l'ai dit, au sein du comité on essaye de prévoir un plan stratégique notamment avec les campagnes de sensibilisation à travers la BAPCOC, on constate qu'elles donnent de bons résultats, elles atteignent bien le personnel soignant.

5. Pensez-vous qu'un haut pourcentage de maladies nosocomiales pourrait être évité si les mesures d'hygiène étaient renforcées et mieux respectées ?

Il y a des études américaines qui montrent que dans les hôpitaux si on respecte les mesures d'hygiène, il y a quand même 30 % des infections contre lesquels on ne peut rien faire. Donc, en se fondant là-dessus, on sait que les mesures d'hygiène sont essentielles pour que ces

infections soient évitées un maximum, mais l'on sait, d'après ces études, qu'un certain pourcentage est incompressible, on ne peut rien faire, même en respectant vraiment bien toutes les mesures.

On essaye au maximum de prévoir des mesures, des stratégies et des plans qui sont quand même utiles mais nous ne pourrons jamais les éviter complètement et ça, il faut en être conscient, l'accepter et surtout avertir les patients de cela, c'est très important.

6. Avez-vous connu personnellement ou entendu parler de cas précis dans le(s)quel(s) une maladie nosocomiale était responsable de conséquences graves sur la santé du patient ? Si oui, pouvez-vous expliquer précisément ce(s) cas ?

Malheureusement comme ça, je n'ai pas un inventaire de tous les cas, il me vient des exemples mais pas de cas concrets, pour cela il faudrait plutôt s'adresser à un clinicien qui lui pourrait peut-être vous expliquer certains cas pratiques. On peut aussi s'adresser à un chirurgien et voir les causes des infections, les médecins ne les connaissent pas toujours. Moi je ne peux que vous citer des cas graves ou ceux que l'on peut éviter mais spontanément je n'ai pas un cas que j'ai pu constater personnellement.

7. En tant que médecin hygiéniste, quel est précisément votre rôle au sein de l'hôpital ?

Il faut savoir que, dans ce domaine, il y a un arrêté royal du 26 avril 2007, qui détermine les missions des médecins hygiénistes et des infirmières par rapport à l'hygiène dans les hôpitaux. Mon rôle à moi est de veiller à l'hygiène dans l'hôpital mais dans un but précis, prévenir au maximum les infections. Réellement, je sers d'intermédiaire entre un médecin en particulier et une infirmière qui aurait une remarque à faire au médecin concernant l'hygiène. Du coup, je me charge de faire passer le message car le médecin acceptera plus facilement la remarque venant d'un médecin plutôt que d'une infirmière même si elle est dans le vrai.

8. Avez-vous des contacts avec d'autres hôpitaux belges et européens en ce qui concerne les mesures d'hygiène ?

En France, les hôpitaux doivent signaler les cas, en Belgique il n'y a pas d'obligation de les signaler, des programmes existent pour ceux qui le veulent mais les hôpitaux ne sont pas

obligés. Pour notre hôpital, il est énorme donc on n'arrive pas à communiquer systématiquement tous les cas, par contre quand l'hôpital est plus petit, c'est plus facile, on peut faire des réunions morbidité-mortalité.

L'institut de santé publique fait des rapports généraux qui donnent la moyenne nationale. Chaque hôpital peut se comparer à la moyenne de qualité. En Belgique, il n'y a pas de système de surveillance du site opératoire, alors qu'aux Etats-Unis, il y en a une mais ce n'est pas vraiment comparable parce que ce ne sont pas les mêmes techniques opératoires. En ce qui concerne l'hygiène des mains, j'ai même été contactée par test-achat mais je n'ai pas voulu leur transmettre les données car j'estime que c'est anonyme et que les données sont propres à chaque hôpital.

En France, certains hôpitaux trichent, donnent de mauvais chiffres, la transparence n'a pas que des côtés positifs, ces médecins et infirmiers ont été virés d'ailleurs. Le Royaume-Uni est par exemple très transparent, la Belgique dit que la transparence fait partie de la culture sécurité, si le médecin est bon, il y a un aléa, les patients doivent savoir ça.

Annexe 9 : Extrait du cours d'hygiène hospitalière du Docteur Geneviève Christiaens de l'Université de Liège

7. En tant que médecin hygiéniste, quel est précisément votre rôle au sein de l'hôpital ?

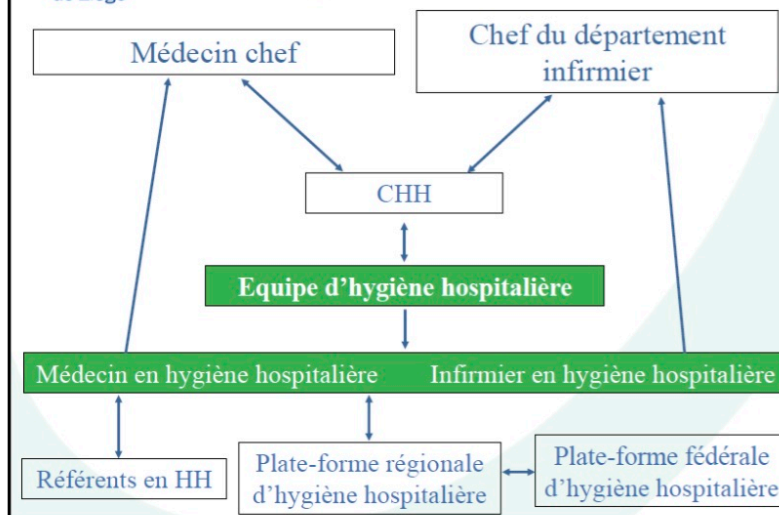


Normes d'agrément : principales modifications (1)

	A.R. 7/11/1988	A.R. 26/4/2007
Responsabilités	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Le médecin chef ▫ Le médecin en hygiène hospitalière ▫ L'infirmier en hygiène hospitalière ▫ Le comité d'hygiène hospitalière 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Le médecin chef ▫ Le médecin en hygiène hospitalière ▫ L'infirmier en hygiène hospitalière ▫ Le comité d'hygiène hospitalière ▫ Le chef du département infirmier
Fonctionnement de l'équipe d'HH	Collaboration entre le médecin et l'infirmier	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Collaboration à part égale entre le médecin et l'infirmier ✓ Médecin = coordinateur de l'équipe ✓ Indépendance opérationnelle de l'équipe
Missions de l'équipe d'HH	Tâches définies par le CHH	✓ L'équipe est responsable des tâches définies par l'AR, elle doit axer ses activités en matière de maîtrise effective des infections nosocomiales



Organisation de l'HH



Fonctionnement de l'équipe d'hygiène hospitalière (1)

- Collaboration « à part égale » médecin/infirmier
- Médecin = coordinateur de l'équipe
- Responsabilité directe des tâches définies par l'AR (= maîtrise des infections nosocomiales)
- Indépendance opérationnelle
- Rapport au CHH, au médecin chef et au chef du département infirmier

Fonctionnement de l'équipe d'hygiène hospitalière (1)

- Travail:
 - en équipe
 - par projet
- Évaluation au moins une fois par an
 - Performance de l'équipe
 - Fonctionnement de l'équipe
 - Fonctionnement des membres individuels

Fonctionnement de l'équipe d'hygiène hospitalière (2)

- Rapport d'activité annuel discuté au Comité d'Hygiène Hospitalière (CHH) = performance de l'équipe
- Fonctionnement de l'équipe = réunions de travail régulières, recyclages, emploi du temps,...
- Fonctionnement des membres individuels: évaluation?

Fonctionnement de l'équipe d'Hygiène Hospitalière (3)

Mise en œuvre d'un:

- ✓ plan stratégique général
- ✓ plan d'action annuel (objectifs)
- ✓ rapport d'activité annuel (réalisation des objectifs)
- ✓ rapport annuel sur le fonctionnement de l'équipe

Mission prioritaire = prévention des infections liées aux soins (1)

- Développement, mise en œuvre et suivi d'une politique en ce qui concerne:
 - précautions générales et additionnelles;
 - surveillance des infections nosocomiales
- Mise en place d'une politique en matière d'épidémie

Mission prioritaire = prévention des infections liées aux soins (2)

- Suivi des aspects d'hygiène concernant:
 - les constructions et transformations,
 - le quartier opératoire et les salles d'accouchement,
 - l'achat de matériel
- Mise en œuvre des recommandations du Conseil Supérieur de la Santé (CSS) et d'autres instances officielles
- Echange d'informations et d'expériences avec d'autres institutions (plates-formes régionales)

Formations requises (2)

- **Médecin en Hygiène Hospitalière :**
 - Médecin ou pharmacien biologiste
 - + formation spécifique en IN, législation en matière d'HH, agents anti-microbiens et politique ATB (au moins 300h)
- Remarque:
- droits acquis pour ceux qui exercent actuellement la fonction de médecin en HH
 - Période de 5 ans pour exigence de formation

Place Montesquieu, 2 bte L2.07.01, 1348 Louvain-la-Neuve, Belgique www.uclouvain.be/drt



