Journal de Chirurgie Viscérale (2019) 156, 21—30

Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

MISE AU POINT

Construction du droit médical, conséquences et recommandations en pratique quotidienne : exemple des infections en chirurgie☆

Medicolegal structure, consequences, and recommendations for daily practice: The example of surgical infection

D. Legeais

Clinique d'Alembert, 124, rue d'Alembert, 38000 Grenoble, France

Disponible sur Internet le 24 juillet 2019

MOTS CLÉS
Droit médical ;
Infections liées aux soins ;
Responsabilité médicale

Résumé Les infections en chirurgie sont la première cause de complication avec des réalités économiques et médico-légales importantes. Dans cet article l'auteur reprend les bases de la construction du droit médical en France. Il rappelle le mécanisme de la responsabilité médicale, la place des recommandations dans la définition des règles de l'art, la nécessité de la délivrance d'une information de qualité. Et enfin il propose une approche pour consolider un exercice quotidien sécurisé.
© 2019 Publié par Elsevier Masson SAS.

KEYWORDS
Medical law;
Care-related infections;
Medical liability

Summary Surgical infections are the leading cause of complications and have major economic consequences and medico-legal fallout. In this article, the author revisits the foundations of medical law in France and reviews the mechanisms of medical liability, the place of recommendations in the definition of ''secundum Artem'', or the ''state-of-the-art'', and the necessity to provide high quality information. The author then proposes an approach to improve safety in daily practice.
© 2019 Published by Elsevier Masson SAS.

DOI de l'article original : https://doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2019.06.003.
☆ Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Journal of Visceral Surgery*, en utilisant le DOI ci-dessus.
Adresse e-mail : d.legeais@me.com

https://doi.org/10.1016/j.jchirv.2019.06.001
1878-786X/© 2019 Publié par Elsevier Masson SAS.

Introduction

Les infections liées aux soins (ISO) chirurgicaux sont aujourd'hui la première cause de mortalité et de morbidité des patients en chirurgie et elles représentent des milliards d'euros de dépense de santé. Selon la dernière enquête de prévalence des infections nosocomiales, les infections du site opératoire représentent 13,5 % des infections liées aux soins qui touchent près de 750 000 patients/an en France et sont responsables de plus de 4000 à 10 000 décès [1,2]. Le surcoût moyen par séjour s'élèverait entre 1500 € et 1850 € mais probablement plus car le séjour est prolongé en chirurgie après infection du site opératoire en moyenne de 7 à 8 jours [3]. Les trois bactéries à l'origine de plus de la moitié des infections nosocomiales sont l'*Escherichia coli* (26 %), le *Staphylococcus aureus* (16 %) et le *Pseudomonas aeruginosa* (8,4 %) [1]. La prise en charge d'une surinfection à staphylocoque résistant augmente considérablement le prix du traitement 19 281 € vs 11 888 pour un *S. aureus* Méthicilline Sensible (SASM) [4].

Le taux de mortalité des infections du site opératoire (ISO) est de 2,5 à 6 % [4]. En 2016, la surveillance nationale par le réseau ISO-Raisin, confirme une diminution de l'incidence globale mais une augmentation des ISO pour les hernies de la paroi abdominale, les prothèses primaires du genou et les éveinages des membres inférieurs [5]. Les infections nosocomiales ont diminuées de 22 % entre 2001 et 2012 [6].

Elles représentent, d'autre part, la première réalité médico-légale des équipes chirurgicales avec un nombre important de mise en cause et surtout de condamnations. Selon le rapport d'activité de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM), fin 2016, il y aurait 2926 dossiers en cours auxquels il faut rajouter 1514 dossiers devant les juridictions administratives et 1412 devant les juridictions civiles [7]. La très grande majorité des dossiers sont en lien avec des accidents médicaux et des infections nosocomiales. Plusieurs centaines de millions d'€ sont donc consacrés en France chaque années pour la gestion et l'indemnisation des accidents médicaux et des infections liées aux soins.

Souffrance pour les uns, réalités économiques pour les autres, les infections doivent être et rester une priorité quotidienne en pratique chirurgicale. C'est un risque majeur d'échec, de morbidité et de mortalité en chirurgie.

Ce risque est si important en orthopédie, chirurgie du rachis et chirurgie bariatrique que certains assureurs et réassureurs menacent de quitter ce marché si le risque infectieux n'est pas mieux jugulé.

L'articulation du droit et de l'art chirurgical

Du verbe au marbre, de la pensée philosophique à la réalité contractuelle, comment au fil des siècles la relation médecin-patient s'est-elle structurée juridiquement ? Comment « la rencontre d'une confiance et d'une conscience » (Pr Louis Porte, premier président du Conseil national de l'ordre des médecins) est-elle devenue un marché de plusieurs centaines de millions d'euros, et un secteur d'activité à part entière (courtiers, assureurs, réassureurs, experts judicaires, avocats et juges).

Pendant 24 siècles, le Droit médical va se construire d'Hippocrate à Napoléon pour une réalité juridique aujourd'hui très encadrée et souvent inconnue des médecins.

Hippocrate le père de la probité et du devoir d'information !

Hippocrate de l'île de Cos (460-377 Av. J.-C), considéré par tous les médecins comme le « père » de la médecine est un médecin-philosophe grec qui est parmi l'un des premiers à avoir réfléchi sur la relation particulière qui existe entre un patient et un médecin. Sa pensée se résume en cette phrase devenu dogmatique : « Moi, médecin, j'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et je n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. »

Par la suite pendant des siècles l'art chirurgical sera au service des seigneurs et sous leur autorité sera tantôt banni, tantôt glorifié mais jamais apaisé, acquérant au fil des guerres et des batailles ses lettres de noblesse. Le droit balbutiant est dominé par le divin pouvoir royal avec une délégation structurée autour de 30 000 cours seigneuriales qui rendent justice.

1789 : les bases d'une justice égalitaire : l'égalité en droit et des juridictions aux services du peuple

En 1789, la Révolution française va définir le socle du droit français : « Les hommes naissent libres et égaux en droit » [8] et pour garantir ce droit, il est créé une force publique au service de tous et non pour l'utilité particulière de ceux auxquels elle est confiée [9]. La justice divine devient justice de Paix.

Napoléon Bonaparte : la réparation et la naissance des Codes

La reconnaissance d'une nouvelle réalité : « Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage oblige celui par la faute duquel il est arrivée à le réparer » [10] impose la nécessité d'éditer des règles pour aider les juges de Paix. Issues le plus souvent de jugements passés, empreintes de bon sens, les règles apparaissent et font l'objet de l'édition d'un recueil : le Code civil ! En 1804 publication du premier Code civil suivi en 1810 de la publication du premier Code pénal. Il faudra attendre 1970 pour l'édition du nouveau Code civil et 1994 pour l'édition du nouveau Code pénal.

Le droit se structure mais les barbiers devenus médecins et chirurgiens restent intouchables car le tribunal de Domfront en 1829, après avoir consulté l'Académie de médecine conclut, dans « sa sagesse » que « le médecin ne reconnaît pour juge après Dieu que ses pairs, et n'accepte point d'autre responsabilité que celle, toute morale, de la conscience » [11], il est rejoint par le Procureur Général de la Cour de Cassation en 1835 [12] qui affirme : « La question est ici entre Hippocrate et Gallien, elle n'est pas judicaire ».

1936 et 1997 : la Cour de Cassation : Mercier et Hédreuil : les règles de l'art, l'information et le consentement éclairé

Le 20 mai 1936, la Cour de Cassation rend justice pour le sieur Mercier et définit alors les fondements contractuels

qui unissent de façon invisible mais réel le patient et son médecin : le contrat de soin est né [13] ! Le praticien doit donner des soins à un patient « informé » et « éclairé » sur son état de santé, dans le respect « *des données acquises de la science* » et des règles de l'art. De son côté le patient renseigne le médecin et lui verse des honoraires. Il appartient au patient de rapporter la preuve que le médecin à manquer à son devoir contractuelle d'information.

De leur côté, les médecins s'organisent en syndicat, ils rédigent le premier Code de déontologie en 1879 et demandent la création d'un Ordre National [14]. Le décret qui précise la naissance de l'Ordre des médecins est publié en 1943 [15]. La première édition du Code de déontologie sera publiée en 1949 intégrant les règles de l'art et les données acquises de la science. Dans son article 32, il est précisé : « le médecin doit assurer des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science ». Le devoir d'information ne sera intégré qu'en 1995 dans ses articles 34 et 35 [16] : « Le médecin doit apporter une information loyale, claire et approprié sur l'état, les investigations et les soins qu'il propose, il doit avoir des prescriptions en toute clarté, et il doit veiller à leur compréhension par le patient et son entourage ».

Enfin, le consentement du patient aux soins doit être recherché dans tous les cas sauf exception.

La déontologie intégrée au Code de santé public pose donc les deux fondamentaux du droit médical : Information et règles de l'art.

Néanmoins, à cette époque, les juridictions sont calmes, les procédures rares et les condamnations rarissimes. L'accident médical fautif ou non est accepté par la population comme une fatalité dans un environnement en pleine explosion d'innovation thérapeutique. Mais le progrès permet la connaissance. L'ignorance « des sachants » s'estompe et la Cour de Cassation, à la demande de Monsieur Hédreuil en 1997 [17] estime que « celui qui est légalement ou contractuellement tenu d'une obligation particulière d'information doit rapporter la preuve de l'exécution de cette obligation ».

Très rapidement en 1998 et 2000, la Cour de Cassation et le Conseil d'État vont affirmer que l'information doit porter sur tous les actes et sur tous les risques y compris graves et exceptionnels [18,19].

La crise assurancielle apporte en 2002 l'obligation d'assurance, la création des commission de conciliation et d'indemnisation (CCI), de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM), et la base réclamation.

Les assureurs du marché s'inquiètent et se retirent progressivement car les procédures fleurissent et tombent les décisions de justices favorables aux patients dans un contexte de garantie trentenaire. C'est l'assureur du jour de l'intervention qui intervient pendant 30 ans (ou 10 ans pour l'établissement de santé) en cas de mise en cause : c'est la « base fait générateur ».

Poussé par la volonté de solutionner cette crise assurancielle, et de simplifier le problème Monsieur Bernard Kouchner, ministre de la Santé, rend l'assurance en responsabilité civile obligatoire pour les professionnels de santé, et fixe les limites (Plafond de garantie à 8 millions d'€/sinistre, 15 millions d'€/an). Il crée les Commissions de conciliations et d'indemnisation régionales (CRCI) et l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux non fautifs (ONIAM) [20]. Vingt-trois CCI, regroupées actuellement en 7 pôles régionaux, analysent ainsi chaque année plus de 4000 dossiers dont près de 40 % sont rejetés pour critères non atteints. Elles ont étudié plus de 51 500 demandes depuis 2003. Le 30 décembre 2002, porté par le sénateur About, un nouveau décret précise « la base réclamation » et abandonne la base fait générateur : dorénavant c'est l'assureur en cours au moment de la réception de la réclamation du patient par le médecin qui a vocation à intervenir [21].

L'infection nosocomiale : la responsabilité sans faute

La loi du 4 mars 2002, dite « Loi Kouchner » crée une responsabilité sans faute pour les établissements de santé dans le cadre des infections nosocomiales.

Ainsi en cas de mise en cause d'un praticien et d'un établissement de santé ou d'un praticien exerçant à titre libéral, la responsabilité ne peut être engagée qu'en cas de faute prouvée. Par contre pour l'établissement, il ne peut s'exonérer de sa responsabilité qu'en apportant la preuve de l'existence d'une cause étrangère. Ainsi en l'absence de faute, le patient est-il toujours indemnisé : par l'assureur de la clinique pour une invalidité inférieure à 24 %, par l'ONIAM au-delà.

Certains demandent néanmoins une solidarité entre assureur du praticien et assureur de l'établissement en cas d'infection nosocomiale sans faute [22,23].

L'expertise : clé de voute de la recherche de la responsabilité

« Tout, tout, vous saurez tout en expertise ! »

Avant de rendre une décision, les juges du fond devront s'appuyer sur l'avis d'un expert dans son domaine. C'est l'expert désigné par la CCI ou le juge des référés devant le Tribunal de Grande Instance (TGI) qui va éclairer le juge ou la commission pour savoir s'il y a eu un manquement dans le respect des règles de l'art, dans l'information délivrée au patient ou dans le recueil de son consentement. Ce sont les juges qui décideront si ce manquement est fautif et s'il existe un lien de causalité entre cette faute et les éventuels préjudices du patient. En effet en droit, un professionnel de santé n'est responsable des conséquences dommageables engendrées par ses actes de prévention, de diagnostic et de soin qu'en cas de FAUTE.

C'est pourquoi la présence du patient ou de ses proches ainsi que celle du chirurgien sont indispensables à l'expertise. La mission de l'expert est précisée par décision du juge pour lui permette de rendre au mieux la justice.

Dans le cadre d'une complication chirurgicale septique, l'expert chirurgien s'adjoint un sapiteur ou un co-expert infectiologue, chacun ayant son domaine de compétence. Ils rédigeront un rapport commun qui doit reprendre le déroulement précis des faits (encore faut-il qu'ils soient tracés). Puis ils vont les confronter aux recommandations des sociétés savantes en vigueur au moment des faits pour savoir si les règles de l'art ont été respectées.

En cas de manquement rapporté par les experts, le juge va sanctionner le praticien (procédure pénale et disciplinaire) et imposer à l'assureur du chirurgien de réparer l'intégralité (versant civile) des préjudices qui découlent de cette faute.

Il existe de nombreux préjudices différents : déficit fonctionnel temporaire et permanent, la perte de salaire, la souffrance endurée, le préjudice moral, le préjudice affectif, le préjudice sexuel, le préjudice esthétique.

En 2001, suite à des biopsies prostatiques compliquées d'un tableau septique sévère ayant pour conséquences un AVC et d'une cécité totale chez un homme de 57 ans, l'expert a estimé qu'il existait un manquement dans la réalisation d'une antibioprophylaxie non tracée et d'une absence d'ECBU pré-biopsique (recommandation SFAR), le juge a donc retenu une faute et a imposé à l'assureur du praticien une indemnisation à hauteur de 1 065 000 € répartis ainsi :

Invalidité 200 000 €,
Perte de salaire 600 000 €,
Pretium Doloris 20 000 €,
Préjudices d'agrément 20 000 €,
Préjudice moral 10 000 €,
Préjudice sexuel 10 000 € et celui de sa femme 20 000 €.
Remboursement des soins 160 000 €

Le risque médico-légal infectieux en chirurgie

Le risque infectieux en chirurgie est médical avant de devenir médico-légal !

Le risque infectieux en chirurgie est un risque quotidien dont les conséquences sont pour le patient : douleur, prolongation de séjour, séquelles fonctionnelles ou esthétiques voir décès, et pour les équipes soignantes : charge de travail et souffrance empathique et narcissique. 3 % des actes opératoires sont compliqués d'une infection postopératoire. La chirurgie orthopédique est particulièrement visée avec à 3 % de prothèse de hanche 6 % des prothèse de genou compliquées de sepsis [24].

Les bactéries responsables sont, dans plus de 60 % des cas, des staphylocoques dorés ou à coagulase négative (*S. aureus* et *Staphylococcus epidermidis*). La fréquence de ce dernier est en constante progression. Viennent ensuite les bactéries anaérobies pour 20 % des cas, les bacilles Gram négatif pour 10 %.

Pour tout patient, il est légitime de rechercher une explication à leur état en particulier en cas de complications postopératoires infectieuses. Depuis Platon, il est reconnu que la recherche d'une cause à un état permet de surmonter cet état et d'élaborer une stratégie de reconstruction et d'action. Les patients s'inscrivent dans cette démarche qu'il n'est plus acceptable de refuser.

Six procédures médico-légales pour obtenir réparation

Le patient est dans cette logique de compréhension et de réparation. Seul ou poussé par ses proches ou son assureur garantie accident de la vie (GAV) il pourra saisir 6 juridictions différentes. Deux sont à visé disciplinaire : la procédure pénale et la procédure ordinale. Quatre sont à visé indemnitaire : procédure dite amiable (par les CCI) rapide et gratuite avec indemnisation par la solidarité nationale (ONIAM), procédure civile auprès du TGI, procédure administrative (TA) pour les soins en établissements de santé public et enfin procédure auprès du juge de proximité. Les procédures les plus fréquentes sont les procédures devant les CCI et les TGI.

De 2009 à 2014, l'Office nationale des accidents médicaux (ONIAM) à clôturer 9384 dossiers pour la somme de 1,09 milliards d'€ [7]. Pour les infections nosocomiales (17 % des procédures), le taux des dossiers indemnisés par les assureurs est passé progressivement de 17 à 78 %. 11 % des décès sont liés à des infections nosocomiales. 13,25 % des dossiers avec une invalidité permanente (AIPP) au-delà de 25 % sont liés à des complications infectieuses. 62 % des dossiers sont des dossiers chirurgicaux hors obstétrique et hors esthétique pour un montant total de 673 millions d'€. In total de 40 % des décès sont liés à un acte chirurgical comme 75 % des dossiers avec une AIPP > 25 %.

Un total de 87 % des procédures concernent des accidents médicaux survenus en établissement. Un total de 61 % des procédures ont lieu dans l'année du fait générateur et 75 % dans les deux ans. Un total de 17 % des dossiers ne seront soldés qu'au bout de 10 ans de procédures. Un total de 22 % des dossiers présentés devant les TGI ont d'abord fait l'objet d'une procédure CCI. Le montant moyen des dossiers est de 119 000 €. Un total de 0,3 % des dossiers dépassent 2 millions d'€. Les assureurs ont réglés 680 millions d'€, l'APHP 19 millions et l'ONIAM 387 millions d'€ en 5 ans.

L'information

L'information et la perte de chance

Dans toutes les obligations professionnelles et dans toute la jurisprudence il n'y a pas d'obligation plus forte que le devoir d'information. Il est la clé de voute de la « perte de chance » responsable aujourd'hui de la plupart des condamnations avec parfois une indemnisation à hauteur de 100 % des préjudices [25].

Le Code de déontologie, le Code de santé public, la Loi Kouchner de mars 2002, la Convention européenne pour la protection des Droits de l'Homme à l'égard de la médecine, la Loi Hôpital Patient Santé Territoire de 2009, la Haute Autorité de santé et la Jurisprudence rappellent que « le médecin doit-il à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension ». Il doit s'assurer que les informations données aient été suffisamment claires pour être comprises et exécuter par le patient et par son entourage sauf en cas de pronostic grave [26,27]. Cette obligation englobe bien évidemment le risque infectieux.

« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus » [28].

La Cour de Cassation d'abord en 1999 dans l'arrêt dit « Castagnet » puis en 2001 estime, que le patient doit être informé de tous les risques même ceux qui sont exceptionnels [29,30].

Cette réalité est valable pour toutes les complications septiques post-chirurgicales si elles ont fait l'objet de publication.

L'information doit avoir lieu dans le cadre d'un entretien individuel, seule l'urgence, le refus du patient ou l'impossibilité d'informer dispense d'information claire loyale et approprié [28].

L'information doit être précoce (dès la consultation de chirurgie puis d'anesthésie), donnée par oral et complétée par un document écrit si possible, réitérée à chaque

étape du chemin clinique et tout en veillant à sa compréhension. Même si l'information doit être orale, et qu'il n'existe pas d'obligation à informer par la remise d'un document écrit, plusieurs décisions récentes ont reprochées aux chirurgiens la non-remise d'un document d'information alors même que ce document existait sur le site internet de leur société savante. D'autre décisions ont reproché la remise de documents trop généralistes [31—34].

Certains auteurs insistent donc pour l'utilisation et la remise de document d'information et le recueil d'un consentement éclairé signé [35].

Cette information doit donner place à un temps de réflexions dont la durée n'est définit dans la loi que pour la chirurgie plastique (15 jours incompressible) [36].

En cas de prise en charge d'un enfant mineur les parents doivent être informés, sauf si l'enfant refuse et se fait accompagner par une personne adulte de son choix [20,37—39].

Il faut informer dans la mesure du possible l'entourage et la personne de confiance de tous les risques y compris infectieux [26].

Une fois l'information délivrée, il faut d'une manière ou d'une autre matérialiser le consentement du patient aux soins qui doit être recherché systématiquement et conserver sauf dans le cadre de l'urgence ou sauvegarde d'une personne mineure [40,41].

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables [37—39].

Il est nécessaire d'assurer la traçabilité de tout ce qui est fait et prescrit en particulier de l'information délivrée mais aussi des prescriptions de l'antibioprophylaxie, la molécule, la dose, l'heure d'injection voire de réinjection, dans le dossier médical du patient. Il ne faut en effet pas oublier que 40 % de ce qui est dit est oublié à la fin de la consultation en particulier autour du risque infectieux. [35—37].

En cas de manquement au devoir d'information sur le risque infectieux qui s'est réalisé, le juge va décider si ce manque d'information a empêché le malade de ne pas se faire opérer. Il définit un pourcentage de perte de chance, qui peut aller jusqu'à 100 %, d'avoir pu éviter l'intervention.

La Cour de Cassation en juin 2010 puis le Conseil d'État en 2012 dans une volonté d'autonomiser cette obligation ont créé un préjudice autonome dit « d'impréparation » en dehors de tout autre préjudice [42]. Par exemple, le juge peut estimer que, même informé de ce risque infectieux, le patient se serait fait opérer, mais n'ayant pas pu se préparer psychologiquement à cette complication, il a subi un préjudice « d'impréparation ».

La Cours de Cassation depuis 2012 admet que la preuve de l'information peut être apportée par tous moyens : nombre de consultations, durée, délai de réflexion, lettres au médecin traitant, intervention précédente identique, niveau de confiance, volonté du patient de réitérer une intervention.

Enfin, en cas de complication septique, le patient doit être informé ainsi que sa personne de confiance de la survenue de la complication et de sa prise en charge. [43].

Il faut néanmoins nuancer tout cela car plusieurs études démontrent que plus de 10 % des patients n'auront absolument rien compris et plus de 40 % n'auront qu'une compréhension partielle des informations données lors d'une consultation [44,45].

Les règles de l'art en infectiologie

La gestion préopératoire du risque infectieux

Plusieurs publications font ici l'objet de référentiel. Tout d'abord, la Haute Autorité de santé (HAS) a publié un document sur l'Hygiène et la prévention du risque infectieux en cabinet médical en juin 2007 [46], puis plus récemment la Société française d'Hygiène hospitalière (SF2H) en octobre 2013 a publié une conférence de consensus avec une recommandation pour la pratique clinique sur l'antisepsie de la peau saine avant un geste invasif chez l'adulte publié en 2016 [47,48].

L'objectif de ces ouvrages de référence est de définir en préopératoire les dépistages systématiques et les stratégies préventives appliquer pour réduire le risque infectieux. C'est sur ces recommandations que les experts éclaireront les juges sur des manquements possibles sur la préparation de l'opéré.

Le document de la HAS renseignera les experts sur les « bonnes pratiques « au cabinet : l'agencement architectural, l'aménagement de la salle de soins et de consultations, l'aménagement de la salle d'attente, l'entretien des locaux, la gestion des déchets de soins, le réfrigérateur, le matériel médical, l'hygiène des mains, le port de gants, le port de blouse, la tenue de soin, le port de lunette de protection l'antisepsie de la peau et des muqueuses (en 2 ou 5 temps), en fonction des gestes programmées (ponctions, sondage...). Tout cela est résumé dans les Fig. 1 et 2.

À l'appui de ces recommandations, les experts renseigneront les juges quant à l'existence d'un manquement aux règles de l'art, par le praticien ayant réalisé le geste.

Dans un dossier de mise en cause d'un radiologue pour une infection articulaire après arthroscanner, l'expert notera l'absence de manquement de ce dernier dans l'asepsie. C'est l'établissement qui devra indemniser le jeune footballeur à hauteur de 774 000 € (50 % de la prime de transfert) pour une infection nosocomiale sans faute [49].

Le document de la SF2H de son côté précisera les règles de l'art par exemple pour le dépistage systématique du *S. aureus*, recommandé uniquement en chirurgie cardiaque (au niveau nasale, oropharyngée et corporelle). Il reste discuté en chirurgie orthopédique prothétique (uniquement au niveau nasale).

Toutefois ce groupe de travail est revenu sur la qualité de la douche préopératoire. Il conseille aujourd'hui une simple douche avec savon. Néanmoins certaines décisions de justice ont condamné des chirurgiens et des établissements pour non-réalisation de la douche préopératoire !!

En 2011, le Tribunal de grande instance a jugé que l'absence de traçabilité de la douche préopératoire dans le dossier du patient constitue une faute imputable à la clinique engageant sa responsabilité civile [50].

Dans d'autre procédure, la nature même de la douche préopératoire a pu être critiquée [51] alors même que depuis 2013 cela n'a plus d'importance.

Le contexte patient

L'influence de l'indice de masse corporelle (IMC) (IMC > 35) en chirurgie digestive, orthopédique et gynécologique, le diabète en chirurgie coronarienne, et l'HTA en chirurgie digestive sont des facteurs de risque d'infections liés aux soins. Il convient donc de les dépister et de les prévenir

Gestes invasifs à risque d'infection sévère

Par « gestes invasifs », le groupe de travail entend les gestes à risque d'infection sévère compte tenu de la pénétration dans une cavité réputée stérile ou dans une articulation ou dans le flux sanguin avec mise en place d'un dispositif médical.

L'utilisation d'une procédure « No touch » permet de ne pas recourir à la procédure aseptique complète pour l'arthrocentèse, la ponction artérielle et pour la pose de dispositif intra-utérin (DIU).

Geste	Antiseptique	Temps [1]	Gants	Masque	Niveau de preuve	Particularités
Pose de sonde urinaire	Non	3 Détersion	S	Non	Grade B	Le maintien d'une technique aseptique est recommandé par le NICE
Maintenance de sonde urinaire	Non	-	NS	Non	Grade A	Le maintien d'un système clos est considéré comme la pierre angulaire de la prévention ; Vidange du sac collecteur toutes les 8 heures et dès que le sac est plein aux 3/4, à l'aide d'une compresse imbibée d'un antiseptique
Entretien de cathéter veineux central et de chambre à cathéter implantable (abord proximal)	Oui (chlorhexidine alcoolique en première intention et à défaut PVPI alcoolique	2 Double application de l'antiseptique	S ou NS assorti d'une procédure "No touch"	Oui	Grade A (chlorhexidine alcoolique) AP (chambre à cathéter implantable)	Pansement hermétique Désinfection des ports d'injection et raccords à l'aide d'une compresse stérile imbibée d'un antiseptique en utilisant soit la chlorhexidine alcoolique soit la PVPI Port de calot et de casaque chez les patients aplasiques et neutropéniques Répéter l'application d'antiseptique après un premier séchage
Pose de cathéter veineux périphérique	Oui (chlorhexidine alcoolique ou PVPI alcoolique)	5	NS	Non	Grade B	Pansement hermétique Le port de gants stériles est par contre recommandé pour toute palpation après antisepsie cutanée

S : stérile ; NS : non stérile ; PVPI : polyvidone iodée AP : Accord professionnel

DGS : Direction générale de la santé ; NICE : *National Institute for Clinical Excellence* ; OMS : Organisation mondiale pour la santé

SFTG - HAS (service des recommandations professionnelles) / Juin 2007

Gestes invasifs à risque d'infection sévère (suite)

Geste	Antiseptique	Temps [1]	Gants	Masque	Niveau de preuve	Particularités
Injection para vertébrale, épidurale, facettaire articulaire postérieure	Oui (chlorhexidine alcoolique ou PVPI alcoolique)	2	Non ou NS	Non	AP	Procédure « No touch »
Arthrocentèse (injection)	Oui (chlorhexidine alcoolique ou la PVPI alcoolique)	5*	Non ou NS	Non	AP	Procédure « No touch »
Pose de DIU	Oui (PVPI gynécologique ou dérivé chloré)	2 Double antisepsie	NS	Non	AP	Procédure « No touch » Il est recommandé de procéder à 2 applications antiseptiques sur le col et la muqueuse vaginale
Ponction artérielle Gaz du sang	Oui (chlorhexidine alcoolique ou la PVPI alcoolique)	2	Non ou NS	Non	AP	Procédure « No touch »

S : stérile ; NS : non stérile ; PVPI : polyvidone iodée AP : Accord professionnel

[1] Temps de l'antisepsie : les 5 temps de l'antisepsie sont la détersion, le rinçage, le séchage, l'application d'un antiseptique et le séchage à l'air libre ;
Le nombre de temps requis pour un geste technique dépend de la nature et du risque infectieux du geste à réaliser.
* la procédure à 2 temps est considérée comme suffisante pour les ponctions (cf. tableau suivant). Par précaution, il est recommandé, en cas d'infiltration ou d'injection de produit opaque, de recourir, si possible, à une procédure à 5 temps (détersion, rinçage à l'aide d'une compresse imprégnée de sérum physiologique, séchage, désinfection, séchage). Dans ce dernier cas, l'absence de preuve ne permet pas conclure de manière univoque sur l'utilité et la nécessité de la procédure à 5 temps mais il est considéré que la complication septique articulaire est grave.

Type d'antisepsie selon le nombre de temps requis	Définition
Antisepsie à 5 temps **Antisepsie à 4 temps**	Détersion, rinçage, séchage, application d'un antiseptique et séchage à l'air libre C'est une variante de l'antisepsie à 5 temps où le séchage est absent lorsque l'antisepsie est appliquée sur une muqueuse
Antisepsie à 3 temps ou Détersion	Détersion, rinçage, séchage
Antisepsie à 2 temps	Application d'un antiseptique et séchage à l'air libre ; il n'y a pas de détersion

SFTG - HAS (service des recommandations professionnelles) / Juin 2007

Figure 1. Gestes invasifs à risques d'infection sévère.

Gestes avec effraction cutanéo-muqueuse à risque moindre d'infection sévère

Geste	Antiseptique	Temps	ants	asque	iveau de reuve	Particularités
Ponctions ou injections IV, IM, SC et ID	Oui (alcool à 70 %)	2	Non	Non	AP	Maintien d'une antisepsie par crainte d'un effet nocebo en cas d'abandon. L'absence de bénéfice d'une désinfection de la peau est établi avec un niveau de preuve 2 (OMS). Lorsqu'un produit antiseptique est utilisé, il est recommandé d'abandonner l'usage des boules de coton.
Anesthésie locorégionale	Oui (chlorhexidine alcoolique ou PVPI alcoolique)	2	Non	Non	AP	
Biopsie cutanée	Oui (chlorhexidine alcoolique)	5	Non	Non	AP	
Arthrocentèse (ponction)	Oui (chlorhexidine alcoolique ou la PVPI alcoolique)	2	Non ou NS	Non	AP	Procédure « No touch »
Pose d'un implant contraceptif	Oui (chlorhexidine alcoolique ou PVPI alcoolique)	2 Double antisepsie	NS	Non	AP	Procédure « No touch » Repéter l'application d'antiseptique après un premier séchage
Petite chirurgie	Oui	5	NS Grade B	Non	AP	
Acupuncture	*Non consensuel* *		Non	Non	AP	L'usage unique des aiguilles est considéré comme la pierre angulaire de la prévention
Mésothérapie	Oui (alcool à 70°ou Biseptine®)	2	NS	Non	AP	Au minimum pour la main essuyante
Plaies (propres et souillées)	Non	3 Détersion			AP	Le recours aux antiseptiques n'est pas recommandé ; seule, une détersion au sérum physiologique l'est. Une surblouse à usage unique peut être nécessaire en cas de risque de projection, devant une plaie infectée et étendue

S : stérile ; NS : non stérile ; PVPI : polyvidone iodée AP : Accord professionnel

* S'agissant de l'acupuncture, la conduite à tenir ne fait pas l'objet d'un consensus. Par précaution et par souci de cohérence avec ce qui a été adopté pour les ponctions et injections IM, IV et SC, la position majoritaire est en faveur d'une désinfection en deux temps (compresses imprégnée d'alcool à 70°). La position du Collège français d'acupuncture est qu'il n'est pas utile de recourir à une désinfection sauf en cas de pose d'aiguilles semi-permanentes, de présence de lésions cutanées, de patients à l'hygiène défectueuse, de patients immunodéprimés, de diabétiques de type 2, obèses, porteurs de valvulopathies et de prothèses valvulaires.

SFTG - HAS (service des recommandations professionnelles) / Juin 2007

Gestes avec effraction cutanéo-muqueuse à risque moindre d'infection sévère (suite)

Geste	Antiseptique	Temps	Gants	Masque	Niveau de preuve	Particularités
Plaies aiguës	Non	3 Détersion	S ou NS	Non	AP	Le choix de gants stériles ou non dépend de l'usage ou non de dispositifs médicaux stériles (pas de gants stériles en cas de recours à un set de soins stérile) Le masque peut être nécessaire en cas de plaie infectée exsudative
Plaies chroniques Escarres	Non	3 Détersion	NS	Non	AP	Le recours aux compresses stériles est recommandé Le masque peut être nécessaire en cas de plaie infectée exsudative
Brûlures	Oui (dérivé chloré ou chlorhexidine aqueuse)	5	S	Non	Grade C	Les brûlures du 3ème degré quelle que soit leur surface relève d'une prise en charge spécialisée (hors cabinet)
Soins podologiques	Non	3 Détersion simple (sérum physiologique ou savon)	NS ou S	Oui	AP	Les gants non stériles sont recommandés en cas de contact avec la peau lésée ; Les gants sont stériles en cas de plaies artéritiques ou de lésions profondes Le port de lunettes de protection est recommandé lors des opérations de fraisage
Ongle incarné	Oui	5	S	Oui	AP	
Soins de trachéotomie	Oui (non alcoolique) ou sérum physiologique	2	NS	Non	AP	Proscrire tout produit contenant de l'alcool au contact des canules avec des agents plastifiants
Aspiration endotrachéale	-	-	NS	Oui	AP	La sonde d'aspiration doit être maintenue par une compresse stérile

S : stérile ; NS : non stérile ; PVPI : polyvidone iodée AP : Accord professionnel

Figure 2. Gestes avec effraction cutanéo-muqueuse à risque moindre d'infection sévère.

spécifiquement avec une attention toute particulière pour l'antibioprophylaxie.

Pour la douche : (niveau de preuve scientifique faible)

Il est recommandé aujourd'hui la réalisation au moins d'une douche préopératoire, sans préciser la nature du savon utilisé, ni le nombre de douche, ni la nécessité ou non de la réalisation d'un shampoing sauf si le cuir chevelu est dans le champ opératoire. De même il est recommandé de retirer le vernis à ongles s'il est dans le champs opératoire. Il existe un consensus nord-américain recommandant deux douches avec un scrub antiseptique à base de Chlorhexidine, la veille et le matin de l'intervention pour les arthroplasties de genou et de hanche. Toutefois aucune conclusion n'a été établie suite à la réalisation de 2 études randomisées.

Pour la pilosité

Il est recommandé de ne pas pratiquer de dépilation en routine, si nécessaire la tonte doit être privilégiée, le rasage mécanique doit être proscrit, aucune recommandation n'est émise pour les crèmes dépilatoires, ni même pour la période (la veille ou le jour de l'intervention). Le rasage favorise par 2 le risque d'infection postopératoire (méta-analyse de 14 études randomisées).

Pour la détersion et l'antisepsie

Il est recommandé de réaliser une détersion uniquement sur peau souillée avant l'antisepsie. Une désinfection large du site opératoire doit être réalisée avec de la Chlorhexidine ou de la povidone iodée, y compris l'un après l'autre. La solution doit être alcoolique mais des accidents de brûlures graves ont été rapportés. Aucune recommandation n'est émise pour l'usage de tissus imprégnés d'antiseptique pour l'antisepsie cutané. Il n'existe aucune recommandation pour le moment pour l'usage de champs adhésifs imprégnés d'antisepsie.

Pour la désinfection cutanée avant la pose d'un cathéter de péridurale, la désinfection par Chlorhexidine alcoolique à 0,5 % est supérieure à la povidone iodée, le temps de séchage du fabricant doit être respecté.

Pour lutter contre le staphylocoque aureus

Il est recommandé de mettre en place un groupe de travail multidisciplinaire dans chaque établissement pour déterminer la place et les modalités de dépistage et décolonisation des patients vis-à-vis des *S. aureus*.

Mais il est recommandé de dépister le portage et la décolonisation du *S. aureus* au niveau nasal uniquement pour les patients qui doivent bénéficier d'une chirurgie cardiaque. Aucune recommandation n'est émise en chirurgie orthopédique prothétique programmée. Ce dépistage peut être fait par PCR ou culture, le traitement par mupirocine en application nasale est recommandé en période péri-opératoire, débuter en dernière minute la veille de l'intervention. Il est recommandé d'associer la décolonisation nasale péri-opératoire par une décolonisation corporelle et oropharyngée par un produit antiseptique efficace contre *S. aureus*. Il est enfin recommandé de surveiller la prévalence de souche de *S. aureus* résistant à la mupirocine chez des patients ayant été préalablement décolonisés.

L'antibioprophylaxie (ATB)

Les règles de l'art en la matière sont essentiellement arrêtées par les recommandations de la Société française d'anesthésie réanimation (SFAR) depuis 1992. Les dernières ont été publiées en juin 2017. Elles viennent remplacer les recommandations de 2010. La SFAR s'appuie sur un comité de pilotage qui réunit plus de 16 sociétés savantes dont 12 de chirurgie, 3 de médecine spécialisées en infectiologie et la société française de radiologie.

Ces conclusions s'appuient après l'analyse de plus 95 publications [52].

Rappelons que l'on retrouve des germes pathogènes dans plus de 90 % des plaies opératoires lors de la fermeture. L'antibioprophylaxie diminue de 50 % le risque d'infection postopératoire.

Ses recommandations s'appuient sur la méthodologie « Grade » pour classer la force d'une recommandation : Grade 1± il est fortement recommandé de faire (1+) ou de ne pas faire (1−), et Grade 2 il est probablement recommandé de faire (2+) ou de ne pas faire (2−).

Les recommandations seront adaptées au différentes classes d'Altemeir [53] : chirurgie propre (1), propre-contaminée (2), contaminée (3), infectée (4).

Les recommandations vont ainsi préciser pour chaque intervention : l'indication ou non d'une antibioprophylaxie, le choix de l'antibiotique adapté à la cible bactérienne, la dose d'antibiotique nécessaire, son mode d'admission et le moment.

En matière d'antibioprophylaxie la SFAR rappelle qu'en France l'ABP est pratiquement toujours gérée par les anesthésistes-réanimateurs. Cependant il y a une responsabilité partagée avec les opérateurs. Le protocole de service (CLIN) doit clairement déterminer qui fait quoi en la matière [54—56].

La collaboration chirurgien-anesthésiste : le « couple clé » de la sécurité opératoire

Le Code de déontologie rappelle la nécessité d'une bonne collaboration entre « tiers-compétents » [57—60].

Le Conseil de l'ordre national et la HAS rappellent que le couple chirurgien-anesthésiste est une union sacré dans l'intérêt du patient et dans un respect mutuel. [61—63]. Il est donc capital que lors d'une réunion du Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) soit précisé le rôle de chacun dans la réalisation de l'antibioprophylaxie et au-delà du suivi des infections dans l'établissement. Cela fait partie des missions des CLIN devenus depuis 2017 des Centre d'Appui pour la prévention des infections associées aux soins [64]. Cette collaboration a fait l'objet d'un document de la HAS en 2016 qui reprend point par point cette nécessaire organisation collaborative [63].

Un très grand nombre de jurisprudence confirment que le couple anesthésiste-chirurgien assument ensemble un certain nombre de réalité médicale : la sécurité préopératoire (cs, visite, information, consentement), peropératoire (la position sur la table, l'antibioprophylaxie.) et postopératoire (la prévention de la maladie thromboembolique, la gestion de la douleur. . ..). Une décision de la Cour de Cassation en 2017 a reconnu la responsabilité d'un chirurgien pour avoir continué d'opérer alors que l'anesthésiste n'était plus en salle. Ainsi le chirurgien garde une obligation générale de prudence et de diligence [65].

Les règles de sécurité de l'art périopératoire sont principalement résumées dans la réalisation de la checklist : c'est le temps primordial à la prévention des risques : elle doit être réalisée en pré-opératoire avec toute l'équipe : chirurgien, anesthésiste, infirmière de salle.

Le « temps » de l'injection

Plus de 32 références bibliographiques assoient la nécessité d'une antibioprophylaxie réalisé d'un délai d'environ 30 min avant incision avec un décalage de 5—10 min par rapport à l'injection des produits d'induction.

Dans le cas d'utilisation de vancomycine (en cas d'allergie ou de staph méthi-r) la perfusion doit être terminée au moins 30 mns avant l'intervention. Si l'anesthésiste est responsable de l'injection de l'antibioprophylaxie, l'opérateur doit s'assurer que l'antibioprophylaxie a bien été réalisée. Le chirurgien et l'anesthésiste sont donc coresponsables de l'antibioprophylaxie [52].

La dose, le poids, le temps

La SFAR rappelle que plus de 47 études démontrent, que l'antibioprophylaxie doit être brève, limitée à la période

opératoire parfois à 24 h00, exceptionnellement 48 h00 mais jamais au-delà. Il n'y a pas de raison de prescrire des réinjections lors de l'ablation de drains, sondes ou cathéters.

L'indication de l'ABP est posée lors de la consultation pré-interventionnelle et tracée dans le dossier.

La dose initiale est le double de la dose usuelle chez l'obèse (poids > 100 kg et index de masse corporelle > 35 kg/m^2).

Les protocoles d'ABP doivent être disponibles et éventuellement affichés en salles de consultations pré-anesthésiques, en salles d'intervention et en unités de soin.

La traçabilité

Enfin cette antibioprophylaxie doit être tracée en particulier dans le compte-rendu opératoire du chirurgien : molécule, posologie, heure d'injection, heure d'incision, heure de réinjection...

Certaines société savantes ont leurs propres recommandations ce qui peut entraîner des visions opposées en expertise et compliquer les conclusions de l'expert et donc la décision des juges.

Par exemple la SFAR recommande la stérilité des urines avant toute intervention urologique. Le comité infectieux de l'association française d'urologie (CIAFU) recommande un ECBU stérile avant toute intervention urologique avec effraction de la muqueuse urinaire, donc pas nécessaire pour les biopsies prostatiques et les cystoscopies [52—56].

Le postopératoire : le tiers-compétent

Chaque jour, parfois même, chaque heure compte. Il ne faut négliger aucun signe clinique, aucune anomalie biologique. Il ne faut pas hésiter à prescrire un bilan, une imagerie voir une reprise chirurgicale. Il n'existe aucune condamnation pour avoir réalisé une laparotomie blanche, un scanner ou une prise de sang inutile.

Il est impératif de tracer tout ce qui est fait.

Un grand nombre de chirurgiens a été condamné à indemniser leurs patients pour ne pas avoir fait appel à un tiers compétent (anesthésiste, réanimateur, infectiologue) pour le choix du traitement antibiotique, pour la posologie, pour le choix d'une bi ou trithérapie, pour une absence de contrôle des concentrations plasmatiques efficaces, pour ne pas avoir contrôlé la fonction rénale ou hépatique, pour ne pas avoir respecté la durée de traitement.

En cas d'infection postopératoire, en particulier après pose de prothèse, il est impératif de faire appel à un tiers compétent qui ne peut pas vous refuser son aide.

Conclusion

Pour éviter les mises en cause médico-légales et surtout les condamnations civiles, ordinales ou pénales, il faut respecter les règles de l'art en prévention des risques infectieux : SF2H, SFAR mais aussi savoir informer les patients de ce risque spécifique, utiliser à cet égard des documents d'information où ces risques sont précisés et recueillir le consentement éclairé du patient sur un document écrit où sont identifiés les risques septiques et leurs conséquences.

Il faut aussi informer les patients de l'organisation de la continuité et de la permanence des soins.

Il est impératif de tracer la gestion des risques infectieux : préparation cutanée, antibioprophylaxie et prescriptions en cas de sepsis postopératoire.

En cas d'accident septique, il faut faire appel dès le départ à des tiers-compétents que sont souvent l'anesthésiste, l'infectiologue, le CLIN ou le centre de référence régionale de gestion des infections postopératoires.

Durant cette phase il ne faut jamais critiquer un collègue ou un personnel soignant car en jetant l'opprobre sur un autre intervenant, le praticien se retrouvera in fine appelé en procédure à justifier ses propres pratiques.

Il faudrait enseigner le Code de déontologie qui rappelle à chacun la nécessaire collaboration autour du patient en prévention et en gestion des risques.

Il faut enseigner les recommandations, suivre leurs évolutions, favoriser leur harmonisation et participer à leurs rédactions.

L'infection est considérée comme un échec mais l'échec n'est pas considéré comme une faute.

Il faut prévenir pour protéger, anticiper pour éviter et collaborer pour soulager.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur est directeur du cabinet Médirisq (Grenoble).

Références

[1] Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (Raisin). Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux en établissements de santé, France, mai—juin 2012. Résultats. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2013. p. 181.

[2] Hugonnet et S, Pittet D. Infections nosocomiales : réalité et impact. Rev Med Suisse 2000;4:20465.

[3] Jarvis WR. Selected aspects of the socioeconomic impact of nosocomial infections: morbidity, mortality, cost, end prevention. Infect Control Hopsi Epidemio 1996;1 [552—17].

[4] Durand-Zaleski I, Chaix C. Le coût des infections liées aux soins, n° 38. Paris, ADSP: Hôpital Henri-Mondor; 2002. p. 29—31.

[5] Surveillance des infections associées aux soins, http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Infections-associees-aux-soins/Surveillance-des-infections-associees-aux-soins-IAS/Surveillance-en-incidence.

[6] http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Infections-associees-aux-soins/Surveillance-des-infections-associees-aux-soins-IAS/Surveillance-en-prevalence.

[7] Rapport d'activités 2009 à 2016 ONIAM; 2017 http://www.oniam.fr/indemnisation-accidents-medicaux/rapport-d-activite.

[8] Article 1 de la constitution française.

[9] Article 12 de la constitution Française.

[10] Article 1240 du Code civil.

[11] Propos de l'Académie de médecine. Gazette médicale de Paris; 1834. p. 775.

[12] Propos du procureur dans l'affaire Cass. 18 juin 1835, Dr. Thouret-Noroy, S. 1835. I. 402; D. 1835. 1. 300, concl. Dupin.

[13] Civ1, 20 mai 1936, Mercier, D, 1936.1 .88.

[14] Carlioz P. Du syndicalisme à la Convention; 2013.

[15] Création du l'ordre des médecins, loi du 7 octobre 1940. JO; 1940.

[16] Art. 35 du décret n° 95-1000 du 6 sept. 1995 portant code de déontologie médicale, aujourd'hui codifié à l'art. R. 4127-35 du CSP.

[17] Civ 1, 25 février 1997, n° 94-19.685. Bull.Civ I, n° 75; D, 1997.319, obs. J.

[18] Civ. 1,7 oct. 1998, n° 97-10.267, Bull. civ.U, n° 287; D.1999.145, note S.Porchy et 259, obs.D. mazeaud; RDSS

1999.506, obs. L. Dubouis; RTD civ.1999. 83, obs. J. Mestre et 111, obs. P. Jourdain.
[19] CE, sect., 5 janv. 2000, Consorts Telle, req. nº 1899, Lebon 5; AJDA 2000. 180 et 137, chron. M. Guyomar et P. Collin; D. 2000. 28; RFDA 2000. 641, concl. D. Chauvaux et 654, note P. Bon; RDSS 2000. 357, note L. Dubouis.
[20] Loi nº 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
[21] Loi nº 2002-1577 du 30 décembre 2002 relative à la responsabilité civile médicale.
[22] La 1re chambre civile de la Cour de cassation, le 10 avril 2013 (nº 12-14.219).
[23] AREDOC. Les infections nososcomiales, aspect médico-juridiques. 4e édition; 2014.
[24] http://solidaritessante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_de_bonnes_pratiques_de_desinfection_des_dispositifs_medicaux.pdf.
[25] 1re Civ., 13 novembre 2002, Bull. 2002, I, nº 265, pourvoi nº 01-00.377 ; 1re Civ., 4 février 2003, Bull. 2003, I, nº 40, pourvoi nº 00-15.572 ; 1re Civ., 6 décembre 2007, Bull. 2007, I, nº 380, pourvoi nº 06-19.301, Cour d'appel d'Aix-en-Provence, CT0023, u 4 avril 2006. https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?idTexte=JURITEXT000006951367, Cours d'appel a aix 10 septembre 2008 oniam/gomez/sconamiglio ; gi toulon 25 septembre 2008 berret/nicolas, tgi nanterre 10 octobre 2008 staub/turpen.
[26] Article R. 4127-34 et 35 du Code de Santé Public.
[27] HAS. Recommandations : annonce d'un dommage associé aux soins, améliorer la relation soignant-patient; 2011.
[28] Article L. 1111-2 du CSP.
[29] Civ. 1re, 9 octobre 2001, nº 00-14564 : « Un médecin ne peut être dispensé de son devoir d'information vis-à-vis de son patient qui trouve son fondement dans l'exigence du principe constitutionnel de sauvegarde de la dignité de la personne humaine par le seul fait qu'un risque ne se réalise qu'exceptionnellement ».
[30] Arrêt Castagnet, Civ. 1re, 7 octobre 1998, nº 97-12185 : c'est désormais au médecin et non plus au patient qu'il incombe en cas de litige d'apporter la preuve qu'il a bien informé ce dernier des risques du traitement ou de l'investigation qu'il lui propose et cette obligation porte même sur l'existence d'un risque exceptionnel si c'est un risque grave.
[31] Cour de Cassation : 15juillet 1999, AIX 10 juin 2008 Piochon, Lepidi, AFF TGI Marseille 14 septembre 2006 lambot/giry aff tgi pau 5 mars 2008 legrand/irigoyen.
[32] Article L. 710-2 du CSP.
[33] TGI Saint Malo 8 février.
[34] CA d'Aix 10 sept 2008, TGI Toulon 25 Sept 2008 BERRET/NICOLAS, TGI Nanterre 10 octobre 2008 staub/turpen, tgi toulouse 18 novembre 2008 bourse/nicolas.
[35] Lacoeuilhe G. Le défaut d'information, le point de vue du défendeur. Académie nationale de chirurgie; 2012. www.bium.univ-paris5.fr/acad-chirurgie 1634-0647.
[36] Décret nº 2005-777 du 11 juillet 2005 relatif à la durée du délai de réflexion prévu à l'article L. 6322-2 du code de la santé publique ainsi qu'aux conditions techniques de fonctionnement des installations de chirurgie esthétique et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets).
[37] Article R. 4127-42 du CSP.
[38] Article L. 1111-4 du CSP.
[39] Article L. 1111-5 du CSP.
[40] Article R. 4127-36 du CSP.
[41] Article R. 4127-43 du CSP.
[42] 2010 : Cours de Cassation : préjudice autonome du défaut d'information (impréparation) : (cassation civile, 3 juin 2010, nº 09-13.591, AJDA 2010. 2169, note Lantero ; Dalloz 2010 page 1522)2012 : Conseil d'état : préjudice autonome du défaut d'information (impréparation). (Conseil d'État 10 octobre 2012, requête nº 350426 ; commentaire précité).
[43] HAS. Recommandations : annonce d'un dommage associé aux soinsaméliorer la relation soignant-patient; 2011.
[44] Savornin C. Devoir d'information. Rev Dommage Corporel 2000;20:113—20.
[45] Ghrea M, Dumontier C, Sautet A, Hervé C. [Quality of information transfer for informed consent: an experimental study in 21 patients]. Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot 2006;92:7—18.
[46] https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_607182/fr/hygiene-et-prevention-du-risque-infectieux-en-cabinet-medical-ou-paramedical.
[47] Gestion pré-opératoire du risque infectieux; 2013 [volume XXI-XXI-nº 4-ISSN1249-0075].
[48] Antisepsie de la peau saine avant un geste invasif chez l'adule, recommandations pour la pratqiue clinique; 2016 [SF2H ; volume XXIVXXIV-nº 2-ISSN 1249-0075].
[49] Cours de Cassation, Civile, Chambre Civile 1, 16 novembre 2016, 15-24.715.
[50] TGI Toulouse 6 juillet 2011 nº 09/02947.
[51] Cour D'appel D'aix-En-Provence, 10e Chambre, Arrêt au fond, du 26 mai 2016, nº 2016/230, Rôle nº 15/00546.
[52] Recommandations Formalisées de la SFAR 2017 : actualisation de recommandations : Antibioprophylaxie en chirurgie et médecine interventionnelle (patients adultes).
[53] Altemeier W-A, Culbertson W-R, Vettom W. Prophylactic antibiotic therapy. Arch Surg 1955;71:2—6.
[54] Manecksha RP, Nason GJ, Cullen IM, et al. Prospective study of antibiotic prophylaxis for prostate biopsy involving > 1100 men. Sci World J 2012;2012:650858.
[55] Sehgal R, Berg A, Figueroa R, et al. Risk factors for surgical site infections after colorectal resection in diabetic patients. J Am Coll Surg 2011;212:29—34.
[56] CIAFU. Recommandations de bonnes pratiques cliniques : l'antibioprophylaxie en chirurgie urologique, par le comité d'infectiologie de l'association française d'urologie (CIAFU). Prog Urol 2010;20:101—8.
[57] Article R. 4127-32 Du CSP.
[58] Article R. 4127-33 Du CSP.
[59] Article R.4127-56 Du CSP.
[60] Article R. 4127-68 du CSP.
[61] Villet R, Collard D. The surgeon-anaesthesiologist relationship in the era of enhanced recovery; 2017, http://dx.doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2016.09.014.
[62] https://www.conseil-national.medecin.fr/article/recommandations-concernant-les-relations-entre-anesthesistes-reanimateurs-et-chirurgiens-autres-spec-665.
[63] 2016. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2587220/fr/cooperation-entre-anesthesistes-reanimateurs-et-chirurgiens-mieux-travailler-en-equipe.
[64] Arrêté du 3 août 1992 relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales.
[65] Ouchia N. Décès au décours d'un mini-lifting : responsabilité pénale du chirurgien du fait de l'absence de l'anesthésiste. Sciencedirect, Elsevier; 2016 https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S162965831630139X.