

Le radiologue, le microbe, le juge et le législateur

Après avoir successivement évoqué dans cette chronique médico-radiologique¹ les erreurs diagnostiques en imagerie, les extravasations de produit de contraste, les questionnements juridiques posés par le développement des réseaux de téléradiologie ou celui des nouvelles techniques d'imagerie, la pratique de l'échographie, l'organisation de la radiologie des urgences, les nouvelles règles de radioprotection, il vous est cette fois proposé d'aborder un instant la question des infections nosocomiales en radiologie.

Selon un récent rapport de l'ANAES, après de 800 000 patients sont chaque année victimes d'une infection nosocomiale, dont un quart à un tiers devraient pouvoir être évitées². Une part significative des coûts hospitaliers pourrait être économisée en améliorant la qualité des soins et la sécurité pour les patients et environ 6% des litiges judiciaires seraient évités s'il n'y avait plus ces infections post-radiologiques.

Le contexte juridique

Quelques affaires retentissantes d'infections nosocomiales ont défrayé la chronique, parfois bien au-delà du lectorat médical : Mycobacterium xenopi de la clinique parisienne du Sport, légionelloses hospitalières...

Quelques décisions judiciaires des deux plus hautes juridictions (Conseil d'État et Cour de cassation³) ont par la suite ému les médecins et les gestionnaires des établissements de santé publics et privés en posant le principe d'une obligation de sécurité et d'une indemnisation quasiment automatique des infections nosocomiales.



La "Loi Kouchner 2003-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé" a consacré ces évolutions jurisprudentielles⁴, en les nuancant toutefois pour les médecins libéraux. Ladite loi a également instauré un signalement obligatoire des infections nosocomiales.

Récemment, l'actuel ministre de la santé, après une concertation avec les associations de patients, a encore annoncé la parution régulière d'un "baromètre des infections nosocomiales"⁵, hôpital par hôpital. Ce tableau de bord, agrégeant les résultats de cinq indicateurs⁶, devrait per-

mettre aux patients, selon le ministère de la santé, de comparer les efforts des hôpitaux pour lutter contre les infections nosocomiales avant de choisir où se faire soigner.

La prévention des infections en radiologie - et de leurs complications juridiques - doit donc, à l'instar de la radioprotection et de la prévention des erreurs d'interprétation, devenir une préoccupation permanente du radiologue hospitalier.

Il ne suffit pas de travailler très proprement pour être irréprochable :

- L'éventualité de survenue d'une complication infectieuse doit avoir été exposée au patient lors du recueil du consentement éclairé et il n'est sans doute plus nécessaire de rappeler que le médecin doit être en mesure de le prouver ; il importe aussi de faire connaître au patient l'éventuelle existence d'une alternative non vulnérable et justifier le choix proposé.

- le radiologue hospitalier et les manipulateurs doivent disposer de protocoles écrits pour le nettoyage des salles et des

¹ La totalité de ces anciennes chroniques sont disponibles en ligne sur le serveur du SRH : <http://www.srh-info.org/radio.asp>

² Rapport publié par l'ANAES intitulé "Les coûts de la qualité et de la non-qualité des soins dans les établissements de santé : état des lieux et propositions", juillet 2004, disponible sur le site www.anaes.fr.

³ C. État, 9 décembre 1988 : " Considérant qu'il résulte de l'instruction et notamment du rapport d'expertise, que l'infection méningée compliquée d'une lésion de la moelle dorsale dont M C... a été victime a eu pour cause l'introduction accidentelle dans l'organisme du patient d'un germe microbien lors de la sacco-radiculographie qu'il a subie le 18 août 1976 au groupe hospitalier de la Pitié-Salpêtrière à Paris ou de l'intervention chirurgicale de cure de la hernie discale confirmée par cet examen qu'il a subie le 19 août 1976 dans le même établissement, alors qu'il résulte des constatations des experts qu'aucune faute lourde médicale, notamment en matière d'asepsie, ne peut être reprochée aux praticiens qui ont exécuté cet examen et cette intervention ; que le fait qu'une telle infection ait pu néanmoins se produire, révèle une faute dans l'organisation ou le fonctionnement du service hospitalier à qui il incombe de fournir au personnel médical un matériel et des produits stériles..." ; C. Cass. 1^{er} Civ., 21 mai 1996 : "...attendu qu'une clinique est présumée responsable d'une infection contractée par un patient lors d'une intervention pratiquée dans une salle d'opération, à moins de prouver l'absence de faute de sa part..." ; C. cass. 1^{er} civ., 16 juin 1998 : "...attendu... qu'une clinique est présumée responsable d'une infection contractée par le patient lors d'une intervention pratiquée dans une salle d'opération, à laquelle doit être assimilée une salle d'accouchement, à moins de prouver l'absence de faute de sa part..." ; C. cass., 1^{er} civ., 29 juin 1999 : "Attendu que le contrat d'hospitalisation et de soins conclu entre un patient et un établissement de santé met à la charge de ce dernier, en matière d'infection nosocomiale, une obligation de sécurité de résultat dont il ne peut se libérer qu'en rapportant la preuve d'une cause étrangère..."

⁴ Art. L. 1142-1.1 du Code de la santé publique (CSP) : "...Les établissements, services et organismes susmentionnés sont responsables des dommages résultant d'infections nosocomiales, sauf s'ils rapportent la preuve d'une cause étrangère".

⁵ Art. L. 1413-14 du CSP : "Tout professionnel ou établissement de santé ayant constaté ou suspecté la survenue d'un accident médical, d'une affection iatrogène, d'une infection nosocomiale ou d'un événement indésirable associé à un produit de santé doit en faire la déclaration à l'autorité administrative compétente.

⁶ Ces indicateurs devraient apprécier les moyens engagés par chaque établissement pour lutter contre les infections nosocomiales, la consommation annuelle de solutés hydroalcooliques employés pour l'hygiène des mains, le taux d'infections du site opératoire rencontré dans chaque service pour un certain nombre d'interventions chirurgicales de base, le taux de staphylocoques dorés résistant aux antibiotiques et la consommation d'antibiotiques par tranches de 1 000 jours d'hospitalisation.

appareils d'imagerie, pour la préparation cutanée avant tout acte de radiologie interventionnelle, et pour chaque type d'acte radiologique invasif habituellement pratiqué dans le service ; ces protocoles de préparation du patient avant les examens doivent être largement diffusés dans les services d'hospitalisation et systématiquement rappelés au personnel soignant lors de la prise de rendez-vous d'un acte vulnérant ;

- ces protocoles doivent avoir été établis en tenant compte de la réglementation et des recommandations de bonne pratique de spécialistes en hygiène hospitalière et notamment s'appuyer sur les avis du Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) ; Ils doivent comporter la liste du matériel et des produits nécessaires pour l'examen, détailler la procédure à suivre pas à pas pour le manipulateur et pour le radiologue, y compris pour le rangement, le nettoyage du matériel et l'évacuation des déchets et matériels à usages uniques septiques ou usagés. Enfin ces protocoles doivent être datés, signés et numérotés (y compris le numéro de version, le cas échéant) et largement disponibles dans la salle d'examen. Leur publication sur l'intranet de l'établissement (voire sur l'internet) est évidemment un moyen commode pour en assurer l'actualisation et la diffusion permanentes ;
- Il faut ensuite évidemment respecter les protocoles qui s'appliquent à l'acte effectué et écrire que cela a été fait. En cas d'exception, il importe de la justifier par écrit et, autant que possible, de l'expliquer au patient. En cas d'incident, il faut le signaler au patient et lui expliquer en détail les précautions à suivre et la surveillance nécessaire au décours de l'examen. Un document écrit peut être valablement ajouté aux explications verbales et un contact direct avec l'équipe soignante ou médicale qui reprend en charge le patient au décours de l'examen est hautement recommandable. Enfin, en cas de découverte ultérieure d'un risque nouveau inconnu lors de l'acte, ou d'une imperfec-



tion initialement méconnue, il importe de tout faire pour en informer les patients qui y ont été exposés⁷.

En pratique :

La difficulté évidente pour le radiologue hospitalier est donc de savoir jusqu'où prendre des précautions pour un examen donné : l'obligation de moyens impose d'assurer "...personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents..." (article 32 du Code de déontologie médicale (CDM), résultant du décret 95- 1000 du 6 septembre 1995), complété par les articles n°69 "*Chaque médecin est responsable de ses décisions et de ses actes.*" et n°71 "...*Il doit notamment veiller à la stérilisation et à la décontamination des dispositifs médicaux qu'il utilise et à l'élimination des déchets médicaux selon les procédures réglementaires. Il ne doit pas exercer sa profession dans des conditions qui puissent compromettre la qualité des soins et des actes médicaux ou la sécurité des personnes examinées...*"

Mais parallèlement, la maîtrise des coûts impose au médecin, selon l'article 8 du même CDM de "...limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité à la sécurité et à l'efficacité des soins." Dès lors, si le lavage soigneux des mains est évidemment toujours souhaitable -

éventuellement substituable par une décontamination des mains par une solution antiseptique hydroalcoolique- la question du port d'un masque, de lunettes, d'une calotte ou d'un bonnet, de couvres chaussures à usage unique, ou de l'usage d'une surblouse et de champs stériles peuvent se poser à la fois pour des raisons d'économie ou de rapidité et de précision de l'acte.

La réponse à ces questions ne peut plus être bricolée par le radiologue seul. Il doit pouvoir se référer à des référentiels validés de bonnes pratiques et, à défaut, à des avis d'experts (CLIN notamment, cf. ci-dessus).

Pour élaborer ses protocoles, le médecin hospitalier pourra également trouver un intérêt dans la lecture du "*Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé*" bien que celui-ci soit principalement destiné aux professionnels libéraux. Ce guide de 135 pages comporte de nombreuses références bibliographiques et adresses utiles, en plus des recommandations de bonnes pratiques évoquées dans le titre.

Dr Vincent HAZEBROUCQ
MCU-PH de radiologie (AP-HP et Université Paris 5)
Directeur du diplôme universitaire d'imagerie
médico-légale de l'Université Paris 5 René Descartes

Renseignements par mail :
vincent.hazebroucq@univ-paris5.fr

⁷ Art. L. 1111-2 du CSP : "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. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver. Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser..."