

# **Infections nosocomiales : la jurisprudence tunisienne**

**T. MASMOUDI<sup>1</sup>, M. ZEMNI<sup>1</sup>, M. K. SOUGUIR<sup>1</sup>**

---

**Mots-clés:** Infection nosocomiale, Responsabilité, Jurisprudence.

**TITLE: Nosocomial Infection: Tunisian Jurisprudence.**

**Key-words:** Nosocomial infection, Responsibility, Jurisprudence.

---

## **I. INTRODUCTION**

---

L'infection nosocomiale est aussi ancienne que les soins donnés aux malades. Elle peut faire engager aussi bien la responsabilité des médecins que celle des établissements. Face à ce type de risque médical, les tribunaux tunisiens se sont initialement tenus à la règle de la faute prouvée pour engager la responsabilité médicale avant d'assouplir progressivement les règles de la responsabilité compte tenu de la difficulté d'administrer la preuve de la faute.

## **II. RÉGLEMENTATION ET LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES**

---

### **II.1. Structures**

Au niveau national, l'arrêté du ministre de la santé publique du 29 avril 1999 a préconisé la mise en place d'un comité technique d'hygiène dans les structures sanitaires. Il s'agit d'un organisme consultatif qui a pour missions :

- ✓ L'évaluation de la situation en matière d'hygiène dans les structures sanitaires ;
- ✓ L'élaboration d'un programme national d'hygiène dans les structures sanitaires et ce dans le cadre d'une stratégie nationale en la matière.

Au niveau régional, la circulaire ministérielle n° 114/98 du 31 octobre 1998 a prévu la création d'une unité spécialisée d'hygiène hospitalière au sein du service régional d'hygiène du milieu et de l'assainissement, dont la mission est de :

---

1. Service de Médecine légale, Hôpital universitaire Farhat Hached, Avenue Ibn El Jazzar, 4000 SOUSSE (Tunisie).

- ✓ Promouvoir, entreprendre et réaliser toute recherche visant à connaître et à prévenir les infections nosocomiales ;
- ✓ Centraliser les données relatives à l'hygiène hospitalière et aux infections nosocomiales au niveau régional.

Au sein des établissements hospitaliers, la circulaire ministérielle n° 44 du 11 mai 2005, a prévu la mise en place de comités de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), spécifiques et en réseau, dont le rôle est la mise en place des mesures générales d'hygiène vis-à-vis du risque infectieux nosocomial (Dispositifs médicaux, Transmission interpersonnelle, Apports de contaminants par l'environnement).

## II.2. Normes d'hygiène et de sécurité

Des recommandations diffusées par voie de circulaires ministérielles et de cahiers de procédure ont été élaborées, elles concernaient :

- ✓ La sécurité transfusionnelle (Sélection des donneurs, dépistage des maladies transmissibles, traçabilité) ;
- ✓ Le lavage des mains ;
- ✓ La stérilisation du matériel médical ;
- ✓ La gestion des déchets hospitaliers.

## III. JURISPRUDENCE

### III.1. Ordre Judiciaire

La chambre civile de la cour de cassation tunisienne (arrêt n° 9446 du 12/12/1974) a rejeté le jugement de la cour d'appel de Tunis qui a engagé la responsabilité civile du médecin suite à l'amputation de la jambe de son patient. Pour se faire, elle a mis en avant les incertitudes qui se dégageaient du rapport d'expertise, quant à la cause de l'infection ayant donné lieu à l'amputation, pour affirmer que les juges de fond auraient dû établir la preuve que l'infection en cause était due à la négligence du médecin et nier par conséquent toute faute imputable à ce dernier.

Cette décision ancienne consacre l'obligation de moyens à laquelle est tenu le professionnel de la santé selon la jurisprudence tunisienne, cette position a été adoptée par les tribunaux tunisiens dès les années cin-

quantes. La responsabilité des professionnels ou des établissements de santé (secteur public ou privé) n'était mise en cause qu'en cas de faute avérée : l'absence de démonstration par le plaignant d'une faute imputable à l'établissement ou au professionnel de santé, le privant de tout droit à réparation [2].

Pour qu'une infection nosocomiale soit indemnisée, il faut qu'existe la triade : faute, dommage et lien de causalité entre la faute et le dommage.

Le patient doit établir :

- ✓ La réalité de l'infection (Symptomatologie, type de germe, traitement) ;
- ✓ Le mode de dissémination (Substance injectée, transmission d'un germe, défaut d'asepsie) ;
- ✓ Le dommage consécutif à l'infection.

Les fautes qui pourraient être reprochées aux professionnels de la santé sont schématiquement de deux types :

- ✓ Faute d'humanisme médical : Défaut d'information sur le risque nosocomial ;
- ✓ Faute de technique médicale : Défaut d'asepsie (personnel, locaux, matériel), Défaut d'isolement d'un malade contagieux, Défaut de surveillance des cathéters ou des sondes, Retard dans le diagnostic et la prise en charge d'une infection nosocomiale.

La cour d'appel de Tunis (arrêt n° 48788 du 29 avril 1998) s'est écartée de cette ligne de conduite en énonçant que « *Le médecin ne doit exposer le malade à aucun danger provenant de ce qu'il utilise comme outils de soins et appareillage ou de ce qu'il lui remet comme médicaments. En outre, il doit éviter de lui transmettre une autre maladie à l'occasion d'une transfusion sanguine ou pour toute autre cause.* » [1].

Il découle des motifs de l'arrêt que dans les cas exposés, la non réalisation du résultat suffit à engager la responsabilité du médecin qui ne peut s'en défaire qu'en prouvant le cas fortuit, la force majeure, ou la faute du malade qui a subi le dommage. Le médecin a été perçu par la cour d'appel de Tunis comme le gardien des outils et des appareils qu'il utilise et des médicaments et des substances qu'il administre au malade. Il en garantit les défauts et les imperfections.

Cette décision qui impose une obligation de sécurité de résultats au professionnel de la santé en matière

d'infection nosocomiale, ne tient pas compte du fait que cette dernière n'est pas toujours en rapport avec un manquement ou une faute, et que dans un certain nombre de cas, il s'agit d'un risque qui ne peut être maîtrisé, c'est-à-dire d'un aléa dont les conséquences n'ont pas à être supportés ni par le médecin ni par l'établissement de santé.

Il est à noter que cette décision de la cour d'appel de Tunis n'a pas été suivie et que les tribunaux civils restent attachés à la responsabilité fondée sur la faute aussi bien pour le professionnel de la santé que pour les établissements de santé.

### III.2. Ordre Administratif

En l'absence de faute prouvée, les tribunaux administratifs tunisiens font appel à l'artifice de la faute présumée pour engager la responsabilité médicale. La responsabilité de l'état est retenue sur la base de la faute présumée chaque fois qu'un patient est victime d'un préjudice dont le degré de gravité ne saurait découler de la cause pour laquelle il a été hospitalisé ou de l'examen qu'il a subi.

Dans un jugement (arrêt n° 412 en date du 25 février 1988), le tribunal administratif a condamné une maternité de Tunis à indemniser les parents d'un nouveau-né qui a contracté un tétanos après son accouchement : « ...les éléments de la responsabilité médicale sont réunis à savoir la faute, le dommage et le lien de causalité entre la faute et le dommage. Il s'agit d'une faute dans l'organisation du service, secondaire à la présence du bacille tétanique dans le matériel utilisé pour l'accouchement... ». Même si dans ce jugement, le tribunal administratif tente de sauvegarder les apparences d'une responsabilité classique, il présume en fait un défaut d'asepsie du matériel ayant servi pour l'accouchement [1].

En date 19 décembre 2001 (arrêt n° 33176), le tribunal administratif tunisien a condamné le ministère de la santé public à indemniser un patient qui a contracté une méningite à germe hospitalier et ce pour défaut de fonctionnement du service public. Il s'agissait d'un patient qui a présenté des fractures du bassin à la suite d'un accident de la circulation et qui a bénéficié d'une immobilisation au lit et d'un drainage vésical. Le montant de la réparation s'élevait à 24 500 dinars pour le préjudice physique et à 7 000 dinars pour le préjudice moral [1].

La règle de présomption de faute qui a pour effet d'inverser la charge de la preuve peut être combat-

tue par la production de tous éléments de preuve relatifs aux précautions et diligences déployées dans le service pour lutter contre les infections, non seulement le jour de l'incident, mais aussi d'une façon habituelle et/ou par la preuve d'une cause étrangère à l'hôpital.

## IV. INFECTION AU VIH

La décision du tribunal administratif n° 21192 en date du 16 avril 1999, a condamné l'état tunisien à indemniser les ayants droit d'un patient décédé d'un SIDA post-transfusionnel : « *Considérant qu'il ressort du dossier de l'affaire, une série de preuves affirmant la responsabilité de l'administration sur la base de la faute présumée que l'administration n'a pas pu infirmer* ». La faute qui a été présumée était une défaillance face à l'obligation du contrôle des produits sanitaires utilisés par l'établissement hospitalier et qui relevait du fonctionnement et de l'organisation du service et non de l'activité médicale.

Dans cette décision la faute de l'administration est présumée sans que soit recherché l'auteur de la faute à l'intérieur du service. La responsabilité de l'administration est retenue et ce quelque soit la cause du dommage occasionné à l'intérieur des établissements hospitaliers et quelque soit la qualité de l'agent public générateur de la faute.

Dans un jugement (n° 17552) en date du 25/02/2005, le tribunal administratif a franchi une nouvelle étape en énonçant l'obligation de sécurité de résultats en matière de transfusion sanguine et ce à la charge de l'état [3].

## V. CONCLUSION

Les professionnels et les établissements de santé, lorsqu'ils sont confrontés à une action en responsabilité liée à une infection nosocomiale, n'ont pratiquement aucune possibilité d'échapper à une condamnation face aux tribunaux administratifs. Par contre, les tribunaux judiciaires restent attachés à la responsabilité pour faute prouvée. Les règles de réparation du risque nosocomial devraient être harmonisées entre les secteurs public et libéral. En l'absence de faute, ce risque devrait être supporté par la solidarité nationale. ■

## VI. BIBLIOGRAPHIE

---

- [1] AOUI MRAD A. – *La responsabilité médicale*. Tunis. Centre de publication universitaire, 2006.
- [2] BEN MAHMOUD L. – L'assurance des risques liés aux soins médicaux. *Revue de la jurisprudence et de la législation*, 2005, 1, 9-42.
- [3] FERCHICHI W. – La contamination par le virus du SIDA devant le tribunal administratif. *Etudes juridiques*, 2003, 10, 287-303.