

## 2<sup>e</sup> Journée de formation Maurice-Rapin\* Infections nosocomiales : justice et société

**E**n introduction, le Pr B. Régnier (hôpital Bichat-Claude Bernard, Paris) a commenté l'évolution de la "judiciarisation" des infections nosocomiales (IN).

Depuis l'arrêt Cohen du Conseil d'État en 1988, appliquant la présomption de faute en matière d'infection microbienne contractée par un usager du service public hospitalier, la législation s'est enrichie dans le domaine des IN, notamment par la loi du 4 mars 2002, dite "loi Kouchner", puis celle de Santé publique en août 2004.

Une certaine incompréhension des professionnels de santé est apparue suite à "l'obligation de sécurité de résultats sauf à apporter la preuve d'une cause étrangère" citée par la loi, renforcée par l'effet de loupe médiatique de la sinistralité des IN. Une injustice est même ressentie devant l'effort accompli ces dernières années en matière de lutte contre les IN : la France se dote d'indicateurs nationaux et semble avoir rattrapé le retard qu'elle pouvait présenter dans ce problème de santé publique.

L'Institut Maurice-Rapin a voulu contribuer à ce débat de société en faisant se rencontrer tous les acteurs, magistrats, médecins, assureurs, usagers, afin d'envisager tous les points de vue :

- ✓ système d'indemnisation versus réparation ;
- ✓ analyse de la cause étrangère de façon juridique ou médicale ;
- ✓ retentissement humain positif ou à effet pervers.

### Session 1 État des lieux des responsabilités

**Madame D. Thouvenin** (professeur de droit, université Paris-VII, Denis-Diderot) a présenté "**Les modalités d'indemnisation envisageables des IN**". Il n'existe pas de droit spécial de responsabilité médicale qui serait dérogoratoire au droit commun, mais différentes règles de qualification sont à disposition, permettant de dire s'il y a responsabilité. Lorsqu'une personne objet des soins estime avoir subi un préjudice, elle peut deman-

der réparation. Aucun système automatique d'examen de la responsabilité ne s'enclenche, et la personne doit donc avoir une stratégie de choix :

- ✓ saisine de la juridiction civile ou judiciaire : indemnité (dommages et intérêts) ;
- ✓ saisine de la juridiction pénale : réparation avec sanction.

L'application dépend de la nature de la relation liant le patient au système de soin : juridiction civile pour individu responsable ou établissement privé, juridiction administrative pour établissement-personne morale.

L'IN est définie par le Comité technique national des IN (CTIN) comme "toute infection qui apparaît au cours ou à la suite d'une hospitalisation alors qu'elle était absente à l'admission dans l'établissement de santé". Elle est l'un des "risques sanitaires résultant du fonctionnement du système de santé" visés par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 au titre de la réparation de leurs conséquences dommageables ; celle-ci, à l'instar de l'accident médical et de l'affection iatrogène, est l'objet de règles et de procédures d'indemnisation nouvelles issues de cette loi. Mais sa reconnaissance juridique est également liée au débat né en 1992, aboutissant à l'idée d'une répartition de la charge financière des accidents médicaux selon qu'ils relèvent d'une faute ou du risque. Cette distinction a été présentée pour la première fois dans la déclaration du 14 octobre 1992 des médecins libéraux sur le risque médical, dont la conclusion était que "le *risque*, préventif, diagnostique ou thérapeutique, non lié à une faute qui, lorsqu'un acte médical a eu des conséquences anormales, constitue l'*aléa médical*, doit recevoir une juste compensation dans le cadre de la *solidarité nationale*".

**Claude Evin**, rapporteur à l'Assemblée nationale, a cassé cet avis concernant l'IN : **l'infection nosocomiale n'est plus constitutive de l'aléa thérapeutique**, elle est toujours imputable à une faute, ou défaillance, dans la sécurité de prise en charge du patient. Ces règles juridiques d'indemnisation doivent être examinées en tenant compte de la mise en place d'un nouveau mode de règlement, celui de la "procédure de règlement amiable en cas d'accidents médicaux, d'affections iatro-

\* Paris, 24 juin 2005.

gènes ou d'infections nosocomiales", avec la mise en place des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des infections iatrogènes et des infections nosocomiales (CRCI). Le règlement amiable est une procédure qui s'ajoute à celles préexistantes ; elle n'est pas une alternative aux recours juridictionnels. Pour déterminer la voie la plus adéquate, il est nécessaire de prendre en considération la nature de l'IN – fautive ou pas – et la hauteur du dommage – inférieur ou supérieur au taux fixé par la loi, soit 25 % d'IPP. Ce seuil minimal définit la compétence de la CRCI. Par ailleurs, au-delà de ce seuil et en l'absence de faute, l'indemnisation sera assurée au titre de la solidarité nationale (Office national d'indemnisation des accidents médicaux [ONIAM]). Pour la juriste, la complexité à "géométrie variable" des procédures constitue un handicap pour les usagers.

► **Questions.** Des précédents rapportent des affaires d'infections nosocomiales saisies en pénal : y a-t-il avantage pour les victimes à choisir d'emblée le système pénal ?

Ce n'est pas plus rapide, ni moins coûteux pour la victime, car les frais d'avocat restent à sa charge. L'accessibilité au dossier, en revanche, semble facilitée.

## Session 2 Évolution des plaintes et des contentieux

Deux points de vue sont présentés selon le type de juridiction, judiciaire ou administratif : **"Le bilan des contentieux pour infections nosocomiales à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris"** (AP-HP) est rapporté par **J.M. Morin** (directeur des affaires juridiques et des droits du patient, AP-HP). Le régime de responsabilité auquel est soumise l'AP-HP en cas d'infections nosocomiales est fondé sur la loi du 4 mars 2002 (article L.1142-1-I alinéa 2 du Code de la santé publique). Selon cette disposition, *"Les établissements sont responsables des dommages résultant d'infections nosocomiales, sauf s'ils rapportent la preuve d'une cause étrangère"*. Les cas concrets résultant des dossiers de l'AP-HP participent à la construction jurisprudentielle. Dans un premier temps, la jurisprudence administrative estimait que le seul constat d'IN suffisait, puis, dans un second temps, certains assouplissements sont intervenus :

- ✓ critère d'exonération fondé sur le caractère "endogène" de l'infection ou, plus récemment, sur la prédisposition du patient à développer une IN (notion d' "état antérieur") ;
- ✓ voie légale par la création d'une CRCI par la loi du 4 mars 2002.

Le bilan des contentieux pour IN à l'AP-HP est passé de 42 dossiers en 2003 à 22 dossiers en 2004, tandis que les réclamations amiables totalisaient 72 dossiers en 2003 et 67 en 2004. Les contentieux relatifs aux IN paraissent assez peu nombreux par rapport à la masse des dossiers de responsabilité médicale, mais ils figurent probablement parmi les plus marquants. L'AP

bénéficie d'un statut particulier et est son propre assureur. La volonté de dialogue avec les usagers et la reconnaissance rapide de la responsabilité débouchent sur une minoration de 20 % du coût par rapport au traitement contentieux. La part des IN dans le montant global des indemnisations pour l'AP-HP a évolué, passant de 13,2 % en 2003 à 18,5 % en 2004 et à 17,4 % de janvier à mai 2005, et semble stable actuellement.

● **"Le point de vue des assurances"** est présenté par **B. Guimbaud** (secrétaire général de la SHAM – organisme assureur d'un échantillon important et représentatif des établissements de soins français [95 % des CHU, 80 % des établissements publics, 50 % des établissements privés à but non lucratif, 20 % des établissements privés]). Depuis 1997, où la SHAM enregistre trois déclarations d'IN pour 10 000 lits en médecine chirurgie obstétrique (MCO) assurés, la sinistralité croît de façon linéaire : environ 5 % par an pour atteindre, en 2003, 22 déclarations pour 10 000 lits MCO assurés. Un décrochage est constaté en 2004, sans doute causé par la possibilité de saisine des CRCI. Il n'existe toutefois pas, de l'avis de l'orateur, de dérive jurisprudentielle dite "à l'américaine", car le rapport rejet de responsabilité/responsabilité reste stable. L'augmentation de la sinistralité inquiète les assureurs et peut être expliquée par :

- ✓ l'importance du réservoir des IN : prévalence à 6,9 % en 2001 ;
- ✓ des raisons juridiques, puisque le régime de responsabilité issu de la loi du 4 mars 2002 entraîne la responsabilité de l'établissement de santé en cas d'IN.

La définition de l'IN établie par le CTIN dans un but épidémiologique rend central le lieu d'acquisition ; or, au plan médico-légal, lieu d'acquisition et lien de causalité ne sont pas bien différenciés : la cause d'une IN chez un malade sérieusement immunodéprimé hospitalisé est, le plus souvent, non pas l'hospitalisation, mais l'immunodépression.

De même, la définition de la cause étrangère reste à préciser :

- ✓ Fait de la victime ? Par exemple non-respect des précautions, hygiène douteuse.
- ✓ Fait d'un tiers ? Les médecins libéraux exerçant dans des établissements de santé peuvent-ils être considérés comme des tiers pour les établissements ?
- ✓ Force majeure : imprévisible, extérieure et irrésistible.

Le rôle de l'assureur est de porter les contentieux auprès des magistrats, pour faire évoluer la haute juridiction. En conclusion, il est nécessaire aujourd'hui d'établir un nouveau cadre juridique d'indemnisation des IN en mettant à la charge des établissements de santé les infections qui sont la conséquence des soins et qui étaient évitables par des mesures d'hygiène ou par des démarches qualité appropriées.

● **“L’expérience des experts”** est exposée par **J.M. Desmonts** (*hôpital Bichat-Claude Bernard, Paris*)

Les missions de l’expert, désigné par le magistrat, sont habituellement de :

- ✓ Préciser les motifs de l’hospitalisation et les conditions dans lesquelles la victime a fait l’objet d’actes de prévention, de diagnostic ou de soins.
- ✓ Décrire les examens pratiqués et dire s’ils ont été faits en conformité avec les données de la science.
- ✓ Dire si toutes les précautions ont été prises et, dans la négative, analyser les défaillances.
- ✓ Décrire les lésions et évaluer les séquelles.

L’expertise dans le cadre d’une IN nécessite alors plusieurs étapes :

- ✓ affirmer le caractère nosocomial de l’infection : survenue au-delà de 48 heures d’hospitalisation ;
- ✓ préciser son origine exogène ou endogène ;
- ✓ décrire les manifestations ;
- ✓ établir de façon peu discutable la relation entre cette infection et le préjudice ;
- ✓ identifier les pathologies associées et leur incidence sur le processus nosocomial ;
- ✓ analyser les procédures d’hygiène, de prophylaxie anti-infectieuse de l’établissement et du traitement de l’infection. Des cas pratiques de dossiers judiciaires illustrent la démarche de l’expertise et l’analyse des juges.

◆ **Cas n° 1.** Il s’agit d’un homme de 36 ans, aux antécédents de diabète et d’hypertension, présentant une intoxication alcoolique-tabagique, et qui est hospitalisé pour cholécystectomie. Une pneumopathie d’inhalation survient le lendemain de l’intervention et le patient est placé sous ventilation assistée. Une septicémie à point de départ du cathéter veineux est diagnostiquée avec thrombophlébite suppurée à *Escherichia coli*. À l’issue du séjour hospitalier prolongé en réanimation, une sténose trachéale et une insuffisance respiratoire subsistent.

Ce cas présente une pneumopathie postopératoire ne rentrant pas dans les critères d’IN (survenue avant 48 heures d’hospitalisation) ; la septicémie sur cathéter est nosocomiale, mais n’a pas eu de séquelle. Le jugement rendu en avril 2005 a conclu à l’absence de faute et le patient est débouté.

◆ **Cas n° 2.** Il s’agit d’une femme de 62 ans qui, en septembre 1994, présente des signes neurologiques conduisant au diagnostic de lymphome cérébral. Elle est traitée par corticothérapie et, en octobre 1994, survient un coma acido-cétosique pour lequel elle est réhospitalisée. Deux jours plus tard, elle fait une septicémie, qui est traitée efficacement. Son état s’aggrave au plan neurologique et elle présente à nouveau de la fièvre dans un

contexte d’aspergillose pulmonaire ; elle décède de cause neurologique au 24<sup>e</sup> jour de réanimation. L’infection présentée rentre dans le cadre nosologique d’IN, mais le décès est en relation avec le lymphome cérébral.

◆ **Cas n° 3.** Il s’agit d’un homme de 72 ans chez qui est mise en place une prothèse totale de genou ; il reste sondé 72 heures en postopératoire et développe de la fièvre au bout de 7 jours ; une infection urinaire à *Enterococcus faecalis* est traitée, et il est dirigé en centre de rééducation fonctionnelle. L’hyperthermie persiste et des signes inflammatoires apparaissent au niveau du genou opéré ; il est réadmis à l’hôpital où une reprise chirurgicale avec lavage-excision est faite à J14, sans documentation microbiologique. À J15, une infection du cathéter veineux jugulaire est suspectée devant un site d’insertion inflammatoire (culture du cathéter stérile) et le malade décède d’un choc septique. Seule une infection urinaire a été documentée microbiologiquement. Cependant, la prise en charge peut être critiquée dans la mesure où le patient est sorti en rééducation fonctionnelle, alors qu’il était fébrile et qu’aucune hémoculture n’a été pratiquée.

Ces dossiers illustrent les difficultés et la variabilité d’interprétation du caractère nosocomial malgré l’application de la définition du CTIN. De plus, l’incertitude quant à la durée d’incubation de certaines infections complique l’analyse de l’expert.

Les pistes principales de raisonnement sont la relation entre préjudice et infection nosocomiale, en évaluant sa gravité et la nature endogène ou exogène de l’infection.

**M. Pelier** (*magistrate de l’ordre judiciaire, présidente de CRCI de la région Bretagne – Pays de la Loire, Basse-Normandie et Ile de la Réunion*) a développé le rôle des CRCI, créées dans chaque région suite à la loi du 4 mars 2002. Ce sont des autorités administratives indépendantes, fonctionnant dans le cadre d’une procédure simplifiée. Elles sont présidées par un magistrat de l’ordre judiciaire ou de l’ordre administratif, et composées de vingt représentants titulaires et de six suppléants nommés par le préfet : usagers, professionnels de santé, responsables d’établissements, ainsi que des membres représentant l’ONIAM et les entreprises d’assurances.

La procédure est attractive par sa forme : facilité de saisine, rapidité de traitement (moins d’un an) et gratuité (le financement est pris en charge par la solidarité nationale).

Le dispositif est efficace au fond en ce qu’il tend :

- ✓ pour les victimes, à une réparation intégrale de leurs préjudices ;
- ✓ pour les médecins, à éviter d’abord le recours des victimes à la voie pénale, et aussi à ralentir la progression des primes d’assurance.

Les CRCI constituent en outre un “guichet unique”, que l'établissement de soins soit privé ou public. Des limites légales encadrent le recours aux CRCI :

- ✓ survenue postérieure au 5 septembre 2001 ;
- ✓ accès limité à un taux seuil : IPP > 25 % ou ITT d'au moins 6 mois (ce dernier point impose la fourniture de fiches de paye ou de justification de revenus, ce qui pose le problème des enfants, des agriculteurs, des chômeurs, etc.), ou incapacité temporaire fonctionnelle, ou troubles particulièrement graves retentissant sur les conditions d'existence.

Depuis la loi About du 30 décembre 2002, la prise en charge par l'ONIAM intervient à la place des assurances en cas de décès ou d'IPP > 24 %, mais l'ONIAM peut avoir une action récursoire contre l'établissement en cas de faute.

### Session 3 Évitabilité des IN et notion de la cause étrangère

**I. Lucas-Baloup** (*avocat, Paris*) donne l'approche juridique de la “cause étrangère”.

La notion de “cause étrangère” n'est pas apparue avec la loi du 4 mars 2002 : elle était déjà définie sur le fondement de l'article 147 du code civil et a évolué selon la jurisprudence.

Elle est définie par des caractères de force majeure qui sont trois critères cumulatifs (et non pas alternatifs) : imprévisibilité, irrésistibilité ou évitabilité, extériorité (au contrat).

Mais, comme le rapporte F. Defferard, s'agissant de l'intégrité physique, “la preuve de la « cause étrangère » n'est pas expressément interdite dans son principe, mais elle n'est jamais accueillie en pratique”. Effectivement, on ne trouve aucune exonération en raison de la cause étrangère en matière d'IN parmi les derniers arrêts de 2002-2003.

Faut-il modifier la définition de la “cause étrangère” ? Un arrêt du 10 juin 1998 dit qu'une maladie irrésistible constitue, en soi, un événement de force majeure, bien que n'étant pas extérieure au malade (disparition du critère de l'extériorité ?). “L'irrésistibilité de l'événement suffirait, à elle seule, à invoquer la cause étrangère, lorsque sa prévision ne saurait permettre d'en empêcher les effets, sous réserve que le débiteur ait pris toutes les mesures requises pour éviter la réalisation de l'événement dommageable”. Mais, en raison des lois des 4 mars et 30 décembre 2002, la preuve de l'absence de faute, dans le domaine des IN, n'exonère pas l'hôpital public ou privé de sa responsabilité (obligation d'indemniser). La juriste considère comme préférable de faire évoluer la juridiction de l'IN plutôt que de tenter de changer la définition de la cause étrangère.

L'approche médicale de la “cause étrangère” est exposée par **J. Carlet** (*hôpital Saint-Joseph, Paris*)

Le terme de “cause étrangère” est complexe au plan sémantique et au plan médical. Il pourrait évoquer une cause non modifiable par l'établissement de soins, plutôt extérieure au couple patient-hôpital. Derrière le mot “étrangère”, il y a bien sûr le concept d'évitabilité. La légionellose nosocomiale, bien que liée à des bactéries étrangères à l'hôpital (eau de ville), peut être évitée en grande partie. Le Comité technique national des IN et des infections liées aux soins (CTINILS) a pour projet une redéfinition des IN. Ce terme n'est plus employé aux États-Unis, et on y parle d'infection associée au système de soins (IASS), de cause soit environnementale (E), soit soins (S). À travers quelques exemples, J. Carlet a illustré la difficulté d'analyse des IN en reprenant les critères de nosocomialité/évitabilité (*tableau 1*).

Il existe un bruit de fond considérable de “nosocomialité”. Il est nécessaire de sensibiliser la population au portage endogène de milliards de germes et de souligner le rôle de cette flore commensale. Il faut également discuter le bénéfice individuel direct de l'effet délétère sur la société : par exemple, poser le problème de l'antibioprophylaxie en réanimation (à partir de quel risque doit-on mettre en place une recommandation de prévention et de détection précoce). Ce sont tous ces concepts difficiles qui sont pour le médecin derrière les termes “cause étrangère” ou évitabilité.

### Session 4 Société et soignants

**A.M. Ceretti** (*association d'usagers, “le Lien”, Paris*) reprend la chronologie des événements de ces dernières années concernant les IN. La loi du 4 mars 2002 a changé la situation pour les établissements privés et les médecins libéraux qui y exercent, puisque la jurisprudence établissait une responsabilité conjointe entre les chirurgiens et les établissements privés en cas d'IN. Depuis la loi, seul l'établissement est responsable. Les médecins ne sont donc plus, depuis la loi Kouchner, susceptibles de voir leur responsabilité mise en cause dans le cadre d'une IN, alors qu'aucune faute n'est démontrée. Mais quelques jours après le vote de la loi, l'ensemble des médecins libéraux ont constaté une forte augmentation de leur prime d'assurance en responsabilité professionnelle. Fin juin 2002, ACE, assureur américain très implanté en France auprès des cliniques et des médecins libéraux, dénoncera leurs contrats. En octobre 2002, le gouvernement organise une table ronde regroupant l'ensemble des acteurs : assureurs, syndicats professionnels, associations d'usagers. Les assureurs français estiment que, au vu de la loi du 4 mars 2002, les IN sont inassurables. De plus, les compagnies d'assurances exigent l'appel en garantie sur la base de la date de la réclamation (ce que les spécialistes appellent : *claims mad*) et non plus sur la date du fait générateur ou “sinistre”. Le 30 décembre 2002, la loi dite “About” permet aux assureurs, à

**Tableau I. Cas cliniques avec analyse des critères de nosocomialité/évitabilité.**

Cas	Nosocomial	IASS	Mortalité attribuable	Évitabilité	Cause étrangère
F, 78 ans, assez bon état général, hospitalisée pour bilan de LLC sans traitement - PNP à légionelle à J7, décès	Oui	Oui Environnement	Élevée	Oui	?
H, 40 ans, hyperthermie, état de choc gravissime - PNP à <i>Aspergillus</i> , décès	Oui/non	Oui Environnement	Quasi nulle	?	?
H, 18 ans, accident de moto polytraumatisé grave Coma et choc hémorragique PNP à pneumocoque à J3, guérison	Oui	Non	Sans objet	Oui Antibiotique en prophylaxie (non validé)	Oui
H, 75 ans, bon état général, porteur nasal de SASM Infection du site opératoire à J21	Oui	Oui Soins	Sans objet	?	?
F, 95 ans, démence avec trouble de déglutition - Alimentation semi-liquide PNP d'inhalation, décès.	Oui	Non	Élevée	?	Oui

F : femme ; H : homme ; LLC : leucémie lymphoïde chronique ; PNP : pneumopathie.

partir du 1<sup>er</sup> janvier 2003, d'établir des contrats RC de ce type "claims mad ou base reclamation". En outre, le partage des conséquences financières des IN est redéfini : à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2003, pour les infections nosocomiales dont les conséquences laissent une invalidité inférieure à 25 %, l'assureur sera appelé en garantie ; pour les autres, c'est la solidarité nationale, c'est-à-dire l'ONIAM, qui indemniserait la victime ou sa famille en cas de décès ou d'IPP > 25 %, sauf si une faute à l'origine de l'infection peut être démontrée (action récursoire de l'ONIAM contre l'établissement). Le bilan d'activité de l'ONIAM est diffusé publiquement. Les établissements concernés peuvent ainsi apparaître sur une même "liste noire", que l'IN relève d'une faute ou non. Le sentiment d'insécurité est dû aussi à la médiatisation importante des IN ces trois dernières années. De ce point de vue, l'"effet Guillaume Depardieu" a été significatif. De plus, la situation "juridico-assurantielle" est particulièrement complexe : la loi du 4 mars 2002 est rétroactive de six mois et s'applique donc à partir du 5 septembre 2001. La loi du 30 décembre 2002 n'est pas rétroactive et s'applique à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2003. Une infection nosocomiale peut être aujourd'hui, compte tenu des délais de prescription, traitée par trois régimes juridiques différents, selon sa date de survenue : si l'infection a été contractée à l'occasion d'un acte de chirurgie en clinique privée avant le 5 septembre 2001, le chirurgien et la clinique seront appelés en garantie. Si cette même infection est intervenue entre le 5 septembre 2001 et le 31 décembre 2002, seul l'établissement, qu'il soit public ou privé, sera appelé en garantie, et les conséquences de l'infection seront supportées intégralement par l'assureur. Enfin, si cette infection est survenue après le 31 décembre 2002, dans un établissement public ou privé, l'assureur ne prendra les conséquences de l'infection que si celle-ci a entraîné une invalidité inférieure à

25 %... Pour A.M. Ceretti, cette confusion est entretenue par une politique tarifaire des assureurs plus en lien avec les pertes accumulées des dernières années sur les marchés financiers qu'avec la hausse des contentieux médicaux.

**En conclusion**, la situation actuelle vécue par les professionnels de santé est transitoire. Les bénéfices de la loi du 4 mars 2002 et du 30 décembre 2002 ne se feront sentir que courant 2006, voire 2007.

**S. Beloucif** (médecin, membre du Conseil national d'éthique) a abordé l'aspect sociologique de la relation médecin-malade : **"Protéger les malades ou s'en protéger"**.

Trois périodes peuvent être distinguées, avec des représentations différentes du médecin par l'utilisateur :

- 1 *Le médecin sorcier* : le diagnostic de la maladie apparaît comme une fatalité.
- 2 *Le médecin technicien*, de plus en plus compétent : période de développement de la protection sociale et de la généralisation de l'accès aux soins.
- 3 *Le médecin ingénieur* de maintenance, dont on attend une obligation de résultat avec un risque devenu inacceptable.

Peu à peu, la société oublie la fragilité de l'homme malade. Or les médecins veulent continuer à soigner tous les malades, sans discrimination. Nous sommes passés d'une logique paternaliste à une logique contractuelle, avec ses dérives consuméristes.

Il faut revenir à une approche globale et générale du risque et se souvenir que le premier risque du soin serait l'absence de soin.

D. Vanjak, Paris