

## « LE LIEN et l’OMS, ensemble pour la sécurité des patients »

### **Paris, le 25 novembre 2014 LE LIEN en collaboration avec l’Organisation Mondiale de la Santé :**

L’association LE LIEN, en collaboration avec l’OMS, a organisé à l’Assemblée Nationale, dans le cadre de la 4<sup>ème</sup> édition de la semaine de la sécurité des patients, un colloque commun réunissant des représentants d’usagers, des professionnels de santé, des représentants des institutions et des décideurs publics en santé.

À cette occasion, pour la première fois en France, l’OMS a présenté son programme sur l’engagement des patients et des familles pour la sécurité des patients. Pour l’OMS, il s’agit de susciter au plan mondial une mobilisation des patients et de leurs familles pour l’amélioration de la sécurité et de la qualité des soins. Pour cette première présentation, en France, l’OMS a choisi de s’appuyer sur LE LIEN dont elle a pu mesurer l’implication et l’audience dans ce domaine.

LE LIEN ne pouvait que se reconnaître dans cette démarche et y adhérer, dans la mesure où elle correspond très exactement à ses propres engagements depuis près de deux décennies.

### **Ouverture du colloque**

**M. Alain-Michel Céretti, Fondateur du LIEN**



M. Alain-Michel Céretti remercie les représentants de l’OMS d’avoir choisi LE LIEN pour co-organiser ce colloque, à Paris et dans les locaux de l’Assemblée Nationale. Il remercie aussi M. Hervé Féron, député de Meurthe-et-Moselle de les accueillir dans ce lieu prestigieux.

L’objectif de la journée est de découvrir le programme que l’OMS développe internationalement en faveur de la sécurité du patient « *Patients for patient Safety*, ceux et celles qui le portent, et au-delà, d’approcher la façon dont la France travaille sur le sujet avec les élus, les institutions et le monde associatif.

M. Alain-Michel Céretti passe la parole à M. Hervé Féron.

## Discours introductif

### M Hervé Féron, Député de Meurthe-et-Moselle



« Merci monsieur Céretti,  
Mesdames, messieurs,

*J'éprouve un véritable honneur aujourd'hui à l'idée d'introduire ce colloque qui réunit, par-delà les frontières, des spécialistes émérites dans le domaine de la santé. Le fait que nous soyons ici réunis prouve que nous sommes tous conscients d'une chose : si la santé est déjà l'affaire de tous, le problème de la sécurité des patients doit aussi le devenir.*

*Je tiens à souligner le remarquable travail accompli par les membres du Lien, cette association qui s'engage depuis près de deux décennies pour l'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins. Avec Mme RICHON et M. CERETTI, nous avons eu au cours de ces derniers mois des échanges cordiaux et fructueux, et je les remercie vivement d'avoir été avec l'Organisation Mondiale de la Santé à l'initiative de ce colloque qui, je l'espère, verra naître les prémices d'une collaboration internationale sur ce sujet qui nous mobilise depuis plusieurs années.*

*Chaque année dans le monde, des centaines de milliers de personnes subissent des dommages et parfois même décèdent de causes liées aux soins médicaux. Rien qu'en France, 4500 personnes en meurent chaque année, soit autant que par accidents de la route.*

*Il paraît aberrant de penser qu'une personne puisse sortir de l'hôpital en moins bonne santé qu'elle n'y était entrée. C'est malheureusement souvent le cas. En France, 7 % des hospitalisations se compliquent d'une infection nosocomiale, soit environ 750 000 cas sur les quinze millions d'hospitalisations annuelles.*

*Il en résulte un coût humain bien sûr, mais aussi financier pour nos systèmes de sécurité sociale. Les infections nosocomiales généreraient ainsi un surcoût annuel estimé entre 2,4 et 6 milliards d'euros pour notre pays. Par ailleurs, l'existence notoire de risques en milieu hospitalier alimente la peur des patients et de leurs familles vis-à-vis des services de santé. Cette situation participe d'une diminution de la confiance envers le personnel, les professionnels de santé, mais également les institutions nationales, dont je suis l'un des représentants aujourd'hui.*

*Partant de ce constat, la qualité des soins et la sécurité des patients doivent constituer une priorité de santé publique, et nous devons nous doter de moyens de lutte efficace contre les infections nosocomiales. C'était le sens de la réponse que Mme la Ministre de la Santé m'avait faite à l'Assemblée en 2013, alors que je l'interrogeais plus précisément sur l'utilisation du cuivre antibactérien.*

*Je souhaiterais attirer votre attention sur ce point, au vu de l'intérêt particulier que représentent les surfaces de contact ou alliages en cuivre en matière de lutte antibactérienne.*

*De nombreuses études scientifiques ont été menées en la matière, prouvant notamment que 99% des principales bactéries responsables des infections nosocomiales, même très résistantes aux antibiotiques, meurent en moins de deux heures au contact d'une surface cuivrée.*

*Par ailleurs, l'usage du cuivre permettrait de réduire de plus de 40% l'incidence des infections nosocomiales, comme l'a montré le Professeur Michael Schmidt de l'Université de Caroline du Sud.*

*Des expérimentations in situ menées à travers le monde ont permis de confirmer ces données scientifiques. En France, les Centres Hospitaliers de Rambouillet et d'Amiens se sont équipés d'installations en cuivre. Les résultats de cette expérimentation, récemment dévoilés, ne laissent pas de place au doute. Le cuivre a permis de faire baisser significativement la présence de bactéries au sein du service néo-natalité du CHU d'Amiens, tandis qu'à Rambouillet, le taux d'acquisition de bactéries multi-résistantes par les patients du service de réanimation a diminué pendant toute la durée de l'expérimentation. Dans cette même dynamique, cinq EHPAD de Champagne-Ardenne ont annoncé cette année leur volonté de s'équiper de cuivre, en donnant le coup d'envoi de la plus grande expérimentation menée à ce jour sur le cuivre en établissement de santé.*

*Nous aurons l'occasion de creuser plus avant le sujet du cuivre antibactérien au moment du débat sur la sécurité des soins qui aura lieu à 14h. Ne pouvant malheureusement pas être parmi vous à ce moment, j'ai chargé ma collaboratrice de me transmettre toutes les informations qui ne manqueront pas de m'intéresser sur ce sujet qui me tient particulièrement à cœur.*

*A plusieurs reprises en effet, j'ai interpellé le Ministère de la Santé. J'ai notamment suggéré d'équiper d'éléments en cuivre les services de dix hôpitaux français particulièrement soumis aux infections nosocomiales, pour mener sur trois ans une expérimentation, assortie d'une évaluation sur les résultats obtenus en termes d'effet sur la santé publique mais également sur l'économie de la santé. Tout récemment, j'ai souhaité m'entretenir avec la Ministre de l'urgente nécessité de reconnaître l'efficacité du cuivre antibactérien contre les maladies nosocomiales, pensant que le Projet de Loi de santé publique présenté le 16 octobre dernier en Conseil des Ministres représenterait une occasion parfaite.*

*Pour nous saisir de cet indispensable outil de santé, je suis persuadé que les directions d'hôpitaux, les institutions techniques et les responsables politiques, partagent une grande responsabilité.*

*Nous ne pouvons nous priver de l'innovation dans le domaine de la sécurité des patients et dans celui de la santé en général.*

*Je forme avec vous l'espoir que notre message soit entendu par les plus hautes instances nationales, pour qu'à terme chaque citoyen puisse bénéficier de la meilleure protection possible contre les maladies nosocomiales.*

*Permettez-moi de vous raconter une anecdote. A l'Assemblée nationale, dans l'hémicycle, les députés s'expriment tour à tour dans un micro de couleur rosée, qui est indéniablement en cuivre. Pourquoi, en tant que député, parlerais-je dans un micro en cuivre me protégeant de tout risque de contagion, tandis que la majorité des gens, elle, serait exposée à ce risque ?*

*Pour finir, je souhaiterais vous lire ces quelques mots, qui m'ont été transmis par la Ministre de la Santé. N'ayant pas pu se libérer, elle a souhaité, de cette façon, témoigner son intérêt pour notre démarche. »*

## **Message de la Ministre**

**Mme. Marisol Touraine, Ministre des affaires sociales, de la Santé et des droits de la femme**

*« Monsieur le député, cher Hervé Féron,  
Madame la présidente du LIEN,  
Mesdames et Messieurs les membres du Conseil d'Administration,  
Mesdames et Messieurs,  
Chère Claude Rambaud, dont je connais l'engagement historique au sein du Lien et que je suis heureuse de saluer.*

*Je regrette de ne pas pouvoir être présente parmi vous mais je tenais à vous adresser ce message. Permettez-moi tout d'abord de souligner l'engagement de l'association LE LIEN, association de défense des patients et des usagers de la santé. Je sais qu'elle œuvre depuis des années, avec conviction et efficacité, pour défendre les victimes d'accidents médicaux et plus particulièrement les victimes d'infections nosocomiales. Elle les représente devant les différentes institutions de santé et autorités administratives pour promouvoir la sécurité des soins et la qualité de la prise en charge*

*Je suis heureuse de la présence parmi vous de représentants de l'organisation mondiale de la santé. L'OMS a fait de la sécurité des patients une de ses priorités avec les campagnes sur l'hygiène des mains, ou encore la sécurité au bloc opératoire. Enfin, l'OMS se mobilise face au défi mondial majeur qu'est l'antibiorésistance.*

*Depuis des années, la France est fortement impliquée dans ces actions (lutte contre les infections nosocomiales, combat contre la iatrogénie, promotion du bon usage des médicaments...).*

*La sécurité sanitaire et la qualité des soins sont pour moi des priorités. Ce sont des axes stratégiques sur lesquels mon Ministère est totalement mobilisé. Ma principale préoccupation, c'est que le patient soit l'acteur principal de son parcours de soins. L'ensemble des professionnels de santé doit se coordonner autour des besoins du patient et garantir la qualité et la sécurité de ses soins. Si des événements indésirables liés aux soins surviennent, ils doivent être rapidement identifiés, efficacement gérés et demain mieux prévenus.*

*Cette ambition impose de mobiliser tous les acteurs de la santé : les professionnels, les patients, mais aussi les associations et les élus. Les professionnels doivent être toujours mieux formés et informés sur la sécurité des soins. Enfin, nous devons soutenir la recherche et l'innovation. Ce sont les ambitions du Programme national pour la sécurité des patients.*

*Vous le savez, le programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013 est arrivé à échéance en décembre 2013 et son évaluation a été réalisée par le Haut Conseil en Santé Publique en 2014. Dans la perspective de l'élaboration du nouveau programme, je soutiendrai des orientations tenant compte du parcours de soins du patient dans sa globalité et impliquant les établissements de santé, les établissements médicaux-sociaux et les médecins de ville.*

*Le groupe piloté par le Professeur Brun-Buisson a proposé des axes forts :*

- *Développer la prévention des infections acquises liées aux soins tout au long du parcours de santé, en impliquant les patients et les résidents des établissements*
- *Renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance dans l'ensemble des secteurs de l'offre de soins, c'est une priorité nationale.*
- *Réduire les risques infectieux associés aux actes invasifs.*

*Ce nouveau programme n'est pas encore figé, il aboutira à sa forme finalisée d'ici la fin de l'année. Nous souhaitons qu'il soit pérenne et que les professionnels des trois secteurs couverts (sanitaire, ambulatoire et médico-social) se l'approprient. Je souhaite aussi une mise en cohérence des programmes et plans existants : programme national de prévention des infections, plan national d'alerte sur les antibiotiques et programme national de sécurité du patient.*

*La stratégie nationale de santé nous donne un cadre d'action pour les années à venir. J'ai annoncé dans le projet de loi relatif à la santé, une réforme des agences avec la création d'un grand institut de santé publique ayant une approche globale des enjeux de veille et de prévention sanitaire. Nous allons par ailleurs réorganiser le dispositif des vigilances en nous appuyant sur les recommandations des rapports de Jean Yves Grall.*

*Ces dispositions que je défendrai prochainement devant le parlement permettront de renforcer encore la sécurité sanitaire, de promouvoir la sécurité de tous et la qualité des soins. Je sais que vous y êtes très attachés ; et moi aussi.*

*Je vous souhaite des échanges fructueux».*

*Je vous remercie pour votre attention, et vous souhaite un excellent colloque. »*

## **Ouverture des travaux**

### **Mme Béatrice Céretti, Présidente du LIEN**



Mme Béatrice Céretti revient sur l'historique de la création du LIEN, en 1997, à l'époque seule association dédiée à l'accompagnement des patients qui, comme elle-même, ont été victimes d'une infection nosocomiale lors de leur séjour à la Clinique du Sport.

LE LIEN est aujourd'hui une référence nationale et internationale en matière de sécurité des soins. Elle rappelle qu'après la création de l'association, des personnes très impliquées l'ont rejointe dans l'objectif d'éviter les accidents médicaux.

Mme Béatrice Céretti se réjouit que, pour la première fois en France, l'OMS dévoile son programme sur la sécurité des soins et s'appuie pour ce faire sur LE LIEN. Il s'agit, au niveau mondial, de déployer une mobilisation des patients.

## 1<sup>ère</sup> table ronde Objectifs du séminaire et présentation des participants

**Mme Laetitia May-Michelangeli, chef de service Mission sécurité du patient, HAS**  
**M. Michel Dumont, Président du Cluster antimicrobien de Champagne-Ardenne,**  
**M. Jean Carlet, Président AC2BMR**  
**Mme Anne-Gaëlle Venier, Responsable signalement CCLIN, Sud-Ouest CHU de Bordeaux**

*Trois questions :*

*Qu'est-ce qui nous rassemble ?*

*Quelles sont nos motivations ?*

*Quelle peut être la contribution de chacun d'entre nous ?*



**Le Docteur Laetitia May-Michelangeli** rappelle qu'elle a fait connaissance du LIEN en qualité de médecin hygiéniste, dans le cadre des premiers états généraux du « Lien » dont l'objectif était la lutte contre les infections nosocomiales. Après avoir exercé des responsabilités à la Direction Générale de l'Offre de Soins, elle intervient maintenant, depuis 2013, en qualité de Chef de service à la Mission Sécurité du Patient à la haute autorité de santé (HAS). Elle constate que la place de l'association est de plus en plus importante au fil des reconnaissances octroyées par l'Etat. Prévenir les risques, améliorer la qualité des soins et la sécurité du patient, et agir pour et avec le patient font partie de ce qui l'a toujours animée.

Aujourd'hui, Mme Laetitia May-Michelangeli participe, au nom de la HAS, au programme National pour la sécurité du patient 2014-2017, dont un des axes est consacré aux patients. Un des enjeux de la sécurité du patient est que ce dernier devienne co-acteur de sa sécurité. La HAS a initié un certain nombre de travaux dans ce sens et prend en compte de nombreux paramètres dans la prise en charge des patients. Elle souligne qu'à la HAS le « statut d'expert » a été reconnu aux patients et à leurs représentants.

Il semble essentiel que LE LIEN appuie ces initiatives et y participe. « La semaine sécurité des patients » qui a débuté la veille même de ce colloque en est un exemple.

LE LIEN ne peut que se reconnaître dans ces démarches y adhérer et les soutenir dans la mesure où l'association tient ses propres engagements depuis deux décennies. Il s'agit d'une vraie reconnaissance pour l'association. Cette journée passée ensemble doit permettre de développer encore les moyens d'agir.

**M. Alain-Michel Céretti** souligne l'importance qu'il faut attacher à une mobilisation et une collaboration effective de toutes les parties prenantes.

Il passe la parole à M. Michel Dumont porteur de l'exemple même d'une initiative collaborative.



**M. Michel Dumont**, Président du groupe Le Bronze Alloys, revient sur la tenue des États Généraux du Lien de 2011. C'est à cette occasion qu'il s'est trouvé interpellé par une présentation consacrée à la puissance du cuivre dans l'élimination des bactéries.

C'est ce qui l'a incité à mettre en place un « cluster antimicrobien » autour de différentes sociétés de Champagne-Ardenne. L'idée fondatrice était de réfléchir à l'utilisation du cuivre mais également de l'argent pour leur propriétés antibactériennes reconnues : usinage et expérimentation de surfaces sèches de contact fréquemment manipulées en établissements de santé comme les poignées de portes, entre autres...

Tout un mouvement s'est ainsi créé autour de ce cluster.

Menant des travaux scientifiques sur le comportement bactéricide de plusieurs alliages de cuivre fabriqués par son groupe, il a ensuite développé une expérimentation sur patients sur 5 EHPAD de Champagne Ardenne.

Pendant 3 ans, cette expérimentation va avoir pour objectif de vérifier la possibilité, par ces moyens, d'un ralentissement probant de la progression des maladies et des épidémies en EHPAD.

M. Michel Dumont souligne que cette démarche constitue l'un des plus grands chantiers expérimentaux mondiaux dans ce domaine.

Il note que, depuis la présentation des résultats de l'expérimentation conduite à l'hôpital de Rambouillet, on constate une accélération et une amplification des manifestations d'intérêt des professionnels aussi bien que des décideurs publics.

C'est une responsabilité sociale, une mobilisation citoyenne sur laquelle se greffe une entreprise innovante, et notamment son service de « Recherche & Développement ».

**M. Alain-Michel Céretti** salue cet exemple de mobilisation citoyenne qui ne se limite pas à des engagements personnels, mais impliquent des entreprises. C'est évidemment essentiel si l'on veut déboucher sur des applications opérationnelles, qu'il s'agisse de dispositifs médicaux ou de médicaments au service des patients.

Il passe la parole au docteur Jean Carlet.



**Le Dr. Jean Carlet** rappelle son expérience initiale de médecin réanimateur, ce qui l'a conduit par la suite à prendre des responsabilités dans l'amélioration de la qualité des soins ainsi qu'à intervenir dans des projets de l'OMS et d'en apprécier l'efficacité.

La résistance aux antibiotiques s'est imposée comme un problème majeur de santé publique. Aujourd'hui, des bactéries sont devenues résistantes aux antibiotiques à large spectre.

Ce phénomène de résistance commence à apparaître en médecine de ville.

Nous sommes désormais confrontés à des résistances susceptibles d'impliquer tous les antibiotiques. Il existe une réelle menace de multi-résistance.

Ce phénomène est évidemment corrélé à la consommation des antibiotiques, dont nous restons parmi les plus forts consommateurs. De ce point de vue, l'indicateur ICATB de bon usage est précieux.

Et, il est à noter que cette surconsommation affecte aussi les animaux.

Nous avons donc à faire face à un fléau qui fait l'objet d'une prise de conscience mondiale.

Des initiatives ont vu le jour au cours des années récentes.

C'est ainsi que le Dr. Jean Carlet fait état de la création, il y a 3 ans, d'une alliance sous forme d'association afin de développer des actions les plus efficaces possibles. Il s'agit d'AC2BMR qui est la seule association mise en place à ce jour, en France, pour lutter contre la résistance aux antibiotiques. Ce fléau est comparé au réchauffement climatique et des dirigeants comme Barak Obama ou le premier Ministre de Grande Bretagne se sont d'ailleurs mobilisés.

Il le faut car nous nous trouvons, d'ores et déjà, dans une véritable impasse thérapeutique.

**M. Alain-Michel Céretti** remercie le Dr. Jean Carlet et passe la parole **introduit l'intervention de Mme Anne-Gaëlle Venier**, responsable signalement au CCLIN Sud-Ouest, structure avec laquelle LE LIEN collabore depuis sa création.



**Mme Anne-Gaëlle Venier** explique qu'elle est responsable au CCLIN Sud-Ouest de la gestion des signalements d'infections nosocomiales rares et particulières. Les CCLIN, au nombre de 5 en France ont pour mission de prévenir les infections associées aux soins. Elle rappelle à son tour pour s'en féliciter la collaboration instituée avec LE LIEN.

Le CCLIN, centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales, structure d'appui, a pour objet d'apporter une aide technique et une expertise auprès des établissements et des institutions de santé, de promouvoir la mise en place des bonnes pratiques, de promouvoir et analyser la surveillance des infections associées aux soins, d'analyser l'évolution du risque, de dispenser des formations à destination des professionnels mais également des représentants des usagers.

Pour ce faire, le CCLIN Sud-Ouest anime des réseaux de professionnels, réalise des formations, élabore des vidéos pédagogiques, utilise les médias sociaux en relai de ses messages et depuis 3 ans réalise des « jeux sérieux » ou « serious games », c'est à dire des modules didacticiels ludiques utilisant les nouvelles technologies d'information. Il crée et met à disposition des outils également plus standardisés pour prévenir la survenue d'événements indésirables tels que : outils de visite de risque, analyses de scénario, documents de recommandation, fiches pratiques, documents informatifs (par exemple plaquette pour le patient concernant les consignes à suivre après une chirurgie de la cataracte).

Le CCLIN apporte son aide si besoin dans l'investigation des infections associées aux soins rares et particulières en promouvant les analyses des causes et les retours d'expériences.

Pour rebondir sur ce qui a été dit précédemment, Mme Anne-Gaëlle Venier indique qu'effectivement la part de l'environnement dans la survenue d'une infection associée aux soins mérite de plus amples recherches mais rappelle que l'effort doit également se poursuivre concernant la bonne application des précautions standard, l'hygiène des mains en particulier, impliquées dans plus d'un tiers des signalements pour le Sud-Ouest. Mais, elle termine sa présentation sur une note encourageante : les actions menées contribuent à une diminution des infections associées aux soins.

## CCLIN Sud-Ouest Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales



- Missions : prévenir les infections associées aux soins
  - Expertise et avis techniques pour les équipes d'hygiène
    - Établissements de santé et médicosociaux, professionnels libéraux.
  - Structure d'appui pour les ARS et de relai d'action pour les autorités
    - Crise Ebola, pathogènes émergents.
  - Formations et sensibilisation des professionnels et usagers
    - Animation de réseaux de professionnels,
    - Formations régionales des représentants des usagers,
    - Usage des médias sociaux : Twitter, YouTube, Pinterest.
    - Réalisation de « serious games » : Gale, Grippe, BHRé.

Vidéo didacticielles <https://www.youtube.com/user/gccclin/videos>  
 Jeux sérieux [http://www.cclin-sudouest.com/pages/info\\_Grippe.html](http://www.cclin-sudouest.com/pages/info_Grippe.html)  
 Web <http://www.cclin-sudouest.com/> et <http://www.cclin-arlin.fr/>  
 Twitter [@CclinSudOuest](https://twitter.com/CclinSudOuest)



## CCLIN Sud-Ouest Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales



- Missions : prévenir les infections associées aux soins
  - Créations d'outils pour améliorer la sécurité des patients
    - Visites de risque, analyses de scénario,
    - Plaquette patient opéré de la cataracte.
  - Gestion des signalements externes d'IAS en lien avec l'InVS
    - Aide à l'investigation
    - Promotion et réalisation des analyses des causes et des retours d'expérience : REX, lettre du signalement.
  - Suivre et analyser l'évolution du risque
    - Réseaux de surveillance et d'évaluation des pratiques.

Vidéo didacticielles <https://www.youtube.com/user/gccclin/videos>  
 Jeux sérieux [http://www.cclin-sudouest.com/pages/info\\_Grippe.html](http://www.cclin-sudouest.com/pages/info_Grippe.html)  
 Web <http://www.cclin-sudouest.com/> et <http://www.cclin-arlin.fr/>  
 Twitter [@CclinSudOuest](https://twitter.com/CclinSudOuest)





**Mme Nittita Prasopa-Plaizier** marque l'intérêt que l'OMS montre pour ce type d'approches et indique que l'OMS a justement mis en place un très programme de lutte contre la résistance bactérienne. Des projets d'outils sont en cours d'élaboration qui seront très utiles à tous les Etats.

## 2<sup>ème</sup> table ronde Présentation de l'association « LE LIEN »

**Pr Jean-Michel Dubernard, parrain du « Lien »**  
**M. Alain-Michel Céretti, Fondateur du « Lien »**  
**Mme. Claude Rambaud, Vice-Présidente du Lien et du CISS**

*Deux questions :*

*Les origines du Lien et ses combats ?*

*Les résultats obtenus ?*

**M. Alain-Michel Céretti** considère qu'il est important de se souvenir d'où vient LE LIEN. Il évoque l'origine de l'association en juillet 1997, sa rencontre avec Bernard Kouchner, alors ministre de la Santé, sa volonté de faire adopter une loi sur les accidents médicaux afin d'éviter aux victimes de vivre un « parcours du combattant pour la reconnaissance de leurs droits » (affaire « Clinique du Sport »). Dès la création de l'association, un grand nombre de témoignages relatifs à des accidents médicaux survenus partout en France furent rapportés au LIEN.

Au regard de l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux, les avancées réalisées au profit des victimes de la Clinique du Sport (réutilisation d'appareils médicaux jetables mal stérilisés et rincés à l'eau du robinet polluée), ont ouvert la voie à la Loi du 4 Mars 2002 relative aux droits des personnes malades et à l'indemnisation des accidents médicaux.



**Le Pr. Jean-Michel Dubernard**, dès 1994, alors qu'il était parlementaire avait déposé une proposition de loi relative à la création d'un fonds d'indemnisation au bénéfice de patients victimes d'accidents médicaux. Il y avait, selon lui, plusieurs motifs à cette initiative. D'une part, il était intervenu, en tant qu'expert, sur le dossier. D'autre part, avant son internat, à l'occasion d'un séjour au principal Hôpital de Harvard, il avait été frappé par la mise en pratique, aux Etats-Unis, d'une véritable transparence de l'information destinée aux patients des établissements de santé.

C'est ce qui l'a motivé pour tenter une transposition de ces principes dans les pratiques françaises. C'est aussi la raison principale pour laquelle il a accepté de parrainer la création du Lien l'a motivé pour tenter une transposition de ces principes dans les pratiques françaises.

C'est ainsi qu'à nouveau, en juillet 1998, il a déposé une nouvelle proposition de loi relative à la reconnaissance des droits des patients. Il a appartenu alors au ministre de la santé de l'époque, Bernard Kouchner, de faire adopter la loi sur la représentation des patients, le droit d'accès au dossier, la création d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux.

Le Pr. Jean-Michel Dubernard souligne combien LE LIEN a joué un rôle clef dans ces progrès.

Aujourd'hui, pour lui, il est devenu essentiel de coordonner toutes les initiatives, régionales, comme le cluster anti microbien de Champagne-Ardenne, nationales dans un cadre européen en contact étroit avec l'OMS.

Il y a matière à apprendre, à échanger, à innover pour le bien et la sécurité des patients.

**La projection du film « LE LIEN 10 ans déjà »** (1997-2007), revenant sur 10 années de militantisme, propose une vision et un survol des actions menées et des résultats obtenus.

En se saisissant des sujets, la presse a largement contribué à informer et sensibiliser le grand public, donc à attirer l'attention des décideurs politiques sur le sujet.

Ces combats restent d'actualité.



**Mme. Claude Rambaud** a succédé en 2006, à Alain-Michel Céretti, à la présidence du Lien. Ils ont contribué à la mise en œuvre d'un dispositif étendu de médiation en santé : accès au soin, discrimination, maltraitance, ... d'abord auprès de la HAS, puis auprès du Médiateur de la République (aujourd'hui défenseur des droits). A travers cette action, une communication et un dispositif d'aide à toute personne qui souhaite faire reconnaître ses droits ont été développés. Aujourd'hui, Alain-Michel Céretti en supervise la mise en œuvre.

Mme. Claude Rambaud rappelle qu'elle a rejoint LE LIEN, en 2004, à la suite de la lecture d'un article consacré à l'engagement de cette association.

Avec le recul d'une décennie d'action associative, elle constate qu'à la période d'affrontements caractéristique de ses premières années, LE LIEN s'inscrit, aujourd'hui, dans une logique de partenariat, notamment sur le dossier de la sécurité des patients.

La première victoire de l'association a été d'obtenir la réforme des pratiques de stérilisation qui a abouti à la fermeture d'un certain nombre de services de stérilisation et à un décret prévoyant des sanctions pénales à l'encontre des directeurs et des pharmaciens des établissements concernés).

La victoire suivante a été couronnée par la création d'indicateurs, dont le premier, ICALIN, Indice Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales). LE LIEN en avait lancé l'idée. L'association en a accompagné la mise en place, en 2003, et le suivi depuis cette date.

Puis sont venues les premières réunions fédérales organisées en 2007 avec la HAS et les industriels. Ont été validées alors l'implantation des solutions hydro-alcooliques dans toutes les chambres de patients, la création des centres de référence ainsi que des référents « antibiotiques » (dont désignation d'un référent dans chaque établissement).

L'association a participé aux assises du médicament.

Avec la création de l'Alliance AC2BMR, des avancées significatives ont pu être effectuées.

Depuis toujours, LE LIEN a fait sienne la devise « mieux vaut prévenir que guérir ». C'est notamment la raison pour laquelle l'association soutient les expérimentations sur l'utilisation du cuivre dans la lutte contre les infections nosocomiales.

Pour autant, ajoute Claude Rambaud, la recherche de consensus, la préférence donnée à la négociation et au dialogue ne doivent pas conduire en un renoncement revendicatif.

En 2007, par exemple, les autorités françaises envisageaient d'abaisser les exigences de décontamination de sondes d'échographie endocavitaires. LE LIEN avait immédiatement regretté qu'aucune étude préalable n'ait été réalisée sur les conséquences potentielles d'une telle décision. Nous nous heurtions à un argument purement circonstanciel : « tant qu'il n'y a pas de plainte, il n'y a pas de sujet ». Aujourd'hui, encore, la non-décontamination des sondes endocavitaires est à l'origine de nombreuses victimes qui hésitent à se faire connaître. Donc nous devons parfois revenir à l'affrontement pour faire triompher des positions légitimes.

LE LIEN a donc décidé de ré-interpeller la Ministre sur ce sujet.

Mais bien d'autres combats sont devant nous.

La sanction de la non déclaration d'événements indésirable en fait partie.

Une question voisine est d'ailleurs soulevée au titre du principe du « patient co-acteur de sa sécurité ». C'est celle de la sanction de la non-information du patient. Le Conseil de l'Ordre des Médecins souligne que l'information est autonome et que c'est au patient de la demander. Le patient co-acteur de sa santé, pourquoi pas co-responsable ? Mais la culture du secret médical persiste, ce qui rompt la confiance des patients. La future loi santé prévoit de s'emparer de ce sujet et du volet sur le respect des droits des malades.

Mme Claude Rambaud conclut que l'information doit faire partie des droits imprescriptibles des patients.

À ce point, certains participants soulèvent la question de la frontière éthique et comportementale qui sépare le « *tout dire avec ses incidences possibles sur le patient* » du « *ne rien dire qui revient à lui mentir* ».

Mme Claude Rambaud note que cette question essentielle à la relation médecin/patient est désormais traitée de façon obligatoire dans le cours du cursus des études médicales au titre du programme portant sur la gestion des risques, le travail en équipe...

## 3<sup>ème</sup> table ronde Le Programme de l'OMS PFPS (Patients For Patient Safety)

Mme. Nittita Prasopa-Plaizier, Département Prestation de Services et Sécurité (OMS)

Mme. Katthyana Aparicio, Département Prestation de Services et Sécurité (OMS)

Mme. Margaret Murphy, Programme PFPS (OMS)



Mme **Katthyana Aparicio** pose, d'entrée, l'affirmation : « Nous sommes tous des patients ». Qu'il s'agisse d'un nouveau-né, d'un adulte ou d'une personne âgée, victimes d'une erreur médicale, tous doivent être considérés. La sécurité des patients est un problème de santé publique qui concerne toutes les générations et tous les pays qu'ils soient développés ou en voie de développement.

Ainsi, cela nous concerne tous.

Nous devons être conscients que les événements indésirables sont prévisibles et donc évitables. En 2002, l'OMS a décidé d'adopter le texte sur la sécurité des patients. En 2003, certains pays ont pris des initiatives en ce sens et l'OMS a apporté des appuis techniques et créé des normes et des standards.

### Le problème de la sécurité des patients

Chaque année un nombre inacceptable de personnes dans le monde subissent des dommages et/ou décèdent des causes liées aux soins médicaux.  
La plupart de ces cas sont évitables



En 2004, par résolution de la 57<sup>ème</sup> Assemblée Générale de l'OMS, l'Alliance Mondiale pour la sécurité du patient, est créée. En 2009, l'Alliance est devenue un programme de l'OMS.

La mission du programme de sécurité des patients de l'OMS est dès lors de faire en sorte que chaque patient reçoive des soins partout dans le monde en s'appuyant sur l'engagement de tous, notamment des patients, eux-mêmes, et de leurs familles.

La mission de l'OMS consiste aussi à exploiter le savoir, l'expérience et l'innovation, à travailler avec les ONG, avec les comités, les associations de patients, bref, tous ceux qui peuvent contribuer à l'amélioration de la santé des populations et des individus.

En 2014, l'OMS a créé un Département de prestations de services et sécurité dont les piliers sont la sécurité des patients et la qualité des soins.

Le programme de l'OMS intègre la participation des patients, l'éducation, le bon usage des médicaments, les soins de santé primaire, l'innovation, le partenariat....

Engager les patients dans la sécurité des soins est une priorité.

Mais comment l'OMS doit-elle le faire ?

Il faut relever le défi face à la peur des familles, au traumatisme psychologique, à la « réputation » des individus et du système. Mais il existe aussi des opportunités qui s'offrent à l'OMS pour identifier des améliorations en matière de sécurité et développer des solutions en incluant famille, patients et décideurs politiques.

Le patient et la famille doivent donc être au centre des actions. Tout le monde doit pouvoir y trouver de quoi apprendre et se former pour agir de façon durable. L'OMS travaille fondamentalement à la responsabilisation et à la transmission du pouvoir aux patients, eux-mêmes.



**Mme. Margaret Murphy, Responsable mondiale du réseau pour la sécurité des patients,** commence son intervention en rappelant les conditions dans lesquelles elle a, elle-même, été amenée à rejoindre, en Irlande, le programme PFPS de l'OMS. Ce fut essentiellement à la suite de préjudices subis par des patients appartenant à sa famille.

# Patients pour la Sécurité des Patients

Partenariats pour une attention plus sûre

<div style="text-align: center;"> <p><b>Réseau Mondial</b></p>  </div> <p><b>Raconter des "histoires" pour catalyser des améliorations et l'apprentissage organisationnel</b></p> <p><b>Favoriser la collaboration, la formation et orienter l'action vers la sécurité des patients dans le monde entier</b></p>	<div style="text-align: center;">  <p><b>Programme de l'OMS</b></p> </div> <p><b>Intégrer la voix du patient à tous les niveaux de la prestation des soins</b></p> <p><b>Responsabiliser (empower) les patients et leurs familles en les aidant à plaider ensemble pour le changement</b></p>
---	---

Cela illustre bien, pour elle, le fait que le patient et sa famille, quand ils ont vécu à leurs dépens des incidents qui ont mené à l'irréparable, sont les meilleurs « ambassadeurs » pour contribuer à améliorer les pratiques de santé dans tous les aspects relatifs aux des soins. Rester centré sur le patient et ses réels besoins, faire entendre la voix du patient, dans une démarche collective, ouverte, honnête, responsable pour réduire les erreurs médicales et la douleur que ceux-ci causent aux patients et aux familles. Voilà ce qui est développé dans les groupes de travail et ateliers organisés par le programme PFPS. A ce jour le réseau global compte plus de 300 membres dans 52 pays.

Des relations avec les étudiants en médecine, les enseignants, les institutions de santé sont ainsi développées. Elles sont soutenues, entre autres, par des actions de communications sur le travail réalisé par le PFPS dans des journaux nationaux ou locaux. Ces patients actifs sont devenus, d'une certaine façon malgré eux, acteurs de la transformation d'expériences négatives en sources d'amélioration de la sécurité des soins médicaux et, de ce fait, de la minimisation des risques pour l'avenir.

**M. Alain-Michel Céretti** revient sur l'intervention de Mme Murphy et sur la participation des malades. Il souligne combien l'éducation thérapeutique peut permettre au patient de devenir un patient expert possédant un haut niveau de compétence sur la maladie chronique dont il souffre. Il donne l'exemple de l'association des diabétiques qui explique aux jeunes diabétiques leur parcours de soins. « Le Lien » explique de la même façon la prise en charge de la pathologie. A travers cette information, les patients ont le sentiment d'être moins négligés car la plupart du temps ils se sentent délaissés. La médecine contemporaine a déshumanisé le lien avec le patient. Il faudrait changer cela lors des études de médecine. Lorsque la personne n'est soignée que du seul point de vue de son organe malade, elle ne y trouver qu'un soulagement partiel.



**Mme Nittita Prasopa-Plaizier** après avoir présenté une vue d'ensemble de la manière comment le travail est organisé à l'OMS, a parlé du rapport relatif à la qualité des soins établi en 2002, sur l'engagement de l'OMS à partir de 2003, puis, en 2004, avec la création de l'Alliance Mondiale pour la Sécurité des Patients.

En 2009, ces initiatives ont été intégrées dans le programme dédié à la santé des patients avec l'objectif de coordonner toutes les actions relatives à la sécurité des soins. Le problème central posé par la sécurité des patients est que chaque année on constate qu'un nombre inacceptable de personnes dans le monde subissent des dommages, voire décèdent pour des causes liées aux soins médicaux. Or, la plupart de ces cas sont évitables.

Le programme de Sécurité des Patients établi par l'OMS a consisté à mettre en place une stratégie pour la période 2012-2015 dont le but est de faire en sorte que chaque patient reçoive des soins de santé sûrs, en tout temps et partout dans le monde. L'OMS a donc pour mission de coordonner, faciliter et accélérer l'amélioration de la sécurité des patients au plan international.

Ses objectifs sont d'assurer son leadership mondial dans ce domaine, d'exploiter le savoir, l'expérience et l'innovation afin d'améliorer la sécurité des prestations sanitaires, de travailler avec les systèmes de santé, les ONG, la société civile et la communauté d'experts pour soutenir un effort mondial solide et efficace au bénéfice des patients.

Pour cette période 2012-2015, ses priorités s'articulent sur plusieurs axes : la participation de la communauté et des patients aux volets éducation, sécurité, personnel de santé, injection et médication sûres, partenariats africains pour la sécurité des patients et innovation dans les soins de santé primaire. Tous ces sujets de travail, toute cette évolution, tout ce processus de transition, n'ont qu'un objectif : viser à l'atteinte de la couverture sanitaire universelle en ayant un processus de soin centré sur la personne.

Pour cela, l'OMS travaille de façon consultative auprès du réseau PFPS (renforcement de l'interaction, de la communication et de la promotion), auprès des décideurs politiques (collaboration avec les organisations nationales et internationales), auprès des institutions académiques (création et partage de connaissances à travers la recherche, l'éducation et la formation), auprès des prestataires de services de santé (simplification de la participation des patients dans les hôpitaux et centres de santé), auprès de la société civile et des ONG (collaboration avec les ONG et d'autres organisations).

L'OMS met en place des ateliers afin que le patient n'ait plus le sentiment d'être négligé et soit considéré comme « preneur de parole ».

**Mme. Prasopa-Plaizier** rappelle, à cette occasion, que tous les intervenants de l'OMS sont bénévoles. Leur action est focalisée sur l'Humain. Remettre le patient au centre des problématiques doit constituer un témoignage essentiel pour faire surgir, notamment dans le domaine de l'éducation thérapeutique, l'impératif de la prise en compte de « la douleur » de chaque patient, en tant que personne.

## **Engagement et mobilisation des patients en faveur de la sécurité et de la qualité des soins**

**Dr Gwenaël Rolland-Jacob**

**Coordinateur de la gestion des risques à l'Hôpital de Cornouaille**

**Membre du Comité de pilotage du Programme National pour la Sécurité des Patients**

**Animateur de l'axe 1 du PNSP « Information du patient, patient co-acteur de sa sécurité »**



L'OMS par son programme PFPS (Patient For Patient Safety) témoigne de l'importance de la place et du rôle du patient dans la prévention et la sécurité des soins. De la même façon, en Europe, le projet PASQ (Patient Safety and Quality of Care) 2012-2015 favorise le partage des connaissances, des retours d'expérience et des bonnes pratiques par le biais d'une plateforme commune.

La HAS coordonne le projet PASQ au niveau européen. Prochainement paraîtra un texte européen relatif à la communication sur la sécurité, ainsi qu'à la place et l'engagement des patients.

En France, le Programme National pour la Sécurité des Patients (PNSP) témoigne d'une volonté nationale d'intensifier la mobilisation de tous, patients et professionnels, pour progresser en matière de sécurité du patient. Les objectifs sont de structurer et renforcer les actions dans ce domaine en déterminant des priorités. Chaque axe est décliné en actions très concrètes.

Le PNSP a été présenté par Mme la Ministre Marisol TOURAINE lors des derniers états généraux de l'association LE LIEN, le 14 février 2013, consacrés aux infections nosocomiales et à la sécurité des patients.

L'axe 1 du PNSP présente 3 objectifs : renforcer le partenariat dans la relation soigné/soignant, mieux informer le patient, faciliter l'accomplissement des missions des représentants des usagers.

En découlent 19 actions.



**HAS**  
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ  
www.has-sante.fr

**Oser parler avec son médecin**  
Novembre 2013

**Pourquoi est-ce important ?**  
En parler avec votre médecin vous permet d'être des partenaires et des acteurs.  
Tout est important : l'historique de votre nom, vos problèmes de santé, un changement de médicament, les effets indésirables que vous ressentez, etc.

**Ma sécurité dépend de la vigilance de tous, y compris de la mienne**

**À ne pas oublier pour mon prochain rendez-vous :**

- Documenter à apporter :
  - antécédents
  - résultats des derniers examens (prise de sang, radiologie, etc.)
  - liste ou carnet de suivi de consultations ou d'hospitalisations
- Informations à apporter :
  - médicaments, suppléments et anesthésiques
  - médicaments dans le frigo
  - allergies (aliments, pollen, médicaments, etc.)
  - médicaments mal supportés
  - grossesses ou état de grossesse
  - comorbidités à elles-mêmes ou changeantes (diabète, etc.)
  - habitudes de vie (tabac, alcool, etc.)
  - particulier officiel ou non (licence, permis d'importation, permis d'importation, etc.)
  - risque de chute
  - difficultés pour suivre le traitement
  - traitements pris à mon initiative (médicaments naturels, compléments alimentaires, médicaments non autorisés, etc.) avec adresse mail ou coordonnées
  - épave particulière à signaler (trajet, accidents, etc.)
- Je n'hésite pas à poser des questions et à parler de moi même sans gêner, et j'échange avec le médecin sur ce qui est important et utile pour moi. Je constate quelques choses d'étranges ou de bizarres : j'en parle avec mon médecin !
- Je n'hésite pas à poser des questions et à demander des explications sur :
  - les examens à réaliser
  - l'opération et les traitements prévus
  - les contre-indications possibles (allergies, complications, transfusion, médicaments, etc.)
  - les résultats attendus
- Je peux faire répéter le médecin et lui demander de faire un schéma ou de m'écrire les informations pour mieux les comprendre et à retenir les utiles.
- Je n'hésite pas à faire part de mes besoins, préférences et habitudes et accepte en matière de traitement alternatif non médicamenteux.
- Je demande s'il existe d'autres possibilités de traitement.
- Je ne pars pas sans avoir compris ce que j'ai, ce que je dois faire, quand et comment, et pourquoi c'est important de le faire.

**Conseils utiles pendant la consultation**

**Quelques réponses à vos questions**

Quelle confiance puis-je avoir dans les informations que je m'intéresse, dans les réponses, etc. ?  
Vous pouvez trouver beaucoup d'informations sur les sites Internet médicaux, les forums de discussion, les télévisions, dans les magazines ou en discutant avec votre entourage.

Plus d'incertitude qu'il n'y a de réponses à vos questions, je demande au médecin ce qu'il en pense, il est le plus à même de répondre et de m'expliquer.

Je dois aller chez le médecin, puis je me faire accompagner ?  
Oui, c'est plus facile de comprendre et de se souvenir quand on est deux à écouter. Le personnel qui vous accompagne peut vous aider à poser des questions, à mieux comprendre ce que dit le médecin et à vous détacher le cœur.

Toutefois, je reste libre de venir seul au rendez-vous.

Je connais quelqu'un qui a le même problème que le mien, pourtant son traitement est différent. Est-ce normal ?  
Oui, chaque situation est, surtout chaque patient, est unique. Pour une même maladie, plusieurs traitements peuvent être prescrits.

Puis-je prendre les médicaments d'une autre personne ?  
Non, ce n'est pas permis. Les médicaments d'une autre personne, même si elle a la même maladie que le mien, ne sont pas destinés à être pris par moi-même.

Si je suis incertain, j'en parle avec le médecin.

Le médecin devrait me rappeler pour discuter du résultat de mon examen, il ne l'a pas fait. Dois-je le rappeler ?  
Oui, je n'hésite pas à contacter le médecin car ce n'est pas son rôle de m'appeler (prise de sang, radiologie, etc.).

**Mes droits**

Avant d'être soigné, le droit à l'information me permet de choisir un acteur à part entière pour toutes les décisions qui concernent ma santé (médicaments, etc.).

Je n'hésite pas à me faire accompagner par un proche ou un tiers de confiance. Il ne s'agit pas forcément de quelqu'un de ma famille et demander mon dossier médical pour compléter les informations reçues.

Pourquoi favoriser l'engagement du patient ? De nombreuses publications nationales et internationales ont démontré son utilité. La participation du patient est un bon moyen de prévenir ou d'atténuer les erreurs médicales, notamment médicamenteuses et aussi de signaler des événements passés totalement inaperçus. Des travaux ont montré que 60% des familles sont prêtes à donner de leur temps pour aider à prévenir la récurrence des événements défavorables ayant affecté leurs enfants.

Les patients ont un rôle clé à jouer pour aider les professionnels de santé à parvenir à un diagnostic et un traitement approprié, mais également à signaler les événements indésirables. Toutefois, il existe des facteurs limitant : la relation asymétrique entre patient et soignant, mais aussi des facteurs individuels, dont les facteurs socio-économiques, qui jouent un rôle important. La maladie et sa chronicité d'une part, la vulnérabilité du patient d'autre part, peuvent affecter la littératie, c'est-à-dire l'aptitude à comprendre et utiliser les informations. Le patient n'est pas non plus toujours prêt à accepter d'être acteur de sa sécurité. Il existe aussi des freins et des peurs chez les professionnels de santé, l'intervention du patient pouvant être perçue comme une ingérence dans leur travail.

Il y a aussi encore une méconnaissance des usagers concernant leurs droits et l'existence de représentants des usagers et de leur rôle. Ainsi peut s'expliquer, par exemple, la réticence du patient à témoigner.

C'est évidemment en prenant ce contexte en compte, qu'il faut promouvoir l'engagement du patient pour en faire l'acteur numéro 1 de sa propre santé.

C'est pourquoi le PNSP a décidé de recommander des actions de communication afin de valoriser l'engagement du patient. Il est important de le reconnaître comme utile et licite. Les campagnes d'affichage, la semaine de la qualité et la sécurité des soins, l'édition de brochures, notamment celles élaborées par la HAS destinées au patient pour mieux communiquer avec les professionnels de santé médecins et pharmaciens, participent à cette action.

Au-delà de ces campagnes d'information, la question qui se pose est : *Comment faire durer ces temps forts de communication? Comment faciliter l'implication du patient au quotidien ?*  
Il existe différents degrés d'implication des patients.

Le 1<sup>er</sup> degré est de l'informer sur sa maladie, son traitement, les solutions, les alternatives possibles ; le 2<sup>e</sup> degré consiste à demander l'avis du patient, d'écouter son feed-back ; le 3<sup>e</sup> degré est de l'impliquer par une démarche proactive qui va permettre de veiller à ce que ses choix, ses attentes, ses préoccupations et ses aspirations soient comprises et prises en compte. Le degré le plus abouti est celui de la coopération, d'un véritable partenariat entre patient et professionnels. C'est une démarche de co-construction en continu avec le patient et/ou son entourage (où le patient doit développer son pouvoir de décision, qui le met presque d'égal à égal avec le soignant, pour chaque aspect de décision alternative). Cette démarche est présente dans l'Education Thérapeutique, notamment dans le cadre d'affections chroniques. C'est une réalité aujourd'hui, mais qui reste néanmoins à développer. Les formes d'implication sont variables d'un patient à l'autre. Une démarche d'accompagnement doit être entamée afin de l'impliquer dans ce travail d'équipe (réaliser des actions avec lui et non pour lui).

Pour impliquer le patient, le PNSP a proposé l'élaboration d'outils de communication destinés aux professionnels ou aux patients et qui s'inspirent d'expériences internationales. L'un d'eux, en cours d'élaboration par la HAS et destiné aux professionnels, porte sur la reformulation réalisée par le patient de l'information dispensée par le médecin. Un autre outil en cours d'élaboration par la HAS est destiné au patient et aura pour objet de faciliter sa prise de parole auprès des professionnels, de l'aider à leur poser des questions.

L'implication directe du patient, de l'usager, du citoyen dans la veille sanitaire est également prévue dans le PNSP notamment par la possibilité qui lui sera donnée de déclarer un événement indésirable. Les déclarations des événements indésirables doivent être intégrées parmi les systèmes de signalement et déclaration existants. Tout ceci s'inscrit dans un paysage médical qui a évolué. Si le nombre de patients victimes d'infections nosocomiales a diminué du fait de la politique engagée de signalement et de prévention, les événements indésirables liés aux soins demeurent un problème de santé publique important et qui nécessite de redoubler d'effort.

Impliquer le patient, c'est aussi lui donner une place importante dans l'équipe. De nombreuses publications internationales ont permis de montrer que lorsqu'on améliore la qualité du travail en équipe, on obtient de meilleurs résultats de prise en charge du patient. Ainsi, aux Etats-Unis, le groupe des hôpitaux vétérans (108 établissements) a permis, après un programme de 4 ans, d'obtenir une diminution de 18% de la mortalité. Ce sont ces publications qui ont inspiré le programme expérimental PACTE (Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe) mené par la HAS dans le cadre du PNSP. Ce programme repose sur un autodiagnostic réalisé en équipe pluri-professionnelle avec une méthode spécifique (CRM-santé) qui lui permet d'élaborer un plan d'action pour améliorer la sécurité des patients.

Il s'agit de faire de cet enjeu sur le risque, un enjeu collectif. Ces « reconstructions d'équipes » autour de compétences non techniques (dont la gestion du stress et la communication) sont essentielles. Faire en sorte que le schéma fonctionne entre les médecins et les soignants, dans un même service, afin de pouvoir susciter la déclaration des événements indésirables graves en interne (porter l'alerte), en fait partie. Les professionnels médicaux et paramédicaux doivent apprendre à en parler ensemble et à réaliser des analyses systémiques dans le cadre de retours d'expérience.

Enfin le PNSP recommande de faciliter l'accomplissement des missions des représentants des usagers en établissements de santé. Fin 2015, la DGOS leur mettra à disposition un guide afin de dialoguer avec les représentants professionnels sur la thématique de la gestion des risques et la sécurité du patient.

La démarche d'appropriation des outils du PNSP doit passer par une mobilisation générale (management des établissements, des structures régionales d'appui, des CCLIN, des représentants des usagers, des associations...). Il semble essentiel aujourd'hui de maintenir les efforts, de continuer et d'augmenter les moyens d'agir.

**M. Alain-Michel Céretti** rappelle que ce PNSP doit mieux prendre en compte le témoignage patient avant que l'accident ne survienne. Ce qui manque aujourd'hui, notamment lors d'une hospitalisation, c'est que la parole du patient hospitalisé et qui constate une anomalie pendant sa prise en charge soit entendue sans délais par l'équipe soignante. Le PNSP doit de ce point de vue plus insister sur cet aspect. Le PNSP prévoit que les établissements de santé mettent à la disposition des malades les moyens de pouvoir témoigner de dysfonctionnements supposés.

L'OMS appuie également en ce sens. Le patient doit être au cœur de la problématique et rester en veille sur la gestion du suivi de soins. Et on doit mettre en place dans chaque chambre un dispositif de signalement. Ce sujet n'est pas une option. Il s'agit de la première des attentes des patients.

#### 4<sup>ème</sup> table ronde

### Sécurité des soins : toujours plus - les nouveaux défis

#### Le risque infectieux environnemental

#### La gestion sécuritaire des matériaux et des fluides

**M. Olivier Toma, Président C2DS**

**Mme Claudine Richon, Membre du bureau du LIEN et Ingénieur Conseil en prévention santé,**

**M. Benjamin Galle, Directeur Qualité Hôpital de Rambouillet,**

**Mme Amélie Gélis, Directrice Clinique Arago,**

**M. Charles-Antoine Benhamou, Directeur Général Hôpital Privé Nord Parisien,**

**Pr. Bill Keevil, Directeur Laboratoire santé environnementale, Université de Southampton**



**M. Olivier Toma, Président du C2DS,** ouvre cette table ronde sur le risque infectieux environnemental et la gestion sécuritaire des matériaux et des fluides.

L'idée de base de l'association C2DS était de dire « essayons que les établissements de santé soient vertueux dans leur management, dans leur entretien... ». L'idée était aussi d'être préventif dès la construction d'un établissement de santé. C'est pourquoi l'association a travaillé sur l'éco-conception pour laquelle un guide a été réalisé.

L'enjeu de ce guide est de fournir des outils lors de la construction d'un hôpital en France. Six interlocuteurs ont été réunis afin de faire prendre conscience de l'ensemble des risques émergents et des risques avérés sur lesquels les établissements de santé travaillent déjà.

Question : *Quel est l'intérêt de décliner le concept du développement durable dans le secteur de la santé ?*

L'éco-conception a été abordée avec 430 établissements de santé régionaux. Le contexte réglementaire est très riche (textes des « Grenelle 1 et 2 ») : 257 articles de loi vont faire évoluer les établissements en profondeur. Autre réglementation mise en place en France : la Stratégie Nationale De Transition Énergétique vers un Développement Durable.

Elle permet à la France de mieux vivre cette transition écologique et de réduire de plus de 30% la consommation énergétique et donc des effets de serre qui y sont associés.

Autre outil : le 3<sup>ème</sup> Plan National Santé-Environnement (PNSE 3), dont les travaux d'élaboration ont été lancés en 2013, présente un projet 2015-2019 avec des actions incontournables. Un sommet sur le réchauffement climatique aura lieu à Paris en décembre 2015. La France souhaite que tous les pays s'engagent dans la voie de la réduction des émissions de gaz à effet de serre. La France souhaite valoriser son exemplarité sur ce sujet.

Toutefois, il existe des freins à cette démarche : la multitude de données sur nos impacts significatifs crée une confusion sur les informations contradictoires, visibles sur internet notamment.

Question : *Comment comprendre ces enjeux ?*

Le 2<sup>ème</sup> élément de cette démarche fait apparaître un manque de formation des personnels de santé (du directeur aux infirmiers) et managers d'établissements de santé sur la prise de conscience des risques environnementaux. Ils se renseignent donc par internet. Ni les ARS ni les Ministères n'informent en continu. Et cela concerne aussi les usagers qui devraient être davantage informés. L'idée pour eux est d'identifier les risques environnementaux et sanitaires.

Comment traduire l'effet de pollution respiratoire due aux émanations de gaz toxiques en termes de problématiques santé et sous forme de chiffres permettant de mesurer les impacts sur la santé ? Comment le traduire sous forme de baromètre pour les établissements de santé ?

Sans oublier que nous avons aussi à préserver les employés.

Certains sujets sont actuellement abordés dans les établissements de santé. Une centaine d'établissements ont fourni les chiffres de leur production d'émissions chimique. Mais le manque de formation sur ces thèmes aussi bien chez les citoyens que chez les personnels de santé est plus que perceptible.

Pourtant, les sujets d'actualité pour ces établissements ne manquent pas : les bilans carbone, l'exposition aux produits chimiques, les perturbateurs endocriniens, les nano particules, les médicaments et leur impact environnemental, l'hyper sensibilité et la multi-résistance, les champs magnétiques et la qualité de l'air intérieur. Ce sont des enjeux et des défis pour les années à venir.

Il est donc essentiel d'identifier et de soutenir les établissements de santé engagés dans cette mission en mutualisant les bonnes pratiques, de dénoncer les mauvaises, en formant et en partageant le savoir, en misant sur les innovations, en impulsant des stratégies d'alliance entre industriels de santé et patients.



**Mme Claudine Richon** prend ensuite la parole.

Elle a sensibilisé LE LIEN aux effets bactéricides du cuivre lors de ses États Généraux de 2011. Elle caractérise son approche par la découverte, en 2009, de l'éco-santé durable et des travaux de recherche effectués sur le sujet.

On dit que l'innovation est la redécouverte de contextes existants. C'est le cas du cuivre et de ses alliages quant à leurs vertus préventives liées à une santé durable. Le cuivre est utilisé depuis 7000 ans A.V.J.C. en Inde. A notre époque, des expérimentations ont été effectuées à travers le monde dans les établissements de santé (USA, Angleterre, Chili, Allemagne, Finlande, France, Grèce, Japon...) dans des services hospitaliers publics et privés et sur des patients en hôpitaux et en maisons de retraite.

## EXPERIMENTATIONS DANS LE MONDE



### USA

3 établissements hospitaliers - The Medical University of South Carolina, Charleston (MUSC), The Ralph H Johnson Veterans Administration Medical Center, Charleston, South Carolina and the Memorial Sloan Kettering Cancer Center in New York City

### Angleterre

Selly Oak Hospital, Birmingham, Professor Tom Elliott, Consultant Microbiologist and Deputy Medical Director at University Hospitals Birmingham NHS Foundation Trust

### Chili

Hospital del Cobre, à Calama, essai Clinique sur 30 semaines en soins intensifs (ICU)

### Allemagne

Asklepios Clinic, Wandsbek près de Hamburg, remplacement de poignées de porte en aluminium et d'interrupteurs en plastique par leurs équivalents en alliages de cuivre en secteur EHPAD

### Finlande

Essai Clinique en maternité sous l'autorité du Helsinki University Department of Public Health

### Autre pays

France, Espagne, Afrique du sud, Grèce et Japon

## ETUDES SUR PATIENTS EN HÔPITAUX & MAISONS DE RETRAITE



### ❑ Etude américaine sur patients du Pr Schmidt sur la diminution du taux d'infections nosocomiales

**OBJECTIF** : montrer que le cuivre permet de réduire le taux d'infections chez les patients  
**RESULTAT** : 58% de réduction obtenu

### ❑ 2011 Etude française sur patients hôpital de Rambouillet

- ❑ En tant que R.U pour LE LIEN au CH de Rambouillet, proposition à la Direction de l'hôpital de mener une étude sur patients pour évaluer le bénéfice patient dans le cadre de la prévention contre les infections nosocomiales

### ❑ 2014 Expérimentation patients sur 5 EHPAD de Champagne-Ardennes

Les résultats de ces études font apparaître qu'à travers la chaîne de lutte contre la transmission croisée environnementale et le risque infectieux, on ne peut se priver des bonnes pratiques avérées et de la promotion de l'hygiène des mains recommandées par l'OMS. Le cuivre doit être considéré comme un « maillon aux propriétés antibactériennes » constituant un bénéfice supplémentaire non négligeable pour le patient.

Une étude américaine publiée en 2011 témoigne d'une diminution de 58% du taux d'infections nosocomiales chez les patients de services de soins intensifs équipés de surfaces de contact en cuivre.



**M. Benjamin Galle** présente alors l'évaluation de l'efficacité du cuivre contre les bactéries au sein de son établissement de santé, l'hôpital de Rambouillet.

Ce projet a été initié en 2011. L'Hôpital de Rambouillet a en effet souhaité participer à cette expérimentation par la mise en place d'une politique active en matière de prévention des infections nosocomiales. Dans ce but l'Hôpital a décidé, en 2011, d'équiper deux services tests (pédiatrie et réanimation adulte et néonatalogie) d'éléments en cuivre ou en alliage de cuivre, dans l'environnement direct du patient, sans modification de pratiques des soignants.

En ce qui concerne la pédiatrie, il existe de fortes périodes épidémiques. Par ailleurs les parents qui accompagnent l'hospitalisation de leurs enfants et passent souvent jour et nuit auprès d'eux, peuvent augmenter, au sein de ces services, le risque de transmission d'infections comme les gastroentérites virales connues pour être très contagieuses.

Sur le plan méthodologique, deux périodes rythment le test : avant et après installation d'éléments en cuivre. M. Benjamin Galle explique qu'il a été exigé que les pratiques des soignants ne soient pas modifiées.

Sur ce premier volet de l'expérimentation (effet d'équipements en cuivre et alliages dans un service pédiatrique) les résultats, selon M. Benjamin Galle, ne sont pas suffisamment probants à ce stade.

En revanche, s'agissant de l'expérimentation conduite dans les services de réanimation, les résultats apparaissent comme très encourageants.

On comptabilise effectivement une baisse du nombre d'acquisition de bactéries multirésistantes. Il faut préciser toutefois deux facteurs concomitants : d'une part l'augmentation sensible conjointe de l'utilisation des solutions hydro-alcooliques par les soignants, et d'autre part une moindre gravité des cas patients accueillis au sein du service.

L'Hôpital de Rambouillet continue donc à explorer l'efficacité du cuivre dans la durée, conscient de l'apport préventif induit.

**Le Dr Patrick Pina, Chef du Service Opérationnel d'Hygiène de l'Hôpital de Rambouillet** fait d'ailleurs remarquer qu'il n'a pas noté de frein dans les services lors de cette démarche. Les deux équipes se sont en effet montrées favorables à cette expérimentation et ne souhaiteraient pour rien au monde qu'on leur retire aujourd'hui leurs équipements en cuivre antibactériens. S'il est légitime de rester prudent dans l'interprétation de ces résultats, il n'en reste pas moins que le taux d'acquisition de bactéries multirésistantes dans l'établissement a nettement fléchi.



**Mme Amélie Gélis, Directrice de la Clinique Arago**, intervient sur la gestion du risque infectieux environnemental dans un établissement de santé dédié à l'orthopédie et fait part de l'expérience de son établissement, spécialisé en arthroplasties de hanche et genou.

Elle insiste sur le fait que, malgré les évolutions techniques, une infection implique des reprises et des séquelles définitives.

Question : *Quelle est la stratégie de lutte contre la gestion du risque infectieux et des maladies nosocomiales dans un établissement privé à travers l'exemple de la Clinique Arago, spécialisée en orthopédie et particulièrement en arthroplastie de hanche et de genou ?*

## ● ● ● La clinique Arago en quelques chiffres

- Clinique parisienne spécialisée en arthroplasties de hanche et genou
  - 17 chirurgiens en majorité monosite
  - Activité 2013:
    - 1091 ATH / 548 ATG
    - 170 reprises d'arthroplastie
    - 20 patients en cancérologie osseuse



Les progrès de la chirurgie orthopédique et notamment des arthroplasties sont telles que le résultat parfait peut être attendu par le patient. La seule limite est la survenue d'une complication. Le risque infectieux demeure le risque le plus tragique pour le patient. La démarche de gestion des risques a évolué au fil des années. En schématisant, trois périodes majeures ont été repérées dans l'évolution de la maturation de la Clinique.

Tout d'abord, l'application des recommandations des bonnes pratiques. Ensuite, la mise en place des procédures de la Société Française d'Hygiène Hospitalière, de l'ANSM ou de la HAS. Enfin, la mise en place de sa démarche de la gestion du risque : références aux procédures de différentes instances (CLIN notamment), installation de l'informatique en salle (très bénéfique, notamment sur la traçabilité du patient et de sa préparation), rapprochement des patients auprès de centres spécialisés (Orthorisq). Les certifications successives ont permis à la clinique Arago de formaliser ses pratiques et d'impliquer tous les professionnels dans la démarche de la gestion des risques.

Simultanément, les patients ont été informés de la démarche de la Direction de la clinique qui a réalisé des audits et publié les indicateurs. Malgré le développement de courts séjours à moindre risque, le choix de l'établissement s'est porté sur le suivi du risque hématome. Les établissements sont portés à ne plus mettre les patients dans les centres de rééducation. Les signes de réaction post-opératoires doivent être expliqués. La prise en charge doit être précoce. Des réunions avec les patients en préopératoire et sur le post-opératoire sont organisées.

Mme Amélie Gélis explique que la clinique a pris conscience de ce qu'elle ne savait pas bien faire en se rapprochant de centres spécialisés. Les résultats sur cinq ans sont encourageants et confortent dans l'idée que la démarche est la bonne. Ces résultats permettent d'appréhender les nouveaux défis qui s'offrent à la clinique aujourd'hui. Le 1<sup>er</sup> défi est l'évolution rapide de la prise en charge du patient. La tendance est à la réduction de séjour, voire à la prise en charge en ambulatoire, y compris pour les prothèses.



## La clinique face à ses nouveaux défis

- L'accourcissements des durées de séjours
  - « Pression » de l'ambulatoire

Une hanche opérée en ambulatoire, une première en France

« Un patient sur cinq pourrait être opéré ainsi. » Dr Grégory Biette





## La clinique face à ses nouveaux défis

- L'accourcissement des durées de séjour: Quel impact sur le risque infectieux?
  - Retour sur l'expérience danoise
  - Les risques d'une sortie trop précoce
    - Survenue et gestion de complications médicales
    - Nécessité d'éducation du patient avant l'hospitalisation
    - Nécessité de création de structures allégées



Cet accourcissement des durées de séjour doit nécessairement être pris en compte. Quelles conséquences, par exemple, le drainage artériel laissé en place 3 jours après la pose d'une prothèse pour lequel un suivi prospectif de risque d'hématome sera effectué ?

Les établissements sont très encouragés à ne plus envoyer les patients dans les centres spécialisés mais à rentrer chez eux. Les soignants doivent donc être plus présents. Les opérateurs de la clinique laissent de plus en plus leurs coordonnées personnelles. Des réunions préparatoires sont organisées, et de l'aide à domicile est conseillée. La mise en place d'hôtels médicalisés sur le modèle des hébergements proposés aux Etats-Unis est attendue.

La clinique Arago rencontre de grosses contraintes de structures, comme bon nombre d'établissements parisiens. Elle a eu l'opportunité d'avoir un soutien financier afin de s'installer sur le site du groupe de santé Paris-Saint-Joseph afin d'accroître sa capacité d'accueil (de 55 à 66 lits). Elle a l'ambition de devenir un pôle d'excellence de prothèse sur Paris.

Désormais la clinique va profiter d'un espace large, de circuits garantissant la qualité de l'eau, avec flux laminaire au bloc opératoire, permettant des interventions dans des conditions d'asepsie idéale.

Par ailleurs, l'orthopédie nécessite beaucoup de matériel et de stock, qui ont tendance à emboliser les couloirs des blocs opératoires. Il a donc été fait l'acquisition de grosses armoires électriques de stockage qui permettent à la fois de mieux gérer l'espace et de ménager le dos des infirmières de blocs opératoires.

La clinique Arago connaît en orthopédie le rôle positif de certains matériaux, sur les bactéries, sur les situations à très hauts risques infectieux comme dans le cas de prothèse massive après tumorectomie.

Au fil des collaborations entre la Clinique Arago et LE LIEN, une prise de conscience sur les effets bactéricides du cuivre a porté l'établissement à installer des poignées de portes et des mains courantes en alliage de cuivre antibactérien dans les services d'hospitalisation et de déambulation du nouveau bâtiment. Désormais, des indicateurs vont être mis en place afin de permettre de mesurer de façon plus pointue les effets préventifs de ces installations.



**M. Charles-Antoine Benhamou, Directeur Général de l'Hôpital Privé Nord Parisien** présente son établissement. Il intègre 4 grands pôles : maternité, dialyse, cancérologie et chirurgie, ainsi qu'un service aval de « soins de suite cancérologiques ». Il est axé sur la gestion des risques et la prise en compte des maladies infectieuses, mais aussi, de par son positionnement, sur la qualité et l'innovation. Il a participé aux travaux sur les propriétés du cuivre pour confirmer les études et les propriétés qui avaient été constatées *in vitro*, avec une situation *in situ* dans l'établissement. C'est pourquoi il a choisi le service de « soins de suite cancérologiques », car ces patients sont jugés être les plus à risques. L'expérimentation qui a été conduite a nécessité la résolution de problèmes techniques ainsi que l'établissement de protocoles.

De cette étude, M. Charles-Antoine Benhamou conclut sur des résultats obtenus très encourageants dans les services équipés de poignées de cuivre antibactérien.

Il ajoute que, ayant par ailleurs été sensibilisé sur le sujet, depuis de nombreuses années, une campagne a été lancée en 2011 dans tous les services de l'établissement sur l'étude du taux de COV (Composé Organique Volatil) présent dans l'air de l'établissement. Cette notion était mal maîtrisée. La première campagne a fait prendre conscience que ces taux pouvaient être importants, sachant qu'il existe une classification avec plusieurs stades.

Dans cette première campagne, dans certains locaux, l'établissement a révélé qu'il se trouvait quelquefois au-delà des limites conseillées. Cela a permis de comprendre pourquoi l'air était vicié et qu'il fallait aérer, ainsi que de comprendre l'importance d'une VMC pour renouveler l'air dans un milieu confiné. Ces problèmes ont été résolus.

Puis l'établissement s'est intéressé aux sources de ces composés organiques volatils qui sont souvent présents dans les établissements. Il est toujours possible de les réduire, notamment au niveau du nettoyage. Des produits de nettoyage et des bonnes pratiques ont été mis au point. Dans le cas de reconstruction ou de construction, il peut être envisagé d'imposer ce cahier des charges et ces matériaux spécifiques aux prestataires, partenaires, intervenants extérieurs.

Ces matériaux sont de plus en plus connus (colles, mobiliers, peintures...). Des normes ont été imposées afin d'être dans le préventif et non dans le curatif. Les patients bénéficient de cette amélioration, même lorsqu'elle est de courte durée. En revanche, pour les professionnels, ils passent de nombreuses heures dans le lieu. Et donc, il est ici tout à fait opportun de rechercher du bien-être au travail grâce à cette amélioration de la qualité de l'air intérieur qui comprend également le fait d'éviter d'utiliser des matériaux qui relâchent des nanoparticules. L'établissement y travaille, notamment avec le pôle « mère-enfant » qui s'attache à devenir un pôle « éco-maternité » particulièrement vigilant.

Le dernier exemple d'implication de l'établissement ne concerne pas seulement les patients et les professionnels de santé, mais aussi l'environnement extérieur. Ainsi, l'établissement a décidé de s'intéresser aux études de relargage des médicaments dans les eaux usées dont l'impact est difficile à mesurer. La mise en place de l'indice PBT (Persistance, Bioaccumulation et Biotoxicité) qui retrace l'impact, entre autres, des résidus médicamenteux qui se retrouvent dans l'eau, permet une classification. La totalité de l'établissement (les praticiens, prescripteurs et soignants), a été sensibilisée par l'utilisation de cette classification qui a été introduite dans le livret thérapeutique afin qu'au cours de leurs futures prescriptions ils prennent en compte cette notion : entre deux médicaments à propriétés équivalentes, l'un peut avoir plus ou moins de conséquences sur l'environnement. Aujourd'hui

l'établissement est à la recherche d'outils d'aide à la prescription afin que ce ne soit pas trop compliqué pour les praticiens. L'hôpital espère généraliser cette notion afin de diminuer les relargages et la contamination des eaux qui concernent toute la population.



**Le Professeur Bill Keevil, Directeur du Laboratoire santé environnementale de l'Université de Southampton** présente un diaporama consacré au thème « Briser la chaîne infectieuse ».

Il ouvre son propos par une question délibérément provocante : Si, chaque jour, un avion de ligne s'écrasait avec ses 200 à 300 passagers, continuerions à envisager de prendre l'avion ?

À travers cette métaphore Professeur Keevil évoque les 350 patients américains qui meurent chaque jour d'infections nosocomiales dues, pour une grande partie, aux phénomènes de multi-résistance bactérienne. Alors même que les statistiques de l'aviation civile américaine ne dénombrent que 153 morts entre 2001 et 2011, soit deux morts pour 1000 millions de passagers.



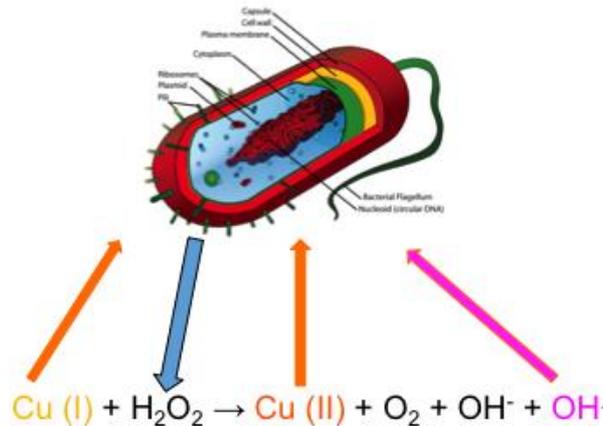
Un rapport de 2011 de l'OMS témoigne que les infections nosocomiales dans l'Union Européenne présentent jusqu'à 51 % de prévalence en réanimation dans les pays de l'UE.

Quelques chiffres révèlent des faits plus que préoccupants : chaque année 4,1 millions de patients sont touchés, ce qui représente 16 millions de journées d'hospitalisation supplémentaires et un impact budgétaire pour la santé de 7 000 000 000 €. 37 000 décès sont enregistrés. 80% des infections se propagent par le toucher. On note également des lacunes lors de la mise en place manuelle des mesures de décontamination.

Les travaux réalisés sur le cuivre antibactérien ont mené le Professeur Keevil à étudier et comprendre le mécanisme antibactérien du cuivre qui agit sur les agents pathogènes d'origine hydrique (*legionella pneumophila*, *helicobacter pylori*, *escherichia coli*), sur les agents pathogènes alimentaires (*escherichia coli*, *salmonella*, *lysteria monocytogene*), et sur les agents pathogènes nosocomiaux (*SARM*, *VRE*, *Clostridium difficile*, *klebsiella pneumoniae*, *fungi candida*, le virus de la grippe H1N1, norovirus, adénovirus).

Grâce à l'utilisation du cuivre, la destruction complète des germes se produit dans les 5 minutes, 10 minutes pour le bronze et le laiton, contre 20 minutes pour le maillechort (Alliage cuivre-zinc-nickel).

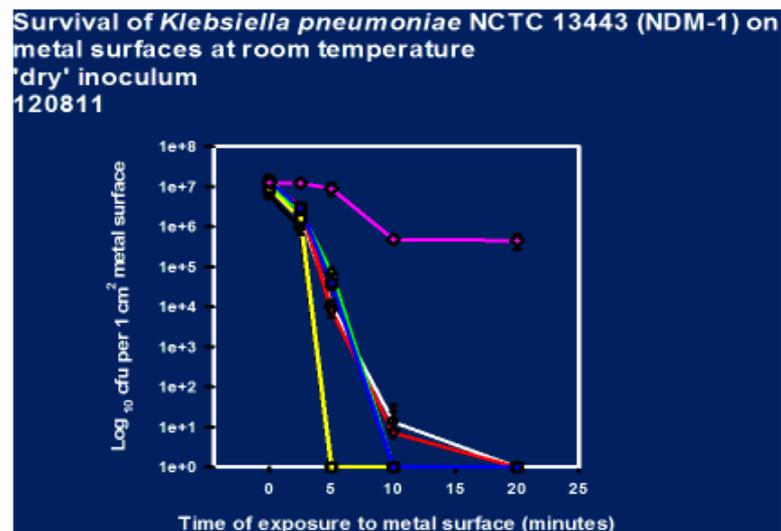
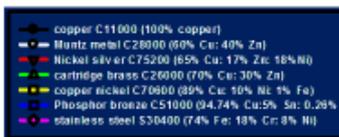
## Bacterial metabolic suicide on Cu



- Rapid 200,000x uptake of Cu(I) in seconds and attack
- Generation and attack by Reactive Oxygen Species

Rapid death of *K. pneumoniae* encoding *bla<sub>NDM-1</sub>* on copper and alloy surfaces: dry inoculum

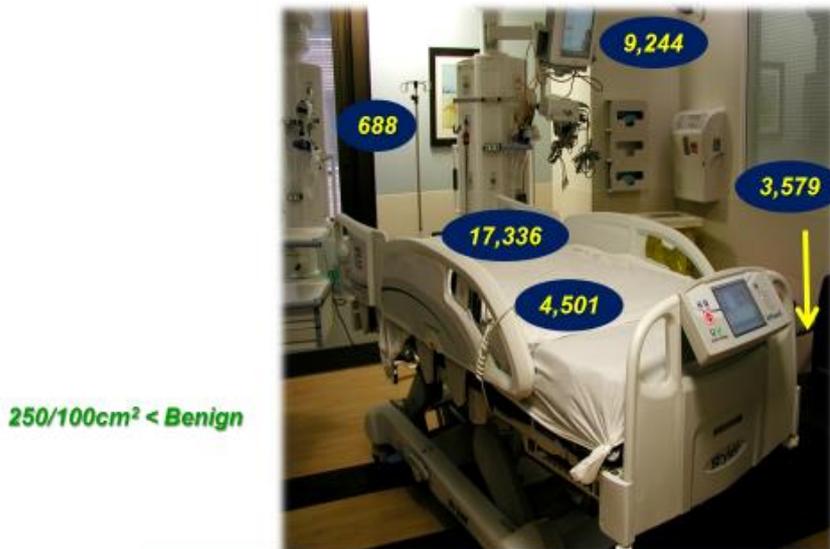
Complete kill within 5 minutes occurs on copper and copper nickel ;  
10 minutes for phosphor bronze and cartridge brass and 20 minutes for nickel silver and muntz metal.



Warnes et al. mBio 3, e00489-12 (2012)

Afin de mesurer l'incidence sur le patient des surfaces de contact fréquemment touchées il a été réalisé un relevé des germes présents dans l'environnement du patient en chambre de réanimation. Le résultat est explicite et sachant que plus de 250 bactéries par 100 cm<sup>2</sup> représente un risque infectieux pour le patient, on comprend mieux le taux d'infection d'un patient sur vingt.

Question : *Que faire pour changer cela ?*



When we look, the risk is omnipresent!

M. Schmidt

Une étude comparative avec des surfaces de contact en cuivre et alliages de cuivre a été réalisée, avec relevé des germes sur les surfaces de contact dans 16 chambres de réanimation pendant 21 mois. Sur les barreaux de lits, le cuivre a diminué dans un rapport supérieur à 17 le nombre de bactéries présentes.

Risk was Significantly Lower with Copper

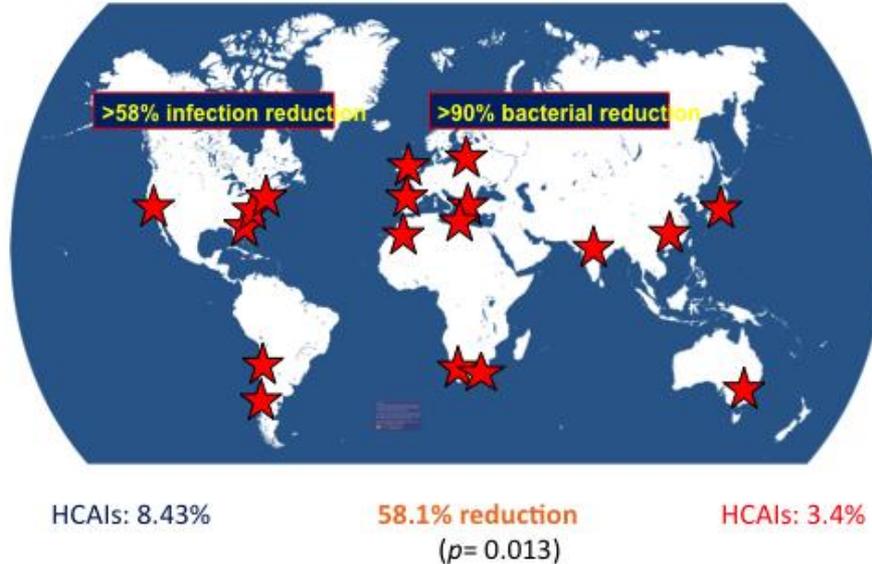


16 rooms sampled weekly for a period of 21 months, n=1012

Schmidt et al., JCM 50, 2217-2223 (2012)

Les différentes études réalisées dans le monde concluent à une réduction de plus de 90% des bactéries présentes sur les surfaces de contact en cuivre, associée à une réduction du taux d'infections nosocomiales de 58%.

## Ward Trials Worldwide



Ces tests effectués à l'échelle mondiale ont prouvé que le cuivre agit comme un « perturbateur » qui élimine la bactérie. Les surfaces de contact en cuivre sont une mesure de prévention supplémentaire pour lutter contre les infections.

Ces recherches témoignent des défis engagés par de nombreux acteurs de la santé pour lutter contre les maladies nosocomiales.

### 5ème table ronde Démocratie sanitaire Les moyens d'implication des patients

**Dr Jean-Charles Leclerc, Médecin Radiologue, FNMR & Labelix,**

**M. Alain-Michel Céretti, Fondateur du lien**

**Dr Bruno Favier, Conseiller médical Fondation Caisses d'Epargne pour la solidarité**

**M. Alain-Michel Céretti** présente le Dr Jean-Charles Leclerc référent qualité pour l'échographie et la radiologie. Il précise que le Dr Bruno Favier interviendra dans le cadre des travaux effectués par les Ehpad gérés par la fondation de la Caisse d'Epargne pour la solidarité. LE LIEN est très attaché à ce que les problématiques spécifiques liées à l'âge soient prises pleinement en compte dans les politiques de gestion des risques liés aux soins comme notamment le risque infectieux et l'iatrogénie médicamenteuse.



**Le Dr Jean-Charles Leclerc** représente la médecine de ville et aussi, par le développement de sa démarche qualité « Labelix », les services radiologiques et les établissements hospitaliers publics.

Pour lui, ce qui est en question c'est l'évaluation des pratiques. Cette question en appelle une autre, plus fondamentale : « Lorsqu'on est médecin, peut-on évaluer ses propres pratiques ? Et, si on le fait, quels axes d'amélioration met-on en place ? Enfin, y-a-t-il vérification de ce qui a été réalisé ? »

La démarche de qualité concerne l'amélioration dans la prise en charge des patients. La démarche « Labelix » met le patient au centre de ces problématiques. La réflexion a donc porté sur une meilleure prise en charge des patients dans les structures d'imagerie médicale.

En qualité de radiologue libéral, à la base, une certaine culture de la qualité est acquise grâce à la mise en place historique de la mammographie dans le dépistage du cancer du sein. Elle implique la formation des personnels réalisant l'examen, la formation des médecins, des contrôles qualité internes et externes. Une deuxième lecture a été mise en place (revue par un deuxième médecin radiologue pour plus de sécurité). Cette démarche qualité a été initiée il y a plus de 10 ans avec des sites pilotes. Aujourd'hui, 120 structures sont labélisées ou en cours de labellisation.

Une démarche qualité se base sur un référentiel qui détaille pour le cabinet de radiologie la démarche à suivre en dix chapitres. Huit de ces chapitres couvrent l'ensemble de la pratique depuis le passage du patient dans ses structures, avec la prise compte de l'ensemble des obligations réglementaires, jusqu'à la transmission du compte-rendu au médecin. Ce référentiel est en constante évolution. Deux chapitres sont des outils de management de la qualité inspirés de la norme ISO 9001.

« Labelix » n'est pas une certification en soi de l'acte médical. Elle a pour but d'assurer la prise en charge du patient dans les meilleures conditions possibles.

En pratique le centre d'imagerie va définir des axes d'amélioration prioritaires pour ensuite les mettre en place. Il va ensuite réaliser une sorte d'audit à blanc afin de vérifier que les solutions ont bien été mises en œuvre. Au terme d'environ 3 années en moyenne de travail d'amélioration des pratiques, un audit externe sera réalisé afin d'obtenir un label valable quatre ans, sujet à vérification à mi-parcours.

Par la suite, afin d'assurer un processus d'amélioration continue, des réunions régulières du comité de pilotage ont lieu avec un suivi régulier, un traitement des événements indésirables et des enquêtes de satisfaction.

S'agissant des sécurités, le Dr Jean-Charles Leclerc, pour illustrer le thème du colloque aujourd'hui, a retenu 4 types de sécurités :

1- La sécurité du chariot d'urgence qui doit être complet. Ce qui implique aussi de former les médecins et les soignants et de faire des exercices réguliers, des fiches très simples. Au demeurant, sur le chariot d'urgence, la traçabilité des consommables doit être strictement gérée.

2- La sécurité incendie et informatique.

3- L'hygiène qui est aussi au cœur du label « Labelix ». Le travail réalisé auprès des établissements privés et publics implique une réflexion et une gestion tracées.

4- Le domaine de la radioprotection qui est évidemment central. Il faut mesurer l'exposition des patients, noter la dose et transmettre ces informations aux institutions. Cela implique un suivi et une maintenance très rigoureux des équipements. Des outils sont développés tels que les logiciels qui permettent d'évaluer les pratiques et de mettre en place des précautions, notamment pour la prise en charge des grossesses. La dose de rayons figure dans le compte-rendu.

Ainsi, une démarche qualité permet d'évaluer les pratiques et d'agir en conséquence, pour une diminution constante des doses reçues.

À titre d'illustration de la démarche, le Dr. Jean-Charles Leclerc présente l'exemple de l'évolution à la baisse de la dose reçue par un patient pour un scanner du rachis lombaire, sur une période de 3 ans, en fonction des différentes actions menées.



Dr Delgoffe centre J. Callot Nancy

142

En conclusion, la démarche « Labelix » permet d'améliorer la prise en charge des patients dans les structures d'imageries à différents moments de leur passage dans un cabinet de radiologie avec un point particulier : mettre les patients au centre des préoccupations des radiologues, en leur procurant des soins avec un maximum de sécurité. Le souhait des radiologues serait aujourd'hui de générer cette démarche qualité à l'ensemble des structures d'imageries, car actuellement elle n'est pas reconnue par l'ensemble des tutelles.

**M. Alain-Michel Céretti** constate que la démarche qualité n'est pas valorisée ni récompensée. Ses « moteurs » restent invisibles et la non-qualité n'est pas sanctionnée. Il regrette que l'on assiste à un nivellement par le bas, à l'encontre des intérêts des patients.



**Le Dr Bruno Favier, médecin de formation gériatrique**, souhaite, pour sa part, revenir sur 3 points :

- En premier lieu, sur la conclusion d'une audition HAS de 2008 qui disait, en substance : « référons nous au droit commun qui doit s'appliquer aux personnes en situation de handicap, bien que parfois il ne soit pas suffisant et qu'il faille inventer autre chose ». Six ans après cette conclusion, le Dr Bruno Favier précise qu'elle reste pertinente. Le secteur médico-social est en avance sur ce point précis, en particulier sur le volet de la démocratie sanitaire dans les établissements.
- En deuxième lieu, les schémas de soins et d'accompagnement médico-sociaux gériatriques et gérontologiques pourraient être repris dans les établissements sanitaires.

Si la plupart des personnes travaillant dans les établissements médico-sociaux ou dans les établissements prenant en charge des personnes handicapées ou très dépendantes, viennent d'une formation sanitaire, il est essentiel, dans l'avenir d'espérer un retour d'expérience du médico-social, de la gériatrie et de la gérontologie, vers le sanitaire.

- En troisième lieu, il faut reconnaître l'insuffisance des données disponibles qui complique la mise en application des initiatives. Le Dr Bruno Favier est convaincu que les problèmes de pathologies, et en particulier du risque ou des infections, n'étaient pas recensés avant que LE LIEN ne propose de le faire lors de ses états généraux de 2007. Le taux d'infection associée aux soins en EHPAD communément admis était de 4 à 5% alors qu'une étude de l'Observatoire du Risque Infectieux en Gériatrie (ORIG) faite en 2008 - 2009 a montré qu'il était en réalité voisin de 10%.



## Quelques spécificités des usagers du secteur médico-social

- Fragilité médicale et vulnérabilité sociale;
- Protection juridique;
- Obligation de sécurité, et liberté d'aller et de venir;
- La famille: Place revendiquée et place accordée;
- Déontologie versus éthique.

La fragilité est un facteur de risque qui doit être accepté par le patient. Beaucoup de personnes (800 000 en France) accueillies dans ces centres sont protégées par une mesure juridique.

L'obligation de sécurité et la liberté d'aller et venir sont des principes qui ne sont pas simples à conjuguer lorsqu'une personne est confinée dans une chambre. Cette exposition au risque doit être expliquée au patient.

Depuis 2002, le législateur a donné une place importante à la famille, via des conseils de la vie sociale. Cet outil très intéressant de démocratie sanitaire pourrait être exporté dans certains établissements.

Enfin, la déontologie demeure une référence intangible. Dans certains établissements, elle peut se révéler contraire à l'éthique.

Il ne faut jamais oublier non plus qu'une partie des patients/résidents sont atteints de troubles cognitifs. Le choix des personnels soignants doit être précis. Leur façon de s'exprimer est déterminante. La sémantique n'est pas indifférente, car une partie des mots utilisés peut se révéler incompréhensible par les patients. Il semble donc important de clarifier la communication avec les patients ou les résidents en formant ou en identifiant les bons porte-paroles.

L'implication des établissements est à définir au regard des pathologies. C'est un exercice de démocratie sanitaire auquel personne ne peut se soustraire dans les établissements. Il faut l'utiliser en créant des outils nouveaux.

Pour rappel, concernant les outils de la loi de 2002 : le législateur a proposé 7 outils pour la gestion du conseil de la vie personnelle et le contrat de séjour (projet de soins personnalisés).

Parmi eux, 3 outils sont soulignés : le conseil de la vie sociale, la personne qualifiée qui n'est pas encore présente dans tous les établissements en 2014 et le contrat de séjour qui en tant que tel n'est pas forcément un outil de démocratie sanitaire, mais dont des annexes sont obligatoires : un projet de vie ou de soins personnalisé.

Les propositions qui sont faites et pistes qui sont suivies : la formation initiale de tous les soignants (il a été proposé que chaque personne vienne dans un établissement de ce type afin d'apprendre les outils, le langage et la manière de soigner les personnes en situation de handicap), l'éducation thérapeutique des patients (ETP) pour les malades souffrant d'Alzheimer, ce qui n'est pas utilisé dans les établissements à l'heure actuelle.

Malgré l'accompagnement des aidants, l'approche et l'analyse systémique ne sont pas utilisés. Et il faut noter également que la médiation n'est pas appliquée dans tous les établissements avec une efficacité et une implication identiques. Neuf ARS expérimentent les PAERPA (Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie), dont la vocation est de s'étendre à d'autres pathologies que les personnes fragilisées et à d'autres secteurs de soins que le médico-social.



## Quelques propositions et pistes

- La formation;
- L'éducation thérapeutique des aidants naturels et des professionnels;
- L'approche et l'analyse systémique;
- La médiation;
- Les parcours de santé et de soins centrés sur les usagers ou les résidents (exemple des PAERPA).

LE LIEN s'est très tôt interrogé sur le devenir des personnes âgées dépendantes dans ces établissements. L'association s'est aperçue que les politiques de risques infectieux et de tout ce qui relève de la démocratie sanitaire avaient commencé en établissements de santé plutôt que dans les établissements médico-sociaux, alors même que les personnes dans les établissements médico-sociaux ont besoin de beaucoup plus d'attention car elles sont plus fragiles.

Les instances médicales avancent sur ce sujet difficile de démocratie sanitaire car le patient est généralement intégré dans ces structures sur plusieurs années. Les réclamations ne s'expriment pas de la même façon.

## 6<sup>ème</sup> table ronde Le patient Cible et partie prenante d'une organisation sanitaire à son service Regards croisés

**Mme Claude Rambaud, Vice-Présidente du lien**

**Mme Nittita Prasopa-Plaizier, Département Prestation de services et Sécurité (OMS)**

**Mme Katthyana Genevieve Aparicio-Reyes, Département Prestation de services et Sécurité (OMS)**

**Mme Claude Rambaud** tient à rappeler un principe simple qui le fondement même de l'action du « Lien » : *Rien ne vaut la prévention afin d'éviter la survenue d'un événement indésirable.*

En effet, l'idéal est que l'événement indésirable ne se produise pas. Prévoir c'est savoir. Or, que savons-nous de l'iatrogénie médicale ? Malgré l'obtention de données internationales, en France, les chiffres sont difficiles à obtenir. Nous possédons ceux qui concernent la mortalité. Sur 15 millions d'hospitalisations, 1 patient sur 300 hospitalisés décède d'un accident médical. 50% seraient évitables. Cela nous interroge.

En France, les causes de décès sont mal évaluées et mal suivies. C'est pourquoi il faut sanctionner la non-déclaration. L'importance et la qualité de l'information sont essentielles pour mieux prévenir. L'information est un principe essentiel de la prise en charge.

*De quelle information le patient a-t-il besoin ? En France, le patient accède-t-il à son dossier n'importe où et à n'importe quel moment ?*

Aux Etats-Unis, le patient peut télécharger son dossier en toute circonstance. Aujourd'hui, en France, nous n'en sommes pas là. Les accès aux informations médicales sont toujours difficiles. « Le Lien » est en faveur d'un accès ouvert aux données.

*In fine*, dans le système français, c'est au directeur d'établissement que revient la décision pour tout ce qui concerne le rapport au patient. Donc, ce que revendique « Le Lien », c'est qu'existe une instance de sécurité des patients dans chaque établissement de santé.

Celle-ci devrait disposer de moyens identiques à ceux dont dispose la sécurité des personnels en matière d'alerte, d'investigations, voire d'un véritable droit de veto à l'encontre des mauvaises pratiques. Ce ne serait qu'ensuite qu'il appartiendrait au directeur de prendre ses responsabilités. Or, aujourd'hui, ce n'est absolument pas le cas. C'est pourquoi « Le Lien » a décidé de faire la promotion d'une telle instance de sécurité des patients. Cela existe dans les grandes entreprises où le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) dispose de ce droit de veto face au chef d'entreprise et peut suspendre une activité si elle est jugée dangereuse.

S'agissant, d'une façon plus générale, de la promotion de la qualité, Le Lien se réjouit qu'avec la loi de financement de l'assurance maladie qui vient d'être votée, l'article 46 intègre dans les établissements la mise en place d'indicateurs de qualité et ouvre quelques perspectives nouvelles qui vont dans le bon sens. Encore que Le Lien regrette le fait que la loi prévoit de sanctionner les établissements dont les indicateurs seraient insuffisants, car, sanctionner un établissement c'est sanctionner ses budgets, donc c'est sanctionner les patients.

Mme Claude Rambaud se veut néanmoins optimiste car, selon elle, même si les avancées constatées sont timides, elles révèlent qu'une prise de conscience a eu lieu, ce qui est un gage d'avenir.

**Mme Nittita Prasopa-Plaizier** élargit la perspective. Elle rappelle que la mission de l'OMS est de guider, et de coordonner l'action sanitaire internationale. Elle a pour objectif d'amener tous les peuples au niveau le plus élevé possible de santé. Le texte du préambule de 1948 à la Constitution de l'OMS dit que : «*La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ».

L'OMS, dont le siège est à Genève, représente 194 états membres et rassemble plus de 7000 personnes dans 150 pays au travers de 6 grandes régions mondiales. Le Service Sécurité des Soins (SDS-Service Delivery & Safety) est rattaché au Département Systèmes de Santé et Innovation (HIS-Health Systems and Innovation). C'est au sein de ce Département qu'est situé le service en charge de la Sécurité du patient et de l'amélioration de la qualité des soins.

La politique de l'OMS est axée sur la place du patient : il faut que l'individu soit au centre des préoccupations des acteurs de la santé.

La politique de couverture santé universelle doit être innovante et porteuse de valeurs. Donner du pouvoir aux patients est essentiel tout autant que mettre l'accent sur sa sécurité (problèmes cliniques, humains, économiques...).

La sécurité des patients est un sujet mondial. L'OMS a identifié et travaille sur différentes thématiques récurrentes quels que soient les pays. Par exemple : les pratiques sécuritaires en matière de prévention des infections, d'injection ou de transfusion, les check-lists, les soins vitaux et chirurgicaux d'urgence, mais aussi l'éducation du patient et de sa famille à la sécurité des soins.

Si l'on considère plus particulièrement une question clé comme celle des pratiques dangereuses d'injection et de surutilisation des injections, il est alarmant de constater que 6 % des seringues à usage unique sont réutilisées sur les patients et mènent à 1,7 million de nouvelles infections dues au virus de l'hépatite B, mais aussi à 350 000 nouvelles infections dues au virus de l'hépatite C et à 75 000 nouvelles infections par le VIH ; le total aboutissant à 1,3 million de décès par an.

C'est évidemment ce type de constats alarmant qui guidé l'OMS dans sa politique. Ainsi, son programme de sécurité des patients a instauré des mesures visant à changer le comportement des professionnels de santé et des institutions de santé, en limitant la pratique des injections d'une part mais aussi, d'autre part, en lançant un programme de sécurité global sur l'utilisation des seringues dans le but de protéger aussi bien les soignés que les soignants.

On peut examiner cette politique sous un autre angle essentiel, celui du partenariat. Le partenariat s'impose comme axe très innovant dans l'amélioration de la prise en charge du patient. L'idée est de faire collaborer différentes entités dans un but commun en instaurant une relation de confiance mutuelle. L'OMS propose un engagement total des patients et de leurs familles afin de répondre à sa politique mondiale intégrant la mise en place de la couverture maladie universelle centrée sur la Qualité et la Sécurité des Personnes. Ce point a été engagé lors de la Consultation mondiale d'experts et cadres de l'OMS relative à l'engagement du patient et de sa famille, les 27 et 28 Octobre 2014, au Siège de l'OMS. Il faut étendre l'implication des patients si l'on veut qu'ils puissent participer pleinement à leur parcours de soins.

L'engagement pour la sécurité et la qualité des soins vise à respecter le désir et le besoin propres de chaque patient en s'alignant sur ses valeurs.

La couverture universelle de santé au sens de l'OMS doit permettre à tout patient de bénéficier des soins dont il a besoin sans difficulté financière selon sa situation dans le système de prise en charge.

Pour la période 2014-2023, l'OMS s'est donné les objectifs suivants :

- construire une base de connaissances nécessaire à une meilleure gestion,
- renforcer l'assurance qualité, la sécurité, la bonne utilisation et l'efficacité,
- promouvoir la couverture maladie universelle par l'intégration.

C'est d'ailleurs le prolongement de la politique qui a inspiré le programme PFPS, Patients For Patients Safety qui a vu le jour en 2005 comme un pilier de l'alliance mondiale pour la sécurité des patients.

Il consiste, en effet, à responsabiliser les patients et promouvoir leur leadership, faire entendre leur voix aux soignants et aux politiques, collaborer avec les parties prenantes et faciliter la participation des patients.

Cela conduit à fournir un appui technique pour l'appropriation locale, à exploiter et contribuer à la production des outils, identifier les lacunes et fixer le programme de recherche, proposer l'innovation et l'engagement comme solutions efficaces, promouvoir des liens et créer des partenariats entre les parties prenantes.

Aujourd'hui le réseau global de PFPS dénombre près de 400 patients « ambassadeurs de leurs pairs » pour veiller à leur sécurité mutuelle dans 54 pays.

## Roles of WHO Patients for Patient Safety

- Empower patients and promote patient leadership
- Advocate to bring the patient voice to health care, services and policy
- Collaborate with stakeholders and facilitate patient engagement
- Provide technical support - for local ownership and local capacity
- Harness contributions and produce evidence-based tools
- Identify gaps and set research agenda
- Propose innovation and engage in innovative solutions
- Promote connections and create partnerships among stakeholders



World Health  
Organization

À ce titre, l'OMS tient à rappeler combien elle a appris en travaillant avec les pays les plus démunis ayant des systèmes de santé peu évolués.

Aujourd'hui, l'OMS tente de créer des chaînes de solidarité entre les différents pays afin de faire circuler les informations des uns et des autres dans l'intérêt collectif des patients.

Au Canada et en Malaisie, l'implémentation du réseau PFPS mis en place par l'OMS est particulièrement active. Des organisations ou institutions accordent leur support à ces réseaux et militent pour l'amélioration du système de santé au bénéfice du patient.



Mme Katthyana Genevieve Aparicio-Reyes, afin d'illustrer ses propos, présente, alors, aux participants et commente les éléments d'information qui suivent.



**Lancement en 2004 de la "World Alliance for Patient Safety" Alliance Mondiale pour la Sécurité des Patients, avec Sir Liam Donaldson en tant que Président**

En 2009 l'alliance devient "WHO Patient Safety Programme" - Programme pour la Sécurité des Patients de la OMS



## Programme de Sécurité des Patients de l'OMS Stratégie 2012-2015

**Vision**  
Chaque patient reçoit des soins de santé sûrs en tout temps et partout dans le monde

**Mission**  
Coordonner, faciliter et accélérer l'amélioration de la sécurité des patients dans le monde entier

**Objectifs stratégiques**

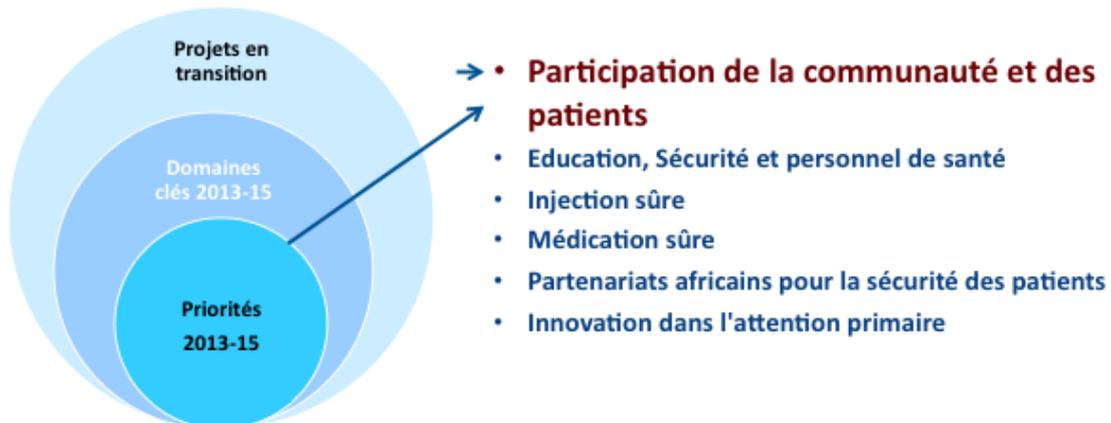
1. Assurer le leadership mondial dans la SP
2. Exploiter le savoir, l'expérience et l'innovation afin d'améliorer la SP dans la prestation des soins
3. Travailler avec les systèmes de santé, les ONG, la société civile et la communauté d'experts dans l'effort mondial pour rendre les soins de santé plus sûrs



## Domaines clés SDS 2013 – 2015



## Priorités SDS 2013 - 2015



## Engager les patients dans les soins de santé: la question n'est pas de savoir si nous devrions le faire, Mais COMMENT?

The Priority Medicines for Europe and the World Project meeting, Brussels, February 2013

## Défis



- Augmentation de l'agitation émotionnelle chez les patients / familles (aussi chez les professionnels de santé)
- Augmentation de la peur chez les patients/ familles pour se rendre aux services de santé
- Diminution de la confiance, (personnel, professionnels de la santé, institutions)
- Traumatisme psychologique des personnes impliquées
- Réputation des individus, organisations et même des systèmes.

Source: CPSI, Canada

## Opportunités



- Entendre directement les impliqués et comprendre les perspectives des patients / familles
- Identifier les améliorations en matière de qualité/sécurité (ceux qui ont une expérience directe)
- Développer des solutions avec une perspective patient / famille
- Promouvoir la communication et le travail d'équipe qui inclut la participation des patients/famille et autres parties intéressées
- Améliorer/implémenter une culture de sécurité des patients positive, ayant le patient/famille au centre de l'attention

Source: CPSI, Canada

### Patients pour la sécurité des patients (PFPS)

- Apporter des changements ayant un impact durable, patients et communauté doivent être au cœur de la mission d'améliorer la sécurité des patients.
- PFPS utilise une approche unique de l'OMS pour engager les patients dans la croyance qu'en partageant des expériences et des connaissances, chaque individu ainsi que l'établissement peuvent apprendre et s'améliorer
- Participation positive et constructive

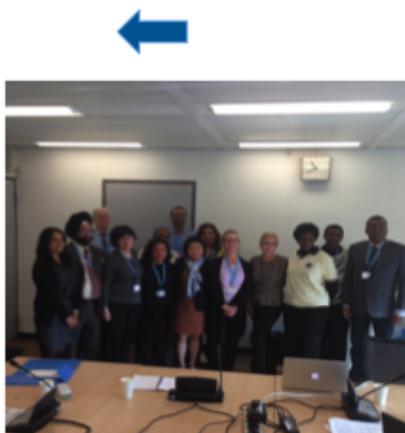
#### Valeurs fondamentales PFPS

Collectif  
 Franchise  
 Honnêteté  
 Partenariat de collaboration  
**Participation significative**  
 et "empowerment" (responsabilisation)



World Health Organization

## Notre travail...



### Réseau PFPS

- Renforcement de l'interaction, la communication, la promotion,

### Décideurs politiques

- Collaborer avec l'OMS, les organisations nationales et internationales

### Institutions académiques

- Créer et partager des connaissances à travers la recherche, l'éducation, la formation

### Prestataires des services de santé

- Faciliter la participation des patients dans les hôpitaux et centres de santé

### Société Civile, ONGs

- Collaborer avec les ONGs et d'autres organisations



World Health  
Organization

## Conclusion et perspectives

**Mme Béatrice Céretti, Présidente du Lien**

**M. Alain-Michel Céretti, Fondateur du Lien**

**M. Alain-Michel Céretti** remercie les représentantes de l'OMS pour leur présence et l'intérêt des communications qu'elles ont présentées. Il est convaincu que tous les participants en feront leur profit dans leurs actions en faveur de la sécurité des patients.

Il est remarquable que LE LIEN qui œuvre dans ce domaine depuis 17 ans rencontre pour la première fois, aujourd'hui l'OMS, alors qu'ils ont en commun tant de sujets de préoccupation.

Beaucoup des participants à ce colloque ont, sans doute découvert, comme lui, le programme de l'OMS en la matière.

M. Michel-Alain Céretti constate le parallélisme d'inspiration entre le programme de l'OMS et la terminologie lancée, en son temps, par le Dr. Bernard Kouchner, alors Ministre de la Santé qui invoquait déjà la « démocratie Sanitaire ». C'est à dire la participation des patients au système de santé afin qu'il puisse, à partir de leur parole, changer, évoluer et s'adapter à leurs véritables besoins.

En tenant compte aussi du fait que, dans un pays de 65 millions d'habitants, comme la France, cette démocratie sanitaire, visée par la Loi de santé du 4 mars 2002 a besoin pour être effective, d'être largement médiatisée afin d'être connue du plus grand nombre. D'où le rôle essentiel du réseau associatif.

La France, de ce point de vue, bénéficie, en matière de santé, d'un tissu associatif important et dense. M. Alain-Michel Céretti rappelle avoir remis, en 2004, au gouvernement un rapport sur l'état des associations de santé en France.

En fait, il existe plus de 7 000 associations œuvrant dans le domaine de la santé.

La Loi dite Kouchner sur les droits des malades, à la demande des grandes associations de santé a introduit un agrément public des associations de santé afin que la représentation des patients se fasse au travers d'associations agréées dont les compétences, l'indépendance et l'intégrité aient été validées. Enfin, que ces mouvements soient bien des associations de malades et non pas des associations de professionnels de santé.

Aujourd'hui, seules les associations agréées au niveau national peuvent représenter les malades dans les instances de santé nationales (assurance maladie, ensemble des agences national). Les associations peuvent représenter les malades dans la région dans laquelle elles ont un agrément, sachant qu'il y a 22 régions en France.

Dans l'avenir, l'une des perspectives envisagée est de collaborer, au niveau international, pour profiter de l'expérience commune. Il n'existe malheureusement pas de mouvement associatif européen solidement structuré. C'est un manque. Tant serait nécessaire un regard commun, une parole commune de patients Européens en mesurant ainsi les écarts d'un pays à l'autre notamment en matière de sécurité sanitaire réelle et ressentie et de respect des droits.

Depuis 1997, le sujet a, bien entendu évolué.

Le grand défi de demain, en ce qui concerne la sécurité des patients, est d'obtenir de « vrais » chiffres de mortalité et de morbidité, ainsi que des indicateurs par services et non des indicateurs globaux.

M. Michel-Alain Céretti souligne que s'il a un grand regret à exprimer, aujourd'hui, c'est, en effet, le manque d'implication des médecins sur ces sujets. Les médecins et notamment les chirurgiens sont évidemment des acteurs incontournables de la sécurité des soins. Paradoxalement, ils se sentent peu concernées par les politiques publiques d'amélioration de la sécurité des patients.

Il est important d'associer leurs compétences à la démarche. Ainsi, des indicateurs ciblés par service, par spécialité, pourraient dès lors avoir un impact direct sur leur image, leur réputation, et dès lors les impliquer davantage.

Ce colloque a donc été l'occasion d'un échange et d'un approfondissement d'expériences mais a aussi permis de découvrir des approches novatrices en matière de sécurité et de qualité des soins.

À l'issue de cette journée de travail commun, la Présidente du Lien, **Mme. Béatrice Céretti**, a formellement marqué l'adhésion de l'association aux objectifs du programme de l'OMS, « Patients for Patient Safety Global Network ». Une collaboration étroite est ainsi engagée entre LE LIEN et l'OMS pour soutenir les initiatives des patients et de leurs familles.

**Mme. Béatrice Céretti et M. Alain-Michel Céretti** ont conclu sur « *leur très grande satisfaction de voir l'engagement sociétal et humaniste du LIEN acquérir une dimension et une reconnaissance internationale qui vont lui permettre d'accroître encore son influence au service des patients en France et au-delà* ».

**M. Hervé Féron**, Député de Meurthe et Moselle, a conclu pour sa part, « qu'avoir accueilli, ce colloque à l'Assemblée Nationale, était pour lui une grande satisfaction, en voyant naître ici même les prémises d'une collaboration internationale sur un sujet, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins », qui le mobilise depuis de nombreuses années.

