

Sécurité-patient.fr

association  le lien

Ensemble pour des soins sûrs, des soins humains

SOMMAIRE

ÉDITO

4 ERREURS MÉDICALES

Celles que l'on ne veut plus voir : les « never events »

6 MA SÉCURITÉ PATIENT

Feuille de route 2023-2025

Mon établissement de santé est-il bien noté ?

8 DOCTEUR EST-CE BIEN NÉCESSAIRE ?

Le dépistage du cancer de la prostate

Traitement des fuites urinaires

11 BACTÉRIES ET VIRUS

À la maison : Frigocosmos

Antibio'Malin

Fluoroquinolones, alerte !

13 MES DROITS

L'accès au dossier médical par les ayants droit

Médecin-conseil de recours : késako ?

15 À LIRE

« Réparer les victimes » - Docteur Sauveur Boukris et Maître Étienne Riondet

« Droit à l'erreur, devoir de transparence »

- Professeur Éric Vibert

NUMÉRO 1

1^{er} semestre 2024

« NEVER EVENTS » LES ERREURS MÉDICALES QUE L'ON NE VEUT PLUS VOIR



Fondation des USAGERS

Sous l'égide de la
FONDATION DE
FRANCE

du système de SANTÉ

Créée en 2014, douze ans après la loi Kouchner sur les droits des malades, à l'initiative de la Fédération de l'Hospitalisation Privée et de son président, Lamine Gharbi, la Fondation des Usagers du Système de Santé est née de la volonté de promouvoir les enjeux de démocratie sanitaire et de droits des patients, dans une perspective d'intérêt général. Abrisée depuis son origine par la Fondation de France, et présidée aujourd'hui par Jean Léonetti, maire d'Antibes, ancien ministre et ancien parlementaire, avec au pilotage, sa déléguée générale Béatrice Noëllec, la fondation est accompagnée par un Comité composé de trois collèges : le collège des membres de l'hospitalisation privée, le collège des associations et le collège des personnalités qualifiées.

Au fil des années, la Fondation des Usagers du Système de Santé a élargi ses thématiques. Au-delà de la vitalité de la démocratie sanitaire et du respect des droits individuels et collectifs des patients, elle vise aussi à promouvoir des actions de prévention, de santé publique et de réponse aux enjeux de société, à valoriser une prise en considération accrue de la parole et de l'expérience du patient et de ses proches, à porter des initiatives de santé inclusive auprès des publics les plus vulnérables et à favoriser une meilleure appropriation par les patients des enjeux de la santé numérique.

En pleine crise Covid, elle a contribué à la préservation de la démocratie sanitaire et à l'expression des patients dans un contexte exceptionnel. Elle lance régulièrement des appels à projets en direction des associations et des acteurs de santé, pour promouvoir des « Initiatives Remarquables », assorties d'un soutien financier. En 2022 elle a distingué neuf initiatives, dont celle de l'association le LIEN remarquée par son adéquation avec l'esprit de la Fondation, s'agissant de créer un magazine dématérialisé destiné à ses adhérents pour mieux communiquer sur les infections nosocomiales et la qualité du parcours de santé, promouvoir un patient « acteur » et favoriser la participation et l'implication des personnes prises en charge, et de leurs proches, autour des enjeux de la sécurité du patient. Pour 2024, la Fondation porte le thème de la lutte contre les violences faites aux enfants, sujet de société majeur, qui mobilise les forces de la puissance publique et du grand public.

Le LIEN remercie la Fondation des Usagers du Système de Santé, son président Jean Léonetti, sa déléguée générale Béatrice Noëllec et son comité pour son soutien au lancement de ce magazine.

FONDATION DES USAGERS DU SYSTÈME DE SANTÉ - Fondation de France



Retrouvez la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP) sur LinkedIn

TOUS ENSEMBLE, PARTENAIRES DE LA SÉCURITÉ DES PATIENTS !

Chères lectrices, chers lecteurs,

Nous, patients et représentants de patients, partenaires de la qualité des soins, avons fêté le 4 mars 2022, les 20 ans de la loi Kouchner et l'avancement de nos droits, notamment « le droit de recevoir des soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées ».

Depuis 25 ans, notre association, le LIEN, soutient et accompagne des personnes qui n'ont pas reçu les meilleurs soins possibles et se bat pour promouvoir la meilleure sécurité possible de tous les patients, en milieu hospitalier comme en médecine de ville. À travers les dossiers confiés par nos adhérents, nous avons constaté que nombre de patients auraient pu recevoir de meilleurs soins s'ils avaient reçu les bonnes informations sur les risques et pu ne pas donner leur consentement, ou pu exprimer des observations, voire protester contre certains soins dont ils savaient l'exécution non-conforme aux bonnes pratiques connues ou n'étant pas en accord avec ce qu'ils savaient de leur état clinique.

C'est pourquoi, convaincus que c'est avec la participation des patients que nous ferons baisser le nombre de cas de complications médicales évitables, nous avons décidé d'ouvrir ces pages à l'échange des vécus et des savoirs pour promouvoir ensemble, patients, professionnels et politiques, des soins encore plus sûrs et plus humains pour tous les usagers de notre système de santé.

Notre association le LIEN n'a jamais baissé la garde en 25 ans : fondée par Alain-Michel et Béatrice Ceretti en 1997 pour défendre des personnes gravement atteintes d'infection nosocomiale due à la bactérie xénopi contractée dans une clinique où les chirurgiens contournaient les règles d'asep-

sie ; après avoir organisé les États généraux de la sécurité des patients de 2007 à 2017, le LIEN propose aujourd'hui ce magazine qui s'inscrit dans le droit fil de sa mission de prévention des erreurs médicales.

Publiée dans le journal NEJM, New England Journal of Medicine, le 12 janvier 2023, une étude états-unienne sur la sécurité des patients hospitalisés établit que les erreurs médicales graves évitables concernent 6,8% des admissions. Les erreurs médicamenteuses sont les plus fréquentes : 39%, suivies des erreurs chirurgicales ou dues à des processus : 30,4%, puis des erreurs liées aux soins (chutes, escarres, soins infirmiers) : 15% et enfin des infections nosocomiales : 11,9%.

Il y a déjà 20 ans, partant du constat que la participation des patients à leur propre sécurité, et plus généralement à la sécurité de tous, pouvait être efficace, le président Bill Clinton s'était alors engagé pour un programme de soins plus sûrs, invitant les patients à s'impliquer. Le programme « *Speaking up for safety* »¹ ou « **Parler pour des soins sûrs** » a été adopté par 70 pays en 15 ans.

La première recommandation de ce programme est « ***c'est ton corps et tu as le droit de savoir... Comme chaque patient, tu peux rendre tes soins plus sûrs en étant un membre actif, impliqué et informé de l'équipe soignante.*** »

Les patients français doivent également pouvoir compter sur un soutien politique au plus haut niveau.

Apprenons à poser des questions, à ouvrir nos yeux et nos oreilles et parlons-en !

¹ - Help Prevent Errors in Your Care
Speak Up: Help Prevent Errors in Your Care (grmc.org)

Celles que l'on ne veut plus voir : LES « NEVER EVENTS »



Le terme « never events » est apparu en 2001 aux États-Unis pour décrire des erreurs médicales choquantes, à commencer par la chirurgie du mauvais côté ou du mauvais patient, une erreur rare mais qui marque les esprits et épouvante aussi bien les usagers que les professionnels de santé. Il peut être traduit de plusieurs façons en français, pour les canadiens francophones, il s'agit des « événements qui ne devraient jamais arriver ». Pour figurer sur une liste de « never events » un événement doit être grave, entraîner la mort ou un préjudice tel que la perte d'un membre ou d'un organe ou un handicap important.

Une déclaration obligatoire de ces événements est parfois imposée légalement (dans 27 états nord-américains, en Angleterre, au Canada ou encore en Irlande où ils sont dénommés « serious reportable events »). Ces événements sont considérés comme de bons témoins du niveau d'engagement des établissements de soins dans la démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Aux États-Unis, les soins additionnels requis pour les conséquences de ces erreurs peuvent ne plus être payés par les assureurs, c'est le cas depuis 2009 après une chirurgie du mauvais côté ou du mauvais site.

En France, depuis le 25 novembre 2006, un décret définit le cadre permettant la déclaration des événements indésirables mais elle n'a pas été rendue obliga-

toire pour les professionnels (aucune sanction n'est prévue). Un cadre a été défini au niveau régional sous l'autorité des ARS (Agences Régionales de Santé), et un portail national « Signalement.sante.fr » est disponible depuis mars 2017.

La liste des « never events » a été élaborée en 2001 aux États-Unis et révisée à plusieurs reprises. Elle regroupe aujourd'hui 29 événements graves évitables répartis en 7 catégories.

Le Canada dispose depuis 2015 d'une liste de 15 « never events » publiée par l'Institut Canadien pour la Sécurité des Patients, aujourd'hui fusionné avec la Fondation Canadienne des services de santé pour constituer « Excellence en Santé Canada ». Le NHS anglais dispose également d'une liste de 16 « never events » mise à jour en 2021. La Suisse quant à elle dispose d'une liste en comptant 12 depuis 2020.

L'ANSM a introduit récemment une liste de 9 « never events » ne concernant que les erreurs médicamenteuses, contrairement aux listes des 4 autres pays. (L'ANSM précise qu'il s'agit de la troisième cause d'événements indésirables graves).

1. Erreur lors de la prise en charge des patients atteints de fibrillation auriculaire et traités avec des médicaments anticoagulants oraux
2. Erreur lors de l'administration du chlorure de potassium injectable
3. Erreur d'administration par injection intrathécale au lieu de la voie intraveineuse (IV)
4. Erreur de rythme d'administration du méthotrexate par voie orale (hors oncologie)
5. Erreur d'administration de gaz à usage médical
6. Erreur d'administration d'insuline
7. Erreur d'administration de spécialités utilisées en anesthésie réanimation au bloc opératoire
8. Erreur de programmation des dispositifs d'administration (pompes à perfusion, seringues électriques...)
9. Erreur lors de l'administration ou l'utilisation de petits conditionnements unidoses en matière plastique (sérum physiologique, solution antiseptique...) notamment à la maternité ou en pédiatrie

Source : ANSM

Le Canada dispose depuis 2015 d'une liste de 15 « never events » :

1. Intervention chirurgicale au mauvais endroit, sur le mauvais patient ou mauvaise intervention
2. Erreur dans les tissus, un implant biologique ou des produits sanguins
3. Oubli d'un corps étranger après une intervention chirurgicale
4. Décès ou préjudice grave attribuable à l'utilisation d'instruments insuffisamment stérilisés
5. Décès ou préjudice grave dû à la non-détection d'une allergie connue au médicament administré ou à l'administration d'un médicament lorsque l'allergie du patient avait été détectée
6. Décès ou préjudice grave dû à l'administration du mauvais gaz par inhalation ou insufflation
7. Décès ou préjudice grave dû à cinq événements pharmaceutiques • erreur au niveau de la voie d'administration d'une chimiothérapie, comme la vincristine administrée par voie intrathécale (injectée dans le canal rachidien) • administration intraveineuse d'une solution de potassium concentrée • injection accidentelle d'épinéphrine destinée à un usage topique • surdose d'hydromorphone par l'administration d'une solution plus concentrée que prévue • blocage neuromusculaire
8. Décès ou préjudice grave à la suite de l'insuffisance de traitement des perturbations métaboliques
9. Toute plaie de pression de stade III ou IV acquise après l'admission à l'hôpital
10. Décès ou préjudice grave dû au mouvement non contrôlé d'un objet ferromagnétique dans une salle d'IRM
11. Décès ou préjudice grave dû à des brûlures accidentelles
12. Patient sous le niveau d'observation le plus élevé quittant un établissement ou un service sécurisé sans que le personnel en ait connaissance
13. Suicide ou tentative de suicide d'un patient donnant lieu à un grave préjudice alors que les protocoles de prévention du suicide auraient dû être appliqués pour les patients sous le niveau d'observation le plus élevé
14. Nourrisson enlevé ou confié à la mauvaise personne
15. Décès ou préjudice grave dû au transport d'un patient de santé fragile ou atteint de démence

Source : Canada : Liste des Événements qui ne devraient jamais arriver, Excellence en Santé Canada, 2015

En France, la fréquence de l'ensemble des « never events » n'est pas connue avec précision. Commencer par reconnaître l'existence de ces « never events » quels qu'ils soient, recueillir et analyser les signalements et chercher à les prévenir efficacement devrait constituer une priorité.

L'article complet est à retrouver sur le site Sécurité-patient.fr



États-Unis : Liste des « never events »
National Quality Forum, 2016
<https://psnet.ahrq.gov/primer/never-events>



TROP SOIGNER REND MALADE
Albin Michel

Prix Prescrire 2017

La feuille de route du ministère de la santé 2023-2025

AMÉLIORER LA SÉCURITÉ DES PATIENTS ET DES RÉSIDENTS



Cette feuille de route comprend :

- 2 objectifs transversaux qui sont de mieux communiquer sur la sécurité auprès des professionnels de terrain et des usagers et renforcer la formation des professionnels et des patients à la culture sécurité.
- 4 axes de travail pour les professionnels de santé.

Et un axe spécifique, l'axe 5, destiné à promouvoir la place du patient et de ses proches dans l'amélioration de la sécurité des personnes soignées.

Cet axe 5 consacré à l'implication des patients se décline en trois types d'action :

- Action 1 : renforcer le pouvoir d'agir du patient en partenariat avec les professionnels de santé.
- Action 2 : faciliter le recueil de l'expression du patient et la prendre en compte.
- Action 3 : associer les patients et les représentants d'usagers dans l'analyse des événements indésirables.

Pourquoi un axe 5 destiné à mieux faire participer les patients qui le peuvent et leurs proches à leur sécurité ainsi qu'à celle des autres ?

La plupart des préjudices causés aux patients sont reconnus comme évitables, et la collaboration des patients, des familles et des aidants est l'une des principales stratégies pour réduire ces préjudices, c'est pourquoi la participation active des patients et leur autonomisation sont au cœur du *Plan d'action OMS pour la sécurité des patients 2021-2030* « Vers l'élimination des préjudices évitables dans le cadre des soins de santé » dont l'objectif premier est de :

Faire du « zéro préjudice évitable aux patients » un état d'esprit et une règle de base de la planification et de la prestation des soins de santé partout dans le monde.

Chacun, selon son état de santé, sa maturité et son discernement, peut contribuer à se protéger des préjudices évitables et améliorer la qualité des soins.

Association le LIEN

LIRE :

La feuille de route publiée par le ministère de la santé le 27 novembre 2023 :

« Améliorer la sécurité des patients et des résidents » : la 1^{ère} feuille de route 2023-2025 du ministère - Ministère du travail, de la santé et des solidarités (sante.gouv.fr)

Plan d'action mondial pour la sécurité des patients OMS 2021-2030 9789240062467-fre.pdf ([who.int](https://www.who.int))



Mon hôpital, ma clinique, sont-ils bien notés ?

LA CERTIFICATION D'UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ, POURQUOI ? COMMENT ?



DÉCOUVREZ LA CERTIFICATION DE VOTRE ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ !

La certification est une procédure d'évaluation obligatoire pour tous les établissements de santé ; elle est effectuée tous les quatre ans par la Haute Autorité de santé (HAS) lors d'une visite spéciale d'experts-visiteurs.

Son résultat peut être affiché dans l'entrée de l'établissement ou bien inscrit dans le livret d'accueil.

À défaut, vous pouvez le trouver sur le site de la HAS.

Pour accéder aux résultats, saisissez le nom de l'établissement sur le site de la HAS dans le champ prévu ;

ou scannez le QR code ci-dessous :



https://www.has-sante.fr/jcms/c_1725555/fr/qualiscope-qualite-des-hopitaux-et-des-cliniques

QUELS SONT LES SCORES DES ÉTABLISSEMENTS ?

Le score de chaque établissement est présenté sous forme de vignettes colorimétriques allant du vert (signifiant un score satisfaisant) jusqu'au rouge (signifiant une qualité des soins insuffisante) :



LA CERTIFICATION DE VOTRE ÉTABLISSEMENT, POURQUOI ?

Elle permet de porter une appréciation indépendante sur la qualité et la sécurité des soins pour améliorer la sécurité des patients, de veiller au respect de leurs droits et à la bienveillance de tous.

Cette évaluation concerne l'ensemble du fonctionnement d'un établissement et est délivrée par une agence sanitaire indépendante : la Haute Autorité de Santé (HAS).

Depuis 2022, la procédure de certification requiert la participation du patient lui-même à travers la méthode dite du « patient traceur ».

Chantal CATEAU
Association le LIEN

Doit-on accepter un dosage de PSA ?

LE DÉPISTAGE DU CANCER DE LA PROSTATE

La prévention que l'on appelle « primaire » peut permettre d'éviter la survenue de maladies quand un facteur de risque est identifié, peut être facilement mis en évidence, et qu'une intervention efficace peut être proposée. Elle est une action, un comportement en amont de la maladie qui vise à en réduire l'apparition. Très souvent, il s'agira d'intervenir sur les déterminants de santé, c'est-à-dire surtout les conditions de vie ou les habitudes qui peuvent exposer une personne à un facteur de risque connu. On pense évidemment au tabac et à l'alcool en premier lieu.

Le dépistage peut permettre d'éviter l'évolution d'une maladie vers une forme plus grave. La popularité du dépistage est donc facilement expliquée, en effet « mieux vaut prévenir que guérir ». Il existe un certain degré de confusion entre prévention primaire et dépistage. Ainsi, la prévention du cancer du sein comprend des recommandations : éviter de boire trop d'alcool ou un traitement hormonal trop prolongé de la ménopause.

Le dépistage, par contre, ne permet pas d'éviter ou de faire baisser la fréquence de sa survenue, mais de le traiter le plus tôt possible ; le dépistage est donc une prévention dite « secondaire », puisqu'il s'agit de diagnostiquer précocement les personnes qui ont déjà un cancer afin d'intervenir rapidement pour limiter son développement et sa propagation (les métastases).

De la même façon, l'arrêt du tabac sera toujours beaucoup plus efficace que la mise en œuvre d'un dépistage, par exemple par scanner, même limité à la population des fumeurs ou ex-fumeurs.

LE CAS PARTICULIER DU CANCER DE LA PROSTATE

Il s'agit bien entendu d'un cancer propre à l'homme et c'est aussi le cancer le plus fréquent, au 1^{er} rang des cancers (71 200 nouveaux cas par an) et au 3^e rang des causes de décès par cancer chez l'homme (8 700 décès par an, soit 3% des décès enregistrés chaque année en France).

De nombreux travaux épidémiologiques ont pu mettre en évidence que sa fréquence augmente avec l'âge et que la présence de cellules « cancéreuses » augmente donc avec les années. La probabilité, exprimée en %, de trouver des cellules cancéreuses dans une prostate lors d'une autopsie réalisée chez un homme décédé d'une autre cause, est équivalente au nombre d'années : autrement dit, à 40 ans, 40% des hommes seraient porteurs d'un cancer de la prostate et 80% à 80 ans.

Aucune mesure de prévention du cancer de la prostate n'a été mise en évidence mais il est cependant établi que le risque de développer une forme agressive est retrouvée dans certaines familles et l'environnement pourrait jouer un rôle¹.

Il faut retenir que la très grande majorité des hommes ne mourra pas d'un cancer de la prostate : si l'on meurt à un âge avancé « avec » un cancer de la prostate, on ne meurt donc pas souvent « d'un » cancer de la prostate.

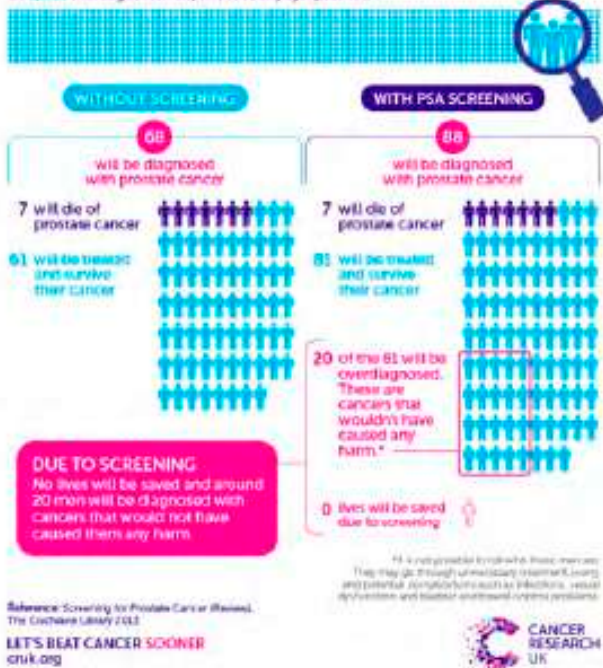
Le dépistage systématique de ce cancer, en commençant par un examen biologique mesurant le taux de PSA (*Prostate Specific Antigen*) prescrit en routine en l'absence de symptôme ou de contexte évocateur, n'est donc pas recommandé par les instances scientifiques officielles². Le dosage de PSA reste cependant trop facilement prescrit en routine, notamment lors d'une demande d'emprunt bancaire, et surtout sans qu'une information suffisante n'ait été donnée aux personnes concernées. Un taux de PSA augmenté va déclencher une biopsie qui va fréquemment trouver des cellules de cancer ou encore un cancer de petite taille, d'évolution très lente et qui ne se serait peut-être jamais révélé au cours de la vie des personnes dépistées (heureusement, il est désormais possible de ne plus les opérer et de les « suivre » grâce à l'imagerie médicale qui permet une « surveillance active »).



PROSTATE SCREENING IN MEN

IF THERE WAS A PSA PROSTATE CANCER SCREENING PROGRAMME

Of 1,000 men aged 45–80, without any symptoms...



Dans tous les cas, en l'absence de symptôme et de signe d'appel, tout homme devrait recevoir une information claire et objective sur la balance bénéfico-risque d'un dépistage si son médecin lui propose un dosage de PSA. Ainsi, Cancer Research UK, l'une des plus grandes organisations caritatives dans le monde et qui dispose de centres de recherche contre le cancer, met à disposition une aide visuelle utile depuis 2018³. Elle montre qu'un dosage systématique de PSA pour 1 000 hommes de 45 à 80 ans sans symptôme ou facteur de risque (hérédité, environnement) et suivis pendant 10 ans, ne permet pas de diminuer la mortalité par cancer de la prostate alors que plusieurs hommes auront été traités sans doute inutilement.

Le résultat des études les plus favorables rapportent cependant une diminution relative de 20% de la mortalité par cancer de la prostate. Mais exprimée en « valeur absolue » la différence ne serait que de 1 décès évité pour 10 ans de suivi avec dépistage par PSA de 1 000 hommes ; soit 4 décès par cancer dans le groupe dépisté contre 5 sans dépistage par dosage de PSA.

Cependant, on ne retrouve pas de différence pour la mortalité « toutes causes », l'espérance de vie moyenne n'est donc pas augmentée grâce au dépistage. Aussi, 20 hommes seront inutilement traités sachant que chez la moitié des personnes, le traitement du cancer de la prostate peut entraîner un degré d'impuissance et des troubles de la miction.

Enfin, il est également important de limiter les actes inutiles, à commencer par les biopsies de la prostate (négative dans la moitié des cas environ chez ceux qui auront un PSA élevé). En effet, tout acte médical invasif comporte des risques et le risque infectieux doit être reconsidéré avec l'émergence de bactéries multirésistantes.

Au final, une information éclairée du patient est toujours indispensable et les préférences individuelles doivent être prises en compte. Toute prescription systématique d'un dosage de PSA devrait être écartée.

Jean-Pierre THIERRY
Association le LIEN

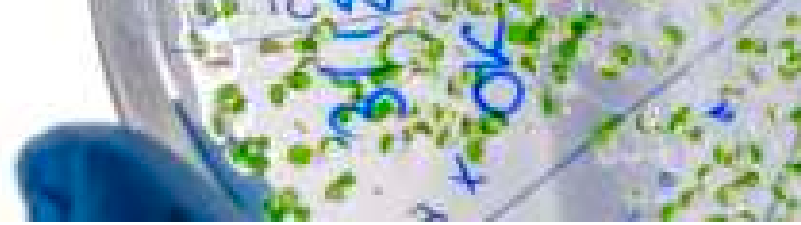
- 1 - La chlorthalédone notamment qui est, selon une agence internationale, un cancérigène probable.
- 2 - https://www.has-sante.fr/jcms/c_1623737/fr/detection-precoce-du-cancer-de-la-prostate
- 3 - <https://news.cancerresearchuk.org/2018/03/06/why-a-one-off-psa-test-for-prostate-cancer-is-doing-men-more-harm-than-good/>

TRAITEMENT DES FUITES URINAIRES

Le traitement chirurgical de l'incontinence urinaire peut faire appel à la pose d'une bandelette insérée sous la vessie, appelée également « mesh », implant de renfort ou encore treillis chirurgical. Les témoignages de patientes rapportant des complications très invalidantes sont nombreux sur les réseaux sociaux et ont été relayés via des associations et de nombreux médias. 25 à 40% des femmes présentent des épisodes de perte involontaire d'urine et 17 000 femmes se sont fait poser ces bandelettes en 2021. Or 2 à 3% d'entre elles présenteraient des complications et, pour certaines, des douleurs intenses et invalidantes. Plusieurs actions en justice ont été engagées dans plusieurs pays qui ont émis depuis des recommandations professionnelles encadrant

désormais les indications de pose de bandelette, notamment afin de mieux tenir compte de leur balance bénéfico-risque et mieux informer les patientes (elles ne devraient être proposées qu'en cas d'inefficacité de la rééducation périnéale et de l'échec d'autres traitements). Aussi, comme pour les prothèses mammaires PIP, la question de la qualité de l'homologation de ces dispositifs médicaux a été posée. Aux États-Unis, elles ont été autorisées grâce à une procédure d'agrément par équivalence – 510k - et n'ont pas fait l'objet d'études cliniques avant leur commercialisation.





Les contaminations domestiques, qu'en faites-vous ? À LA MAISON : FRIGOCOSMOS

Du pouvoir de colonisation des micro-organismes en milieu confiné.

À qui n'est-il pas arrivé de partir en vacances après avoir coupé le courant, mais en oubliant un aliment frais dans un réfrigérateur resté fermé ? Imaginez qu'il s'agisse d'un camembert...

À votre retour, une odeur inhabituelle attire vos soupçons et vous conduit vers le camembert oublié, trônant dans un réfrigérateur qui ne réfrigère plus depuis plusieurs semaines, tapissé d'un fin duvet blanc à tous les étages et sur les parois !..., et il ne vous reste plus qu'à nettoyer le réfrigérateur de fond en comble, avec du vinaigre ménager bien sûr.

Si le LIEN s'intéresse en priorité aux contaminations en milieu hospitalier, un défaut d'hygiène domestique ne doit pas être négligé pour autant.

Comment échapper aux contaminations domestiques les plus stupides ? Bien sûr l'exemple donné en introduction est

caricatural car, si à température ambiante le *Penicillium* prolifère vite et profite des mouvements de l'air pour se déplacer, à moins de 4 degrés, il ne se développe pas.

COMMENÇONS L'INSPECTION DE NOTRE RÉFRIGÉRATEUR, HISTOIRE DE NOUS FAIRE PEUR

Le réfrigérateur est colonisé par des myriades de micro-organismes en ordre de bataille, qui n'attendent qu'un prétexte pour monter au front. Nous y trouvons :

- des champignons (les moisissures telles le *Penicillium* qui recouvre notre camembert et les levures telles *Saccharomyces*, les levures du boulanger ou de la bière) qui se développent dans de nombreux aliments (fruits, légumes, confitures, viandes, fromages, etc) et ne de-

mandent qu'à élargir leur assiette ;

- des bactéries de fermentation qui utilisent les sucres comme carburant. Parmi celles-ci, les bactéries lactiques (*Lactobacillus bulgaricus*

et *Streptococcus thermophilus*, *Bifidobacterium* sp) modifient les sucres contenus dans le lait, ce qui leur donne un goût

aigre et acide ;

- des bactéries de pourrissement, responsables de la dégradation des glucides des fruits et légumes ;
- des bactéries de putréfaction (par exemple *Pseudomonas*) qui utilisent les protéines comme source

d'énergie, responsables de mauvaises odeurs...

- des bactéries de rancissement qui dégradent les lipides du beurre, de la crème fraîche, de la margarine et des graisses animales ; par elles, l'aliment prend une odeur rance impropre à la consommation !

Sachant qu'il n'y a pas de génération spontanée, les micro-organismes qui se développent dans le réfrigérateur y ont été introduits soit via nos aliments, soit par nous-même et par nos mains...

La majorité des micro-organismes susceptibles d'entrer dans la cuisine demeure anodine ; en revanche, certains peuvent être pathogènes, responsables de troubles divers, des plus bénins à des maladies graves pouvant entraîner des séquelles invalidantes voire un décès.

Ces micro-organismes se développent d'autant plus rapidement que la température est proche de la température ambiante, et que le milieu demeure humide. Les milieux froids (le réfrigérateur) ou secs ne permettent pas le développement de la plupart des micro-organismes.

Si Le LIEN s'intéresse en priorité aux contaminations en milieu hospitalier, un défaut d'hygiène domestique ne doit pas être négligé pour autant.



LES QUELQUES RÈGLES DE BON SENS À RESPECTER

Le réfrigérateur est un rempart au développement des micro-organismes si toutefois les conditions suivantes sont bien suivies :

- Commencer par **respecter les gestes barrière indispensables** même en dehors de toute pandémie ! Pour éviter les contaminations par des Salmonelles, ou Escherichia coli, commençons par nous laver les mains avant de manipuler les produits alimentaires, car elles en sont souvent couvertes.
- Vérifier que la **température du réfrigérateur n'excède pas les 4 degrés**. À ces températures, la multiplication des agents pathogènes est stoppée ou, pour le moins, considérablement ralentie.
- Vérifier que les produits achetés en préemballé **ne dépassent pas les dates limites de consommation (DLC)**.
- Vérifier que les **produits frais** achetés à la demande (viande, charcuterie, poisson, fruits et légumes), **ainsi que les restes des plats préparés** à la maison sont **rangés dans le réfrigérateur le plus rapidement possible** après l'achat ou la préparation ; entreposés dans des contenants (barquettes) indépendants, avec couvercles (ou recouverts d'un film) ; **consommés dans les quelques jours suivant leur achat** ou leur préparation, et sinon, il faut vite les jeter !
- Vérifier que les **barquettes sont indemnes de tout écoulement de jus** pour éviter les contaminations croisées.
- Les **tablettes ou grilles du réfrigérateur seront nettoyées** dès qu'elles sont souillées ; elles feront l'objet d'un nettoyage de fond (avec du vinaigre ménager) régulièrement.
- Attention à **ne pas surcharger le réfrigérateur**, afin d'assurer la meilleure circulation d'air, mais aussi pour ne pas risquer d'oublier des produits qui se périmeraient...

Nettoyer **régulièrement** l'intérieur du réfrigérateur. Que veut dire régulièrement ? Certains journaux féminins recommandent de nettoyer l'intérieur du réfrigérateur deux fois par mois avec une éponge neuve imbibée d'eau et de vinaigre blanc. L'ANSES dit plus simplement « autant que nécessaire et en tous cas au moins une fois par an ». À vous d'être raisonnables ! Les produits chimiques sont à proscrire : en plus d'avoir des odeurs de synthèse écœurantes, leurs composés toxiques pourraient se répandre sur les aliments.

Dans ce nettoyage régulier, **ne pas oublier le joint d'étanchéité de la porte** du réfrigérateur !

Les autres points névralgiques dans la cuisine sont toutes les surfaces au contact des aliments, et celles sur lesquelles peut stagner de l'eau sale. Il s'agit principalement des planches à découper (et lames ayant servi à couper les aliments), les plans de travail, les éviers et surtout les bodes. Après chaque utilisation, les nettoyer d'un coup d'éponge, et essuyer de préférence avec un papier essuie tout. Si vous redoutez les déforestations, utilisez un torchon sec et lavé régulièrement, mais n'essuyez surtout pas les taches (de fruit, de graisse animale) avec un chiffon qui sera réutilisé autre part, au risque encore de favoriser des contaminations croisées.

Nettoyez plans de travail et planches à découper régulièrement d'un coup d'éponge imbibée de vinaigre blanc, pour tuer les micro-organismes qui pourraient s'y développer...

AH ! LES ÉPONGES : n'hésitez pas à les changer avant qu'elles ne virent de couleur, émettent des odeurs ou ne commencent à s'émietter ! Il y a moyen de les faire durer en les nettoyant souvent avec du produit vaisselle, de l'eau de javel ou du vinaigre ménager (et surtout ne mélangez pas les deux derniers !) ; dans tous les cas, il convient de les rincer, de bien les essorer et de les laisser sécher : n'oubliez pas qu'un milieu humide à température ambiante favorise la multiplication des germes indésirables.



François RULLIER
Association le LIEN

Antibio'Malin

ANTIBIOTIQUES : SOYONS MALINS, UTILISONS-LES MIEUX !



ANTIBIO'MALIN est un outil pour les patients ; il regroupe sous forme de fiches courtes l'ensemble des antibiotiques prescrits par les professionnels de santé de ville, ainsi que les principales infections.

Ces fiches nous apportent des informations pratiques pour nous accompagner dans la prise d'antibiotiques et dans la compréhension de notre infection.

Ces informations nous aideront aussi à participer à un meilleur usage des antibiotiques, pour lutter contre l'antibiorésistance.

Les infections sous quatre rubriques :

- Les infections les plus courantes ;
- Les antibiotiques de A à Z avec une fiche par infection ;
- Pour en savoir plus : des questions-réponses pour en savoir plus sur les antibiotiques et les infections
- <https://www.sante.fr/antibiomal.in-pour-savoir-comment-bien-utiliser-les-antibiotiques>



Fluoroquinolones, Alerte !

Les fluoroquinolones sont des antibiotiques puissants à large spectre indispensables pour le traitement de certaines infections graves (urinaires, respiratoires, cutanées et gastro-intestinales). Ils entraînent cependant des effets secondaires notables : rupture du tendon d'Achille entraînant une invalidité importante ; problèmes musculaires, articulaires, neurologiques et psychiatrique qui peuvent s'accompagner de douleurs importantes et persister après l'arrêt du traitement ; accidents cardiovasculaires, voire décès.

“ Trop souvent ces médicaments sont prescrits pour des sinusites ou des infections urinaires. ”

Dans plusieurs pays dont la France, les agences en charge de la sécurité du médicament (FDA aux États-Unis, EMA en Europe, MHRA en Angleterre et ANSM en France) ont constaté que ces médicaments étaient trop souvent prescrits en première intention, notamment pour traiter des infections urinaires (cystites notamment) ou des sinusites.

Le champ des indications avait d'ailleurs été réduit par l'agence européenne en 2019 mais l'EMA a pu constater en 2022 l'absence de modifications suffisantes des pratiques (la Haute Autorité de Santé a également revu le dossier en 2023 et précisé que ces antibiotiques ne doivent plus être utilisés en première intention). En France, une association de patient regroupant 500 personnes s'estimant victimes des effets indésirables des fluoroquinolones, a estimé que 6 millions de prescriptions injustifiées ont été écrites en 4 ans (ce chiffre a été jugé « crédible » pour les spécialistes de Société française de pharmacologie et de thérapeutique).

L'ANSM et la HAS rappellent que le rapport bénéfice-risque doit être mieux établi lors de la prescription et que le patient doit être impérativement informé des effets secondaires possibles pour pouvoir les reconnaître et contacter rapidement son médecin s'ils se manifestent.

L'ayant droit et l'accès au dossier médical de son proche décédé

UN PARCOURS D'OBSTACLES

Le décès d'une personne ne met pas fin au secret protégeant sa vie privée ni au secret médical envers ses proches. C'est pour quoi l'accès aux informations médicales de son dossier est une dérogation au secret médical permise par la loi du 4 mars 2002.

Cet accès ne peut s'exercer que si la personne décédée ne s'y est pas opposée de son vivant.

Seule une personne pouvant se prévaloir de la qualité d'ayants droit, dispose d'un droit d'accès aux informations médicales concernant un proche décédé, cependant cet accès est soumis à certaines conditions dont l'évocation d'un motif justifiant la demande d'accès aux informations médicales du défunt.

QUI PEUT SE PRÉVALOIR DE LA QUALITÉ D'AYANT DROIT D'UNE PERSONNE DÉCÉDÉE DANS LE CADRE D'UNE DEMANDE D'ACCÈS À SES INFORMATIONS MÉDICALES ?

L'ayant droit est une personne qui possède la qualité d'héritier ayant une vocation à la succession. En pratique, cela signifie que tous les membres de la famille du défunt ne sont pas autorisés à avoir accès au dossier médical.

Sont considérés comme ayants droit :

- Les successeurs légaux du défunt, ses héritiers légaux (articles 731 et suivants du code civil). Il faut prendre en compte la composition de l'ordre successoral qui varie selon l'existence ou non d'un conjoint successeur.
- Les successeurs testamentaires du défunt, ses légataires universels ou à titre universel.

Ne sont pas automatiquement ayants droit :

- Selon la CADA (Commission d'Accès aux Documents Administratifs)¹ les bénéficiaires de legs particuliers n'ont pas la qualité d'ayants droit au sens de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique.
- De même, une personne bénéficiaire d'un contrat d'assurance souscrit par la personne décédée n'a pas, de ce seul fait, la qualité d'ayant droit au sens de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique.

Toutefois une personne figurant au nombre des héritiers désignés par la loi, mais évincée de la succession par l'effet d'un testament, peut avoir accès, sur le fondement de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique, aux informations médicales nécessaires pour contester la validité de ce testament et faire valoir ses droits éventuels à la succession.

La qualité d'ayant droit doit être justifiée à l'appui de la demande : elle peut être établie par tout moyen comme le livret de famille, un acte de notoriété, un certificat d'hérédité, une attestation de porte-fort (article 730 du code civil).

COMMENT EXERCER LE DROIT D'ACCÈS AU DOSSIER D'UNE PERSONNE DÉCÉDÉE ?

La demande doit être adressée soit à la direction de l'établissement de santé soit aux professionnels libéraux qui ont pris en charge le patient décédé.

La demande se fait obligatoirement par lettre recommandée avec accusé - réception par l'ayant droit qui doit justifier de la légitimité de sa demande et préciser obligatoirement l'un des trois motifs suivants :

- connaître les causes de la mort ;
- défendre la mémoire du défunt ;
- faire valoir ses droits.

Selon le motif de la demande, l'établissement se réserve le droit de définir, avec le médecin qui a pris en charge le patient, les pièces communicables du dossier.

À ce stade, beaucoup d'ayants droit dénoncent une rétention abusive d'information.

1- La CADA ne peut être saisie qu'en cas de refus opposé par un établissement hospitalier public ou un établissement privé participant au service public hospitalier qui détient des documents à caractère médical. Elle n'est en effet compétente pour se prononcer en cas de refus opposé par un médecin privé ou une clinique privée ne participant pas au service public hospitalier. Ces derniers n'en sont pas moins soumis aux mêmes obligations légales de communication d'informations médicales. S'agissant d'un litige entre personnes privées, un refus de leur part ne peut être attaqué que devant la juridiction compétente de l'ordre judiciaire.

QUELS SONT LES RECOURS POSSIBLES EN CAS DE REFUS DE COMMUNICATION OU DE FALSIFICATIONS DE PIÈCES PAR L'ÉTABLISSEMENT OU LE PROFESSIONNEL ?

Si une pièce qui vous paraît importante ou indispensable pour faire valoir un droit, vous est refusée, votre avocat pourra l'obtenir et, si besoin, par l'intermédiaire d'un juge.

S'il s'agit de faire valoir un droit à indemnisation lors d'une procédure amiable devant une commission régionale d'indemnisation ou CCI, le président de la commission ou l'expert désigné par elle, peut adresser cette demande de pièces nécessaires pour l'expertise.

L'AYANT DROIT PEUT ENGAGER LUI-MÊME DIFFÉRENTS RECOURS COMME :

- Saisir le Défenseur des droits²
Défenseur des droits
Libre réponse 71120
75342 Paris CEDEX 07
- Saisir l'Agence Régionale de Santé de la région de l'établissement ; il se peut que, à la demande de l'agence, l'établissement s'exécute.
- Saisir la Commission d'Accès aux Documents Administratifs, la CADA.
- Saisir un juge ; en ce cas, il faut prendre un avocat qui saisira le juge du tribunal administratif s'il s'agit d'un établissement public ou le juge des tribunaux judiciaires s'il s'agit d'un établissement privé.

2- Qui peut saisir le Défenseur des droits, quand, comment ? Toute personne physique peut saisir le Défenseur des droits quels que soient sa nationalité, son âge, son domicile ; une association, un groupement ou une société peut aussi le saisir.

Dans quels cas ? En cas de litige avec l'administration ou un service public et si ce litige porte sur un mauvais fonctionnement du service public ou sur l'inexécution d'un jugement qui vous est favorable.

Par exemple pour accéder à son dossier médical, après avoir adressé une demande officielle à la direction de l'établissement de santé concerné et avoir reçu une réponse négative ou un refus de pièce communicable en regard de la loi.

Claude RAMBAUD
Association le LIEN



À QUOI SERT UN MÉDECIN-CONSEIL DE RECOURS ?

Il existe une spécialité médicale peu connue et pourtant essentielle lorsque l'on est victime d'un accident de la route, d'un accident médical, ou du travail, c'est le médecin conseil de recours qui intervient pour vous défendre.

Les médecins-conseils de recours sont des docteurs en médecine qui ont, en plus, obtenu un diplôme de réparation juridique du dommage corporel, c'est lui qui va permettre de vous accompagner lors d'une expertise médicale avec un médecin des compagnies d'assurance pour évaluer vos dommages et obtenir une indemnisation.

Ils vont étudier votre dossier, écouter vos doléances, vous examiner et

rédiger un rapport médical qui évalue tous les dommages. Puis ils vont vous accompagner à l'expertise contradictoire afin que vous soyez le mieux indemnisé possible.

Un bon conseil : lorsque vous êtes convoqué à une expertise d'une compagnie d'assurance n'allez jamais seul à l'expertise contradictoire, il vaut mieux être accompagné par un médecin-conseil de recours.

Ils sont nombreux, il en existe dans toute la France, ils font partie de l'association ANAMEVA, (Association Nationale des Médecins-conseils de Victimes d'Accident avec dommage corporel) ou de l'ANMCR (Association Nationale des Médecins Conseils de Recours)

Grâce à eux vous allez pouvoir être reconnu dans vos droits, vos souffrances endurées, vos différents postes de préjudice, fonctionnel, esthétique, sexuel, professionnel etc...

Si vous estimez avoir été victime d'une erreur médicale ou si vous souhaitez connaître les causes du décès d'un membre de votre famille, vous pouvez faire un recours devant la CCI (Commission de Conciliation et d'Indemnisation) ou devant le tribunal judiciaire pour demander une expertise.

Un expert sera nommé, il étudiera votre dossier. Mais faites-vous accompagner par un médecin conseil et avec un avocat !

Le tandem médecins-conseils de recours/avocat est essentiel dans votre parcours d'indemnisation et dans la reconnaissance des dommages subis.

Docteur Sauveur BOUKRIS



Un guide pratique pour toutes les victimes d'accidents ou d'agressions, à la portée de tous, qui souhaitent faire valoir leurs droits, que ce soit par le biais d'une conciliation ou d'un procès.

Un mode d'emploi écrit par deux spécialistes qui exposent toutes les procédures, tous les conseils, les outils indispensables :

- Maître Étienne Riondet, Avocat à la Cour, diplômé en Sciences Politiques et Docteur en Droit. Il a publié de nombreux ouvrages juridiques et est membre de l'ANADAVI (Association Nationale des Avocats de Victimes de Dommages Corporels) et de l'Association des Avocats de l'Automobile.
- Docteur Sauveur Boukris, Médecin diplômé de réparation juridique du dommage corporel, médecin conseil des victimes, membre de l'ANAMEVA (Association Nationale des Médecins-conseils de Victimes d'Accident avec dommage corporel).

“ L’erreur permet d’apprendre.
Mieux, elle permet d’innover.
Éric VIBERT ”

La crise sanitaire voit nombre de praticiens devoir prendre des décisions inédites, engager leur responsabilité, faire face au doute. Mais ont-ils pour autant le droit à l'erreur ? Que doivent-ils faire quand celle-ci se produit ? Des questions encore taboues, dont les réponses imposeront au monde médical de profondes mutations.

Au cours d'une opération bénigne, Éric Vibert, expert reconnu de la chirurgie du foie, commet une erreur, sans s'en rendre compte, qui entraîne sur son patient nombre de complications inattendues. Il réalise alors qu'il est temps de changer le rapport des praticiens à leurs erreurs. Tous gagneraient à les communiquer, les comprendre afin d'éviter qu'elles ne se reproduisent.

Or, ce n'est pas ainsi que fonctionne le monde médical. C'est même, en l'état actuel, contraire à la pratique. Le manque de transparence règne en maître. L'erreur est passée sous silence, rarement analysée, jamais enseignée. Pourtant, n'est-elle pas inévitable ? Tout simplement humaine ? En associant à cette réflexion inédite le récit de ses expériences au bloc opératoire, le professeur Vibert brosse le portrait d'une profession en quête de progrès. Et milite pour que le sacro-saint système de mandarinat qui rend souverain le corps médical soit enfin entièrement réinventé. La perception qu'ont eue les Français de ce doute omniprésent depuis des mois aurait assurément été différente si ce droit à l'erreur avait existé. Avec courage, humilité et une remarquable compétence, l'auteur pose les termes de ce débat citoyen, et invite à repenser la place du chirurgien et plus largement des praticiens dans notre société.



Association le LIEN
13, rue Le Corbusier
92100 Boulogne-Billancourt
E-mail : contact@securite-patient.fr
Internet : www.securite-patient.fr

association  le lien

Association Le Lien

ISSN : en cours
Directeur de la publication : Jean-Pierre THIERRY
Responsable de rubrique : Claude RAMBAUD
Responsables de rédaction : Jean-Pierre THIERRY et Claude RAMBAUD
Conception graphique : Compo-Offset
Contributeurs : Sauveur BOUKRIS, Chantal CATEAU, Claude RAMBAUD, François RULLIER, Jean-Pierre THIERRY

Crédits photos : **Couv.** : Image de Ostill sur 123RF – **P.4** : Image de Magurok sur 123RF – **P.6** : Image de Jcomp sur Freepik – **P.8** : Image de Nadyaburavleva sur 123RF – **P.9** : Bandelette de reconstruction pour l'incontinence urinaire BETAMIX Mini, Betatech Medical – **P.10 et 11** : Image de Wirestock sur Freepik - Image de Philippe sur Adobe Stock - Image de Elnur sur 123RF – **P.14** : Image de Vectorjuice sur Freepik

N° ISSN en cours - Impression Compo-Offset - 78700 Conflans



Lutte, Information, Étude des Infections Nosocomiales et de la Sécurité des patients

Le LIEN est une association agréée au titre de la représentation des patients et usagers du système de santé devant les établissements et institutions publiques de santé.

Depuis 25 ans, la mission première du LIEN est d'accompagner et soutenir les personnes victimes d'infections nosocomiales et d'accidents médicaux, les aider à comprendre ce qui a pu se passer, à rédiger une réclamation ou à conduire une action en réparation des dommages de soins dans le cadre d'une procédure d'indemnisation amiable.

Sa seconde mission est de promouvoir par tous les moyens possibles la sécurité des personnes en tout lieu de soins ou d'exams ; ainsi ce magazine et le site du même nom « sécurité-patient.fr » ont pour objectif d'aider à améliorer la qualité de toute prise en charge médicale et, pour ceux qui le peuvent, à mieux s'impliquer dans leur propre sécurité et celle de leur entourage.

La troisième mission de l'association complète la seconde : elle est de porter la parole et la défense des intérêts des patients et usagers de la santé dans les établissements de santé et toute instance de santé publique où elle est désignée pour les représenter.

Retrouvez l'**association le LIEN** sur internet : www.lelien-association.fr



Le LIEN est membre de :



L'Union Nationale des Associations Agréées d'usagers du Système de Santé (UNAASS) dite France Assos Santé a été créée en mars 2017. Elle est une Organisation de référence pour défendre les intérêts des patients et des usagers du système de santé, et forte d'un maillage territorial de 18 délégations régionales (URAASS), elle regroupe près de 100 associations nationales et plusieurs centaines d'associations régionales qui agissent pour la défense des

droits des malades, l'accès aux soins pour tous et la qualité du système de santé.

Elle forme les 15 000 représentants des usagers issus des associations membres et qui siègent dans les instances hospitalières, de santé publique ou d'assurance maladie. Elle prend une part active dans le débat public et porte des propositions concrètes auprès des acteurs institutionnels et politiques pour améliorer le système de santé.

Retrouvez **France Assos Santé** sur internet : www.france-assos-sante.org

et son site grand public : **66 millions d'IMpatients** :

www.france-assos-sante.org/category/66-millions-dimpatients/

