

Sécurité-patient.fr

association  le lien

Ensemble pour des soins sûrs, des soins humains

SOMMAIRE

ÉDITO

Erreurs diagnostiques. L'impératif de pertinence, ni trop ni trop peu

3

MA SÉCURITÉ PATIENT

Les incontournables de la 6^e saison

Dormir les yeux fermés au bloc opératoire

9

DOCTEUR EST-CE BIEN NÉCESSAIRE ?

De l'intention à la pratique, l'exemple du cancer du sein

11

FRIGOCOSMOS

Frigocosmos 2.0

14

BACTÉRIES ET VIRUS

COVID 19 : se vacciner ou non en 2026 ?

17

MES DROITS

Se faire indemniser les préjudices sans faire de procès en justice ?

19

À LIRE

NUMÉRO 3

Février 2026

LA SÉCURITÉ AU BLOC OPÉRATOIRE





ERREURS DIAGNOSTIQUES

L'IMPÉRATIF DE PERTINENCE, NI TROP NI TROP PEU

édito

En choisissant la sécurité diagnostique comme thème de la Journée mondiale 2024, l'OMS a placé au cœur du débat une évidence trop longtemps négligée : pas de soin pertinent sans diagnostic juste, pas de trajectoire thérapeutique cohérente sans identification correcte et en temps utile de ce dont souffre la personne. C'est ce que rappellent le Global Patient Safety Report de l'OMS¹ et le rapport de l'OCDE paru en mars 2025².

Selon l'OCDE, jusqu'à 15 % des diagnostics seraient inexacts, retardés ou erronés, et la plupart des adultes connaîtraient au moins une erreur de ce type au cours de leur vie. L'OMS estime que les erreurs diagnostiques sont à l'origine de 16 % des préjudices liés aux soins — et que 80 % de ces erreurs seraient évitables. L'enjeu est aussi économique : l'OCDE évalue à 17,5 % des dépenses de santé le coût des erreurs diagnostiques, soit près de 45 milliards d'euros par an pour la France.

Les causes sont multiples. L'OMS distingue les facteurs systémiques — défaillances organisationnelles, surcharge de travail, défaut de coordination — et les facteurs cognitifs — formation,

fatigue, biais de raisonnement. Réduire l'erreur diagnostique ne relève donc pas de la seule vigilance individuelle mais de l'organisation des soins et de la gouvernance.

Les erreurs ne se limitent pas aux diagnostics manqués. L'OCDE y inclut le surdiagnostic — identification de pathologies qui n'auraient jamais causé de symptômes — et la surutilisation des examens, sources de cascades iatrogènes. La pertinence est ainsi indissociable de la sécurité : prescrire moins d'examens inutiles tout en garantissant ceux qui sont nécessaires.

Pour la France, cela implique de développer des indicateurs de qualité diagnostique, d'intégrer cette dimension dans la formation, et de cultiver le retour d'expérience. Cela suppose aussi de réinterroger les incitations économiques : la T2A à l'hôpital et surtout la prédominance du paiement à l'acte en ville constituent des facteurs structurels de surutilisation. Cela exige enfin d'associer les patients à la démarche diagnostique par des décisions partagées.

Jean-Pierre Thierry

1 OMS, Global Patient Safety Report 2024.

2 OCDE, *The Economics of Diagnostic Safety*, mars 2025.

Certification des établissements de santé publics et privés

LES INCONTOURNABLES DE LA 6^e SAISON.

La certification de la Haute Autorité de Santé a déjà 25 ans passés. Depuis le 1^{er} septembre 2025, les équipes d'experts visiteurs chargés d'évaluer la qualité des soins et notre sécurité de patient hospitalisé arrivent dans les établissements santé avec un nouvel outil : le référentiel du 6^e cycle de certification pour observer les pratiques professionnelles et évaluer leur conformité aux protocoles et bonnes pratiques en vigueur ; cette nouvelle version se veut plus centrée sur la participation des personnes soignées notamment en partageant leur propre expérience de leur parcours de soins.

Lors d'une hospitalisation, d'une consultation, d'une prise en charge en ambulatoire, patients et usagers de la santé, sont tous concernés par cette procédure, aussi leur avis est précieux et peut être sollicité à l'occasion d'un séjour hospitalier ; tout patient peut transmettre ses observations et critiques dans le souci d'améliorer la qualité des parcours de soins.

C'est pourquoi, ce nouveau cycle incite les établissements à rechercher l'avis du patient ; il questionne le patient sur son ressenti, sa satisfaction du séjour, son retour d'expérience, son point de vue sur la qua-

lité des soins reçus. Il vérifie que les soins prodigués sont conformes à un environnement sécurisé et respectueux des droits de chaque personne soignée.

Les incontournables des bonnes pratiques : certains critères du référentiel définissent ce que l'on ne veut plus voir qui ne soit respecté dans un établissement de santé. On les appelle des **critères impératifs**.

Le non-respect de ces critères impératifs peut être sanctionné d'une « non certification » de l'établissement.

Les 21 critères impératifs pour évaluer la qualité des soins et la sécurité-patient (extraits).

1/ Le respect de l'intimité et de la dignité du patient

Ce critère impératif observe et évalue si l'établissement met en place des mesures suffisantes pour assurer le respect de l'intimité et de la dignité du patient en continue.

2/ L'environnement adapté pour le patient mineur

L'hospitalisation des mineurs doit être évitée dans les secteurs d'adultes, et si exceptionnellement cela se produit, des mesures adaptées doivent être mises en place (espace réservé, professionnels formés, environnement sécurisé). La présence des parents, essentielle au soutien de l'enfant, doit être organisée en tenant compte du projet de prise en charge. Il est impératif que la présence des parents soit organisée

24h/24, dans chaque service, sauf avis médical contraire.

3/ L'anticipation et le soulagement rapide de la douleur

L'anticipation et les mesures de soulagement de la douleur sont-elles tracées dans le dossier par les professionnels, les réévaluations de la douleur sont-elles documentées pour adapter la thérapeutique, et que des modes de prise en charge non médicamenteux sont proposés ?

4/ Une prise en charge bientraitante pour tous les patients

Ce critère impératif exige une attention particulière à la communication, à la personnalisation de l'accompagnement et au respect de l'autonomie du

patient (hydratation, nutrition, hygiène). Le patient a-t-il reçu l'aide nécessaire pour ses besoins élémentaires, que les pratiques professionnelles sont bien traitantes et que tous les intervenants se présentent ?

5/ **Le consentement libre et éclairé du patient**

Le patient exprime-t-il son consentement libre et éclairé, adhère et observe son projet de soins, ce qui nécessite sa participation à la définition des objectifs, à la mise en œuvre et au suivi ? Le patient est-il bien informé des différentes options thérapeutiques, de leurs bénéfices et risques, afin qu'il puisse exprimer ses préférences et besoins et y consentir ?

6/ **La prise en compte de la satisfaction et de l'expérience du patient**

L'établissement doit recueillir le plus possible et prendre en compte les résultats de la mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients pour définir les orientations de sa politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

7/ **L'examen somatique des patients hospitalisés en psychiatrie**

Cet examen, réalisé pour tout patient hospitalisé en psychiatrie, permet un diagnostic différentiel et l'identification de comorbidités somatiques susceptibles d'interférer avec la prise en charge psychiatrique. Il doit être réalisé dans un délai court, notamment pour les hospitalisations sans consentement. Cet examen somatique doit être réalisé dans les 24 heures pour les hospitalisations complètes sans consentement en psychiatrie. Pour les patients hospitalisés en soins libres sans passage par les urgences, l'examen somatique doit être réalisé dans un délai adapté (maximum 3 jours ouvrés). Si le patient est passé par les urgences, le compte-rendu doit être intégré au dossier et les consignes de suivi mises en œuvre.

8/ **Les bonnes pratiques de prescription des médicaments**

La prescription doit mentionner clairement l'identification et la signature du prescripteur, la date, l'heure, la dénomination des molécules en DCI (Dénomination Commune Internationale), la posologie, le solvant et son volume (pour les injectables), et la voie d'administration. **Tous ces éléments doivent figurer dans le dossier du patient.**

La capacité d'autogestion du patient doit être évaluée et tracée. Toute prescription conditionnelle doit être argumentée, et les prescriptions doivent être réalisées en temps utile sans retranscription par des non-médicaux.

9/ **Les bonnes pratiques d'administration des médicaments**

Les équipes soignantes doivent suivre rigoureusement les prescriptions médicales, en appliquant la « règle des 5B » (bon patient, bon médicament, bonne dose, bonne voie, bon moment).

10/ **La prévention des erreurs médicamenteuses**

Les médicaments à risque, qui entraînent un risque plus élevé de dommage en cas d'erreur, doivent être gérés spécifiquement à toutes les étapes du circuit. Les erreurs médicamenteuses sont-elles systématiquement analysées en équipe et faire l'objet d'un plan d'action suivi.

11/ **Le respect des précautions standards d'hygiène**

Ce critère impératif couvre l'hygiène des mains, le port de protections individuelles (gants, masques, blouses), la gestion des excréta et des déchets, ainsi que l'entretien du matériel et des surfaces. **L'utilisation de solutions hydroalcooliques** aux moments clés est essentielle, tout comme **l'absence de bijoux aux mains et poignets**.

12/ **La maîtrise de la prise en charge des urgences vitales**

La prise en charge des urgences vitales exige une réactivité immédiate et une coordination optimale pour préserver la vie du patient.

13/ **La maîtrise des risques en secteurs interventionnels**

Dans les secteurs interventionnels, les risques, notamment infectieux, sont élevés et nécessitent une rigueur exemplaire.

14/ **L'amélioration des pratiques par la check-list « Sécurité du patient »**

La check-list « Sécurité du patient » est un outil crucial pour renforcer la sécurité des interventions chirurgicales. Son utilisation doit être systématique à chaque étape de la prise en charge et exhaustive (identification du patient, vérification du site opératoire, contrôle des équipements, validation de la procédure) réalisée par les équipes des blocs opératoires et secteurs interventionnels en présence des professionnels concernés. (cf. article suivant dans ce magazine).

15/ **La prévention des risques obstétricaux majeurs**

Les équipes sont-elles formées à détecter rapidement les complications potentielles (hémorragie du post-partum, prééclampsie, accouchements dystociques) et à appliquer des protocoles stricts pour

les anticiper ? La surveillance prénatale renforcée et la gestion efficace des urgences obstétricales sont primordiales.

16/ La sécurisation de la prise en charge du nouveau-né

La naissance est un moment clé où la sécurisation de la prise en charge du nouveau-né est primordiale pour sa santé et son bien-être. Ce critère impératif exige que les équipes soignantes suivent des protocoles pour **l'identification immédiate du nourrisson**, la prévention des infections et l'évaluation de ses fonctions vitales. Une surveillance continue permet de détecter rapidement toute anomalie. Les soins essentiels (maintien de la température, alimentation) doivent être systématiquement réalisés, et **une communication claire avec les parents est nécessaire**.

17/ Les bonnes pratiques d'isolement et de contention en psychiatrie

Les pratiques d'isolement sont systématiquement encadrées et, le cas échéant, celles de contention des patients hospitalisés sans consentement, afin de garantir le respect de leurs droits et leur dignité. **Ces mesures ne doivent être utilisées qu'en dernier recours pour prévenir un danger imminent**. Les équipes soignantes doivent s'assurer que chaque décision est médicalement justifiée, proportionnée et régulièrement réévaluée.

La décision d'isolement, prise par un psychiatre et éventuellement assortie d'une prescription de contention, doit être **tracée dans le dossier du patient**, précisant les modalités de surveillance. Un examen psychiatrique et somatique doit être réalisé au moment de la mise en isolement. **L'isolement doit se faire dans un espace dédié respectant l'intimité, la dignité et la sécurité, avec un moyen d'appel pour le patient s'il est contenu**. L'infirmier doit surveiller l'état somatique et psychique du patient et le tracer. Une analyse clinique doit être proposée au patient à la sortie d'isolement pour prévenir la récurrence, et l'équipe doit analyser les indicateurs de pratiques cliniques liés à l'isolement et la contention.

18/ La pertinence et la réévaluation des prescriptions d'antibiotiques

La justification et la réévaluation systématique des prescriptions d'antibiotiques et leur prolongation doivent être justifiées dans le dossier.

19/ L'impulsion de la culture de déclaration des événements indésirables

Les événements indésirables graves associés aux soins ou EIGS doivent être systématiquement analysés avec les équipes concernées. Les EIG doivent être systématiquement déclarés sur le portail national de signalement. Les professionnels doivent être formés à l'annonce d'un dommage lié aux soins.

20/ La maîtrise de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles

L'établissement est-il bien préparé à faire face aux situations sanitaires exceptionnelles, c'est-à-dire les événements susceptibles de provoquer des tensions hospitalières importantes ?

21/ La prévention des transferts évitables des personnes âgées

Les passages évitables aux urgences générales doivent être réduits pour les personnes âgées de plus de 75 ans. L'établissement, en collaboration avec ses partenaires de ville (médecins traitants, EHPAD, HAD), doit formaliser des circuits courts et/ou mettre en œuvre des réseaux de télémédecine. L'objectif est d'assurer une prise en charge adaptée et coordonnée en amont, évitant ainsi des déplacements inutiles et potentiellement préjudiciables pour cette population vulnérable.

Chaque service de spécialité doit proposer des solutions de télémédecine aux correspondants du territoire pour éviter les transferts.



Recommandations et informations

DORMIR LES YEUX FERMÉS AU BLOC OPÉRATOIRE.

Au bloc opératoire, en général sous l'effet d'une anesthésie générale, chacun confie sa vie aux compétences de toute une équipe. Cependant, en arrivant en salle d'opération et avant de perdre conscience, si notre état clinique nous le permet, nous devons participer, conjointement avec l'équipe, aux vérifications d'éléments essentiels pour notre propre sécurité.

LA CHECK-LIST (OU LISTE DE CONTRÔLE) AU BLOC OPÉRATOIRE, LA GRANDE ALLIÉE DE LA SÉCURITÉ DES PATIENTS.

Depuis 2010, avec ou sans anesthésie générale, avant toute intervention chirurgicale, l'application d'une procédure de sécurité dite check-list est rendue obligatoire dans le cadre des exigences de la certification des établissements de santé.

Cette « check-list », outil construit par la Haute Autorité de Santé ou HAS, avec la participation des associations de patients, est un verrou de sécurité pour prévenir certaines erreurs parfaitement évitables. Dès l'arrivée dans le lieu où se déroulera l'intervention ou l'examen, la participation de la personne qui va être opérée est recherchée.

Nul ne connaît mieux que soi-même, son identité, son intervention, son côté, ses allergies, et ses risques particuliers à prendre en compte.

Il est normal de vérifier en plusieurs temps, l'identité du patient, son intervention, et le bon côté s'il y a lieu.



LA CHECK-LIST EN 3 TEMPS

1^{er} TEMPS - Temps de pause avant anesthésie, entre patient et professionnels

Chaque personne qui va être opérée et/ou « endormie », doit décliner elle-même son identité, son intervention ou son examen et le côté concerné s'il y a lieu.

Si une personne de l'équipe vous demande « *vous êtes bien Mr Tournevire ?* ». Répondez en formulant vous-même votre prénom et nom « *je m'appelle Mr Untel* ». Dans l'émotion un patient peut répondre « oui » à un nom approchant, mal formulé ou mal entendu, c'est pourquoi chaque patient doit **énumérer lui-même** ses données personnelles d'identité et d'intervention.

Il convient d'éviter toute confusion avec une autre personne qui serait programmée le même jour, sur le même plateau technique, pas forcément pour la même intervention ni le même côté, mais peut-être avec un nom approchant.

Puis vous nommerez vous-même l'intervention ou examen et le côté s'il y a lieu « *je suis là pour telle intervention et de tel côté* ».

FOR-MU-LEZ vous-même clairement :

• Votre nom et prénom

Pour les patients incapables de décliner leur identité, la vérification est effectuée par le personnel en salle d'opération selon la procédure d'identitovigilance en vigueur dans l'établissement (bracelet, concordance des informations, personnel d'accompagnement, etc.)

• L'intervention prévue et le site opératoire, le côté à opérer, s'il y a un côté

Dans tous les cas, à travers le dossier ou toute autre procédure en vigueur dans l'établissement, le personnel du bloc contrôle évidemment l'exactitude de ces informations et la concordance avec le tableau opératoire, le dossier et les examens.

Il vérifie une première fois identité, intervention, et côté dès votre arrivée dans les lieux, avant endormissement en présence de l'anesthésiste et du chirurgien en place pour l'intervention.

Si vous n'avez pas bien compris quelle est l'intervention ou examen pour lequel vous allez être anesthésié, demandez des précisions. Jusqu'à l'endormissement, toute personne peut exprimer sa volonté et décider de se faire ou de ne pas se faire opérer, dans la mesure où elle est une personne majeure.

2^e TEMPS - Temps de pause avant incision (appelé aussi *time-out*) entre professionnels .

Ce 2^e temps est un moment dit **vérification « ultime » croisée** ; cette vérification, effectuée au sein de l'équipe **en présence des chirurgiens et anesthésistes, et infirmière, tous présents en salle, est obligatoire.**

3^e TEMPS - Temps de pause avant sortie de salle d'opération

Vérifications de fin d'intervention entre professionnels. La check-list se prolonge jusqu'à la fin de l'intervention avec notamment le comptage des matériels utilisés, compresses, pinces etc... afin de n'oublier aucun matériel si petit soit-il, dans la plaie opératoire et de **vérifier l'étiquetage des prélèvements per opératoires.**

Le bon étiquetage des tissus et liquides prélevés sur le patient en per opératoire, est important ; ces prélèvements font l'objet d'un examen anatomo-pathologique pour connaître la nature d'un tissu, faire un diagnostic et définir les traitements complémentaires, ou bactériologiques pour identifier des germes et combattre une infection avec les bons antibiotiques.

POURQUOI UNE CHECK-LIST DE SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE ?

Cette check-list HAS permet la vérification croisée de critères essentiels avant, pendant et après toute intervention chirurgicale.

Elle contribue à la sécurité du patient. Elle a scientifiquement fait la preuve de son efficacité pour réduire le risque d'événements indésirables associés aux soins et pour diminuer de manière significative les risques de morbi-mortalité péri opératoire.

Elle couvre des vérifications de points essentiels comme :

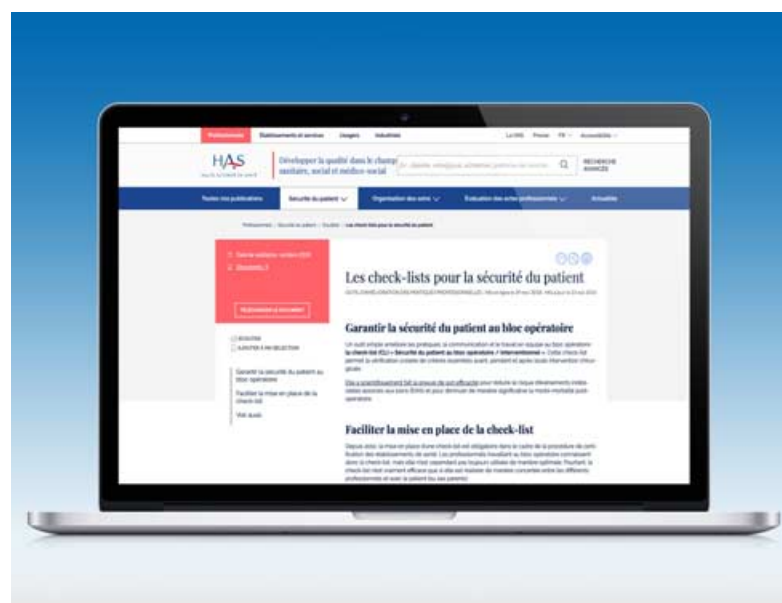
- Identité du patient ;
- Intervention et site opératoire (nature et côté) ou examen ;
- Allergies et risques particuliers ;
- Matériel et dispositifs médicaux disponibles et fonctionnels ;
- Antibiotoprophylaxie ;
- Risques hémorragiques et respiratoires ;
- Stérilisation et préparation cutanée ;
- Comptage des textiles et instruments ;
- Étiquetage des prélèvements de liquides et tissus du patient.

Elle constitue une forme traçable de ces vérifications essentielles en regard de la sécurité due aux patients. Elle est opposable aux professionnels et établissements de santé dans le cadre des exigences de la procédure de certification, procédure administrative.

LA CHECK-LIST EST UNE PARTIE INTÉGRANTE DE VOTRE DOSSIER.

Archivée dans le dossier de chaque patient, partie intégrante de son dossier et complémentaire du compte rendu opératoire et du compte rendu anesthésique, elle est communicable au patient qui en fait la demande ou à ses ayants droit.

Conformément à l'article L1111-7 du Code de la Santé publique, tout patient dispose d'un droit d'accès à son dossier et peut demander une copie des pièces qu'il souhaite par lettre recommandée adressée à la direction de l'établissement où s'est déroulée l'intervention.



JE RENTRE EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ POUR UNE INTERVENTION OU UN EXAMEN AU BLOC OPÉRATOIRE. QUE PUIS-JE FAIRE POUR MA PROPRE SÉCURITÉ ?

Avant toute anesthésie générale, je dois énoncer moi-même 5 informations

1 – À mon arrivée au bloc opératoire ou de salle d'examen, je dois énoncer moi-même clairement mon prénom et mon nom au personnel chargé de vérifier mon identité :

« Bonjour je m'appelle Jean De la Lune »

2 – J'énonce le type d'intervention (ou l'examen) pour lequel je vais être anesthésié(e) :

« Je suis là pour être opéré(e) d'une prothèse de genou »

3 – J'énonce le site opératoire ou le côté à opérer si l'intervention concerne un côté :

« Il s'agit de mon genou droit, ou bien de mon rein gauche »

4 – S'il y a lieu, j'énonce mes allergies connues ou contre-indications médicamenteuses, normalement ces allergies ou contre-indications sont déjà inscrites dans le dossier médical mais mieux vaut un petit rappel à l'anesthésiste :

« Attention, je suis allergique au latex ou bien je suis allergique à tel médicament, par exemple, la pénicilline ou autre médicament comme je suis sous anticoagulant »

5 – En principe, je devais rester à jeun, et si j'ai bu, je dois en prévenir l'anesthésiste même si je n'ai bu que de l'eau, quelle quantité et à quelle heure :

« Excusez-moi, j'ai oublié de rester à jeun cette nuit, et bu un verre d'eau à 4 H du matin »

Identification du patient

Étiquette du patient ou

Nom, prénom, date de naissance

CHECK-LIST « SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE »

Version générique 2018

« Vérifier ensemble pour décider »

Bloc : Salle :

Date d'intervention : Heure (début) :

Chirurgien « intervenant » :

Anesthésiste « intervenant » :

Coordonnateur(s) check-list :

AVANT INDUCTION ANESTHÉSIE Temps de pause avant anesthésie 1 L'identité du patient est correcte ☐ Oui ☐ Non* L'autorisation d'opérer est signée par les parents ou le représentant légal ☐ Oui ☐ Non* ☐ N/A 2 L'intervention et le site opératoire sont confirmés : idéalement par le patient et, dans tous les cas, par le dossier ou procédure spécifique la documentation clinique et para clinique nécessaire est disponible en salle ☐ Oui ☐ Non* ☐ N/A 3 Le mode d'installation est connu de l'équipe en salle, cohérent avec le site / l'intervention et non dangereux pour le patient ☐ Oui ☐ Non* ☐ N/A 4 La préparation cutanée de l'opéré est documentée dans la fiche de liaison service / bloc opératoire (ou autre procédure en œuvre dans l'établissement) ☐ Oui ☐ Non* ☐ N/A 5 L'équipement / le matériel nécessaires pour l'intervention sont vérifiés et adaptés au poids et à la taille du patient pour la partie chirurgicale ☐ Oui ☐ Non* pour la partie anesthésique ☐ Oui ☐ Non* Acte sans prise en charge anesthésique ☐ N/A 6 Le patient présente-t-il un : risque allergique ☐ Non ☐ Oui* risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque ☐ Non ☐ Oui* risque de saignement important ☐ Non ☐ Oui*	AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE Temps de pause avant incision (appelé aussi time-out) 7 Vérification « ultime » croisée au sein de l'équipe en présence des chirurgiens(s), anesthésiste(s), IADE-IBODE/IDE identité patient confirmée ☐ Oui ☐ Non* intervention prévue confirmée ☐ Oui ☐ Non* site opératoire confirmé ☐ Oui ☐ Non* installation correcte confirmée ☐ Oui ☐ Non* documents nécessaires disponibles (notamment imagerie) ☐ Oui ☐ Non* ☐ N/A 8 Partage des informations essentielles oralement au sein de l'équipe sur les éléments à risque/étapes critiques de l'intervention (time-out) sur le plan chirurgical (temps opératoire difficile, points spécifiques de l'intervention, identification des matériels nécessaires, confirmation de leur opérationnalité, etc.) ☐ Oui ☐ Non* sur le plan anesthésique (Acte sans prise en charge anesthésique [risques potentiels liés au terrain (hypothermie, etc.) ou à des traitements éventuellement maintenus, etc.]) ☐ Oui ☐ Non* ☐ N/A 9 L'antibioprophylaxie a été effectuée selon les recommandations et protocoles en vigueur dans l'établissement ☐ Oui ☐ Non* La préparation du champ opératoire est réalisée selon le protocole en vigueur dans l'établissement ☐ Oui ☐ Non* ☐ N/A	APRÈS INTERVENTION Pause avant sortie de salle d'opération 10 Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe : de l'intervention enregistrée ☐ Oui ☐ Non* du compte final correct ☐ Oui ☐ Non* des compresses, aiguilles, instruments, etc. ☐ N/A de l'étiquetage des prélèvements, pièces opératoires, etc. ☐ Oui ☐ Non* si des événements indésirables ou porteurs de risques médicaux sont survenus : ont-ils fait l'objet d'un signalement/déclaration ? ☐ Oui ☐ Non* ☐ N/A Si aucun événement indésirable n'est survenu pendant l'intervention cochez N/A 11 Les prescriptions et la surveillance post-opératoires (y compris les seuils d'alerte spécifiques) sont faites conjointement par l'équipe chirurgicale et anesthésique et adaptées à l'âge, au poids et à la taille du patient ☐ Oui ☐ Non* ☐ N/A Décision concertée et motivée en cas de réponse dans une case marquée d'un * ATTENTION SI ENFANT ! ➤ Associer les parents à la vérification de l'identité, de l'intervention et du site opératoire. ➤ Autorisation d'opérer signée. ➤ Installation, matériel et prescription adaptés au poids, à l'âge et à la taille. ➤ Prévention de l'hypothermie. ➤ Seuils d'alerte en post-op définis. SELON PROCÉDURE EN VIGUEUR DANS L'ÉTABLISSEMENT Attestation que la check-list a été renseignée suite à un partage des informations entre les membres de l'équipe Chirurgien Anesthésiste / IADE Coordonnateur CL
--	--	---

Le rôle du coordonnateur de la check-list, aidé par le(s) chirurgien(s) et le(s) anesthésiste(s), est de vérifier si la vérification a bien été effectuée, oralement en présence des membres de l'équipe, et de cocher les réponses marquées d'un * ont fait l'objet d'une décision motivée.

Non Recommandé pour cette intervention

→ DÉCISION FINALE

☐ GO = OK pour incision
☐ NO GO = Pas d'incision !

Si No Go : conséquence sur l'intervention ? ☐ Retard ☐ Annulation

En savoir plus : le référentiel de certification 2025, socle de Vous trouverez la check-list sur :
https://www.has-sante.fr/jcms/c_1518984/fr/les-check-lists-pour-la-securite-du-patient

Décision partagée

L'EXEMPLE DU CANCER DU SEIN

Face à la complexité croissante des choix thérapeutiques, Le Lien se mobilise pour que les patientes bénéficient d'éléments d'information compréhensibles pour une décision éclairée et partagée.

Les choix de traitement du cancer du sein précoce (non-métastatique) se sont considérablement complexifiés avec l'émergence de nouvelles thérapies et de tests génétiques. Les recommandations évoluent désormais à un rythme sans précédent : entre 2023 et 2025, plusieurs classes thérapeutiques ont vu leurs indications modifiées. Les patientes sont confrontées à des décisions multiples : ajout de thérapies ciblées en adjuvant ou en néoadjuvant, mais aussi possibilité d'omettre certains traitements (« désescalade thérapeutique »). Pour ces femmes **dont le cancer est déjà aujourd'hui souvent curable par les traitements standards**, peser les bénéfices additionnels éventuels face aux contraintes devient un exercice difficile.

Confrontées à des présentations très variables selon les praticiens et à des divergences d'appréciation entre autorités sanitaires, les patientes peinent à comprendre concrètement ce qui leur est proposé. L'association Le Lien a identifié un « chaînon manquant » entre l'information médicale et son appropriation par les intéressées.

DES OUTILS EXISTENT — ET FONT LEURS PREUVES AILLEURS

L'outil PREDICT Breast, développé par le NHS britannique, permet de visualiser graphiquement le pronostic individuel et l'impact de chaque option thérapeutique. La HAS le recommande aux professionnels pour décider de l'opportunité d'un test génomique — sans toutefois mentionner son utilité pour informer les patientes.

Un exemple concret. Mme D., 62 ans, ménopausée, non fumeuse, vient d'être opérée d'un cancer du sein de petite taille découvert lors d'un dépistage. La tumeur est hormonosensible (ER+), HER2 négative, de grade intermédiaire, sans envahissement ganglionnaire.

L'outil PREDICT permet de lui montrer visuellement que sur 100 femmes ayant exactement le même profil : 84 survivront à 10 ans grâce à la chirurgie seule, 2 à 3 supplémentaires grâce à l'hormonothérapie, 2 supplémentaires grâce à la radiothérapie — mais la chimiothérapie n'apporterait aucun bénéfice mesurable dans son cas.

Cette visualisation constitue avant tout une aide au dialogue avec l'oncologue : elle permet à la patiente de comprendre concrètement ce que chaque traitement peut lui apporter, et de peser elle-même ces bénéfices face aux contraintes et effets secondaires. Certaines patientes choisiront de ne pas consulter ces représentations graphiques, et c'est leur droit. L'essentiel est que cette possibilité leur soit offerte.

LA FRANCE EN RETARD SUR SES VOISINS

Le Royaume-Uni dispose depuis 2021 de recommandations nationales précisant que ces représentations graphiques doivent être montrées et discutées avec la patiente en consultation. Le Danemark a intégré depuis 2024 les aides visuelles comme standard de soins. En France, les recommandations mentionnent ces outils pour les professionnels, mais n'explicitent pas comment les partager avec les patientes.

Cette exigence d'information claire vaut également pour participer à des essais cliniques. Dans un contexte où les autorités encouragent l'augmentation des inclusions — l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament) annonce pour 2026 un dispositif ramenant les délais d'autorisation de 31 à 14 jours —, il importe de rappeler qu'un essai ne garantit pas un bénéfice individuel. En phase 1, seul un patient sur 83 reçoit un traitement qui sera finalement approuvé pour son indication. En phase 2, ce ratio est d'un sur six, et d'un sur onze si l'on retient le critère de bénéfice clinique substantiel de la Société européenne d'oncologie médicale pour évaluer si le gain de survie ou de qualité de vie justifie réellement le recours au nouveau traitement. Quant aux essais de phase 3, moins de 30 % aboutissent à une appro-

bation réglementaire, et la majorité de ces approbations reposent sur des critères de substitution comme la survie sans progression, et non sur la survie globale. Ce constat éclaire les décisions des autorités de remboursement : si la plupart des approbations reposent sur des critères intermédiaires, il n'est pas surprenant que nombre de ces médicaments ne démontrent pas d'amélioration du service médical rendu suffisante par rapport aux traitements existants pour justifier leur prise en charge. Moins de la moitié des médicaments anticancéreux autorisés par voie accélérée ont d'ailleurs finalement démontré un bénéfice clinique après cinq ans de recul. Pour les patientes atteintes d'un cancer précoce potentiellement curable, le consentement éclairé suppose de pouvoir visualiser concrètement ce que représente le bénéfice espéré face aux toxicités potentielles.

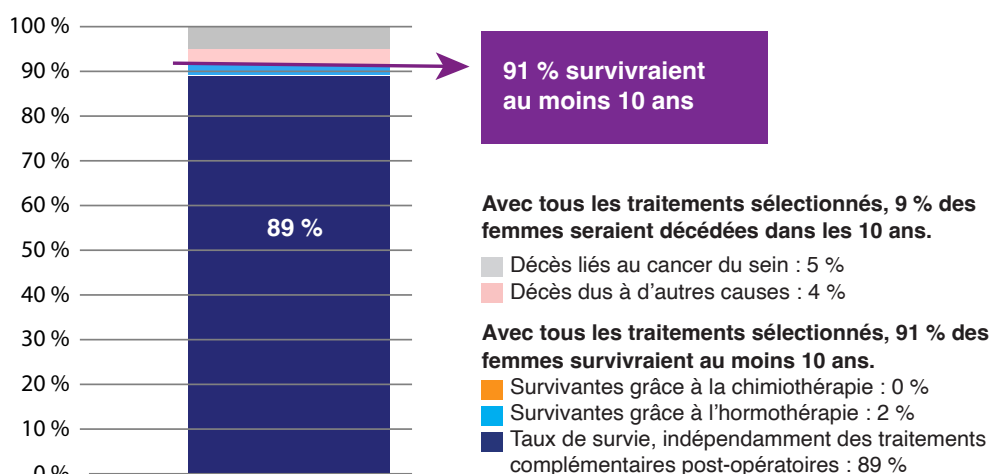
Jean-Pierre Thierry

CE QUE DEMANDE LE LIEN

L'association sera présente et proactive sur ce sujet auprès des autorités sanitaires. Elle entend promouvoir un cadre d'information comprenant les principes d'utilisation des outils pronostiques avec les patientes, les modalités de présentation de l'information, et les conditions de documentation de ces échanges dans le dossier médical.

L'enjeu dépasse le seul cancer du sein : il s'agit de garantir aux patients confrontés à des choix thérapeutiques complexes le droit fondamental à une information loyale, claire et appropriée — condition indispensable à la validité de leur consentement.

PAR EXEMPLE, CE GRAPHIQUE MONTRE, POUR UN CANCER DU SEIN DE BAS GRADE ET HORMONOSENSIBLE, CE À QUOI UNE PATIENTE ET SON MÉDECIN PEUVENT S'ATTENDRE À 10 ANS. LES RÉSULTATS VARIENT SELON CHAQUE SITUATION ET DOIVENT TOUJOURS ÊTRE DISCUTÉS AVEC SON MÉDECIN.



Traduction de la dernière version de Predict Breast disponible en Angleterre sur le site : <https://breast.v3.predict.cam/tool>



FRIGOCOSMOS 2.0

Dans notre premier numéro de notre magazine « Sécurité-patient », nous vous rappelions l'importance de la bonne hygiène de votre cuisine et des matériels que vous utilisez pour la préparation des repas, avec une focus particulier sur le réfrigérateur ou les éponges.

Voyons à présent le soin à apporter aux produits alimentaires dès que vous les avez achetés, et les risques pris si l'on ne respecte pas certaines règles élémentaires, souvent de bon sens.

RESPECTER LA CHAÎNE DE FROID, UN MILIEU SEC, OU L'ABSENCE DE LUMIÈRE

Les indications données sur les produits alimentaires pré-emballés quant à leur conservation supposent le bon respect de la chaîne de froid entre le lieu d'achat et l'entreposage chez vous, généralement dans le réfrigérateur.

Des sacs isothermes sont nécessaires pour le transport des produits frais et surtout des surgelés ; le temps de transport doit être le plus court possible, surtout pendant les saisons chaudes. Ne laissez pas votre voiture au soleil avec un coffre rempli de courses !

Pour ce qui concerne le réfrigérateur, tous les experts s'accordent à recommander une température avoisinant les +4°C, qui garantit la bonne conservation des aliments d'une part, et permet d'éviter le développement de bactéries d'autre part, notamment sur les aliments fragiles comme la viande, le poisson ou encore le fromage. La température du réfrigérateur ne doit surtout pas excéder 7 degrés.

RESPECTER LES DATES DE CONSOMMATION

Des dates de consommation figurent sur les emballages des produits industriels vendus pré-emballés. Il n'y en a pas pour les produits traiteurs *ni a fortiori* pour les produits faits maison, pour lesquels le bon sens est de mise.

Pour une consommation en toute sécurité, il est nécessaire de bien comprendre la différence entre **DLC** et **DDM** et de vérifier après un achat le type de date apposé.

Quelles sont-elles ? Écoutons les recommandations de l'Anses (Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail).

— DLC = DATE LIMITE DE CONSOMMATION —

Les mentions « à consommer avant le » ou « À consommer jusqu'au » représentent la date limite de consommation du produit. Cette date est généralement affichée sous la forme « jour/mois/année ».

Quels produits sont concernés ? Aliments frais, vendus dans les rayons réfrigérés des magasins et grandes surfaces comme les viandes, les poissons, certains produits laitiers ou de charcuterie...

Ces produits ne doivent pas être consommés après la date limite indiquée, cela peut présenter des risques pour votre santé. La majorité des produits frais emballés portent cette mention obligatoire fixée sous la responsabilité du fabricant. Ils ne peuvent être vendus lorsque la date est dépassée.

Le non respect de cette DLC, et surtout si les conditions de transport et de conservation ne sont pas optimales peut se traduire par des risques qui peuvent être particulièrement élevé, notamment pour les personnes âgées, immuno-déprimées, les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans.

Toutefois, il existe des produits pour lesquels la DLC peut être légèrement dépassée. Un yaourt nature en effet peut être consommé quelques jours après sa date limite de consommation : il ne présente pas un niveau de risque microbiologique élevé car c'est un milieu acide, contenant de grandes quantités de ferments, dans lequel les germes pathogènes se développent difficilement. Attention, si cette exception est valable pour les yaourts elle n'est pas valable pour l'ensemble des produits laitiers frais (comme les desserts lactés frais). De manière générale, il convient de respecter les dates de ces produits, pour ne prendre aucun risque.

Outre le respect de la DLC, il convient d'être attentif à l'aspect du produit : la qualité de l'emballage, la couleur, l'odeur, ou la présence de moisissures, notamment si le conditionnement était plus ou moins défectueux.

— **DDM = DATE DE DURABILITÉ MINIMALE,** —
ANCIENNEMENT APPELÉE DLUO
 (date limite d'utilisation optimale)

La mention « à consommer de préférence avant le » représente la date de durabilité minimale.

La mention de cette date sur un produit alimentaire n'a pas le même caractère impératif que la date limite de consommation. Parfois, cette date peut être notée sous la forme de « mois/année ».

Consommer le produit après sa DDM ne constitue pas un risque pour la santé du consommateur, la denrée peut cependant perdre certaines de ses qualités gustatives et/ou nutritionnelles.

Cela concerne les pâtes, le riz, la farine, la plupart des conserves...

Cette date résulte d'une directive européenne. La mention anglaise « *best before* » (meilleur avant le) est sans doute plus explicite.

Dans tous les cas, un produit ouvert doit être consommé rapidement. La date de péremption ne s'applique plus sur un produit ouvert, car il peut être contaminé par vos manipulations. C'est pourquoi vous pouvez avoir sur certains emballages la mention d'une durée de vie secondaire « à consommer dans les x jours après ouverture ».

Le bon sens prévaut toujours : on se fiera à l'aspect (consERVE rouillée, emballage défectueux), à la couleur, à l'odeur, au gonflement dans le cas des conserves, à la présence de moisissures.

LE CAS DES SURGELÉS

Dans de nombreux cas, la date qui figure sur les surgelés n'est pas une date de péremption à proprement parler, mais plutôt une date de durabilité minimale (DDM). Comme dans le cas général, cette DDM indique simplement le délai durant lequel l'aliment conserve ses qualités (goût, couleur, texture), et son dépassement ne présente pas de risque sanitaire. *Les aliments surgelés ne posent pas de risque pour la santé tant qu'ils sont restés congelés en continu, car le froid arrête la multiplication bactérienne.* En théorie, il n'existe pas de date limite pour les aliments surgelés.

Toutefois, il ne faut pas confondre surgélation et congélation. Les aliments surgelés sont refroidis à cœur jusqu'à -30°C par un procédé industriel dès leur préparation. Les plats préparés, congelés plus lentement avec un appareil domestique n'offrent pas les mêmes garanties de conservation. De plus, les

produits surgelés du commerce doivent être rangés rapidement après l'achat dans un congélateur à -18 °C, pas trop chargé et propre.

ET POUR LES PRODUITS QUI N'ONT PAS DE DATE DE CONSOMMATION ?

Certains produits ne se périment pas, comme le sel, le sucre, les biscuits secs, le chocolat, les boissons alcoolisées, le vinaigre... Il faut néanmoins veiller aux conditions de conservation de ces produits si on souhaite les conserver au-delà de leur date de durabilité minimale et donc respecter les conditions d'entreposage recommandées par le fabricant (à l'abri de la lumière, au sec, etc.)

DCR, LE CAS DES ŒUFS

Les œufs bénéficient d'une date de consommation qui leur est spécifique : la DCR, date de consommation recommandée, est fixée à 28 jours après la ponte de l'œuf. *La DCR d'un œuf n'est pas une date de fin de vie : selon le Comité National pour la Promotion de l'Œuf (CNPO), l'œuf peut généralement être consommé plusieurs jours après cette date s'il a été stocké dans de bonnes conditions.* Il est établi que plus la Date de Consommation Recommandée est proche, plus l'œuf nécessite un temps de cuisson prolongé.

À défaut de cellier, il est préférable de conserver l'œuf au réfrigérateur plutôt qu'à température ambiante ; il convient de *veiller à ce que les aliments fortement odorants* (fromages coulants, gousses d'ail, oignons et autres charcuteries) *ne soient pas à proximité direct des l'œuf, au risque que le jaune de l'œuf ne capte ces odeurs.* Enfin, d'après l'Anses, ce sont les variations de températures qui influencent le plus sur la durée de vie d'un œuf.

La DCR s'apparente donc davantage à une DDM qu'à une DLC.



LES RISQUES PRINCIPAUX PRIS SI ON DÉPASSE LES DATES DE CONSOMMATION

Pour la plupart des aliments pouvant être conservés à température ambiante et bénéficiant d'une DDM, l'enjeu est surtout une perte gustative, par exemple si vous consommez du café trop vieux. Il n'y a pas de risque sanitaire.

Les sardines seraient même un contre exemple, puisqu'il est de notoriété publique que les conserves de sardine se bonifient avec le temps...

Dans le cas des produits frais bénéficiant d'une DLC, les risques résident dans l'apparition de toxi-infections alimentaires qui se manifestent principalement par de la fièvre, de la diarrhée, des vomissements... et qui en général apparaissent dans les heures qui suivent le repas. Tout dépend de la bactérie responsable : staphylocoques dorés, certaines salmonelles...

Le botulisme alimentaire est une maladie devenue très rare, mais potentiellement mortelle. C'est une intoxication provoquée par l'ingestion de toxines botuliques (*Clostridium botulinum*) qui contaminent des aliments qui n'ont pas été bien stérilisés. La toxine du botulisme se développe en l'absence d'oxygène. Dans la plupart des cas, il s'agit d'aliments sous vide et en conserve, notamment les bocaux « fait-maison ».

Comme le rappelle l'Anses, les aliments les plus souvent impliqués dans les foyers de botulisme sont les jambons crus salés et séchés, les charcuteries (saucisse, pâté) artisanales, les poissons salés et séchés, les conserves maison de poissons (sardine, thon), de légumes (asperges, haricots verts, carottes, poivrons, olives à la grecque, potiron, tapenade, etc.)

Là encore, il convient d'être prudent lorsqu'on ouvre une conserve, si le produit est de couleur différente, dégage une odeur anormale ou si la boîte de conserve est abîmée ou gonflée : dans ce cas il est préférable de ne pas consommer le produit et le jeter.

C'est finalement un équilibre à trouver entre la lutte contre le gaspillage alimentaire et la sécurité alimentaire

Il est donc primordial de bien comprendre le fonctionnement de ces dates pour lutter contre le gaspillage alimentaire, véritable enjeu environnemental et économique, quand on estime les pertes et gaspillages alimentaires en France à 10 millions de tonnes de produits par an, soit une valeur commerciale estimée à 16 milliards d'euros.

DLC VS DDM : QUELLES DIFFÉRENCES ?

COMPRENDRE LES DATES DE PÉREMPTION POUR ÉVITER LE GASPILLAGE ALIMENTAIRE



DLC - Date Limite de Consommation

- « À consommer jusqu'au... »
- Concerne les denrées périssables.
- Risque sanitaire après dépassement.
- Date impérative à respecter.



Ne pas consommer après cette date

EXEMPLES

Viandes fraîches, poissons, charcuterie, produits laitiers frais, plats préparés réfrigérés.



DDM - Date de Durabilité Minimale

- « À consommer de préférence avant... »
- Concerne les produits peu périssables
- Qualité organoleptiques préservées jusqu'à cette date
- Consommable après (vérifier l'aspect, l'odeur et le goût).



Peut être consommé après cette date

EXEMPLES

Conserves, pâtes, riz, biscuits café chocolat, surgelés, épices.

La question des vaccins

COVID 19 : SE VACCINER OU NON EN 2026 ?

Les essentiels de Santé Publique France /
3 novembre 2025

Sauf contre-indication*, tout le monde peut être vacciné contre le Covid-19 dès l'âge de 5 ans, y compris les femmes enceintes dès le 1er trimestre de grossesse.

Les enfants âgés de 6 mois à 4 ans à risque de forme grave ou vivant dans l'entourage d'une personne immunodéprimée peuvent également être vaccinés contre le Covid-19.

FORTEMENT RECOMMANDÉE

La vaccination annuelle est fortement recommandée aux personnes dont la protection immunitaire apportée par le vaccin baisse plus rapidement dans le temps les exposant davantage au risque de faire une forme grave de Covid-19. Ces personnes pourront bénéficier d'une vaccination complémentaire contre le Covid-19 durant le printemps, pour protéger les populations les plus fragiles et limiter la propagation du virus tout au long de l'année.

La vaccination contre le virus de Covid-19 est gratuite.

Qui est concerné par la dose annuelle de vaccin contre Covid-19 ?

Il est fortement recommandé aux personnes les plus à risque de forme grave de recevoir une dose annuelle de vaccin contre le Covid-19 ;

Ces personnes sont en particulier :

- Les personnes âgées de 65 ans et plus ;
- Les personnes atteintes de comorbidités ayant un risque plus élevé de forme grave de la maladie (hypertension artérielle compliquée, problèmes cardiaques, vasculaires, hépatiques, rénaux, pulmonaires, diabète, obésité, cancers, personnes transplantées, personnes atteintes de trisomie 21 ou de troubles psychiatriques ou de démence) ;
- Les personnes immunodéprimées ;
- Les femmes enceintes, quel que soit leur trimestre de grossesse ;

→ Les résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et unités de soins de longue durée (USLD) ;

→ Les personnes à très haut risque de forme grave selon chaque situation médicale individuelle et dans le cadre d'une décision partagée avec les équipes soignantes ;

→ Les personnes vivant dans l'entourage ou en contacts réguliers avec des personnes immunodéprimées ou vulnérables, y compris les professionnels des secteurs sanitaire et médicosocial ;

→ La dose annuelle n'est plus recommandée pour les personnes non ciblées par les recommandations décrites ci-dessus. Néanmoins, si une personne n'est pas dans la cible et souhaite recevoir une vaccination, elle pourra en bénéficier gratuitement.

QUELLES PERSONNES CONCERNÉES PAR LE RENOUVELLEMENT VACCINAL AU PRINTEMPS ?

Le renouvellement vaccinal au printemps vise à protéger les plus à risque de développer une forme grave de la maladie.

Il s'agit :

- Des personnes âgées de 80 ans et plus ;
- Des patients immunodéprimés, quel que soit leur âge ;
- Des résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ; (EHPAD) et des unités de soins de longue durée (USLD), quel que soit leur âge ;
- De toute personne identifiée comme à très haut risque de développer une forme grave de la maladie par l'équipe soignante au regard de sa situation médicale.

QUELS VACCINS ?

Les autorités scientifiques recommandent l'utilisation de vaccins adaptés aux variants en circulation dans la cadre de la vaccination contre le Covid-19.

* Cf la liste des contre indications établie par la HAS (reprise à l'annexe du décret n° 2022-1097 du 30 juillet 2022), page 16.

QUELS DÉLAIS À RESPECTER POUR RECEVOIR UNE DOSE DE VACCIN CONTRE LE COVID-19 ?

Le délai à respecter entre deux doses de vaccin contre le Covid-19 ou entre une infection au Covid-19 et une dose de vaccin, est de **6 mois**.

Pour les personnes de 80 ans et plus ainsi que pour les personnes résidant en EHPAD/USLD et pour les personnes immunodéprimées, quel que soit leur âge, **ce délai est réduit à 3 mois** depuis la dernière injection ou infection.

QUI VACCINE ?

La dose de vaccin peut être administrée par des professionnels de santé tels que les médecins généralistes ou spécialistes, les pharmaciens, les infirmiers, les sages-femmes, ou encore dans les services hospitaliers où la personne est suivie.

Pour cela, vous pouvez prendre rendez-vous chez votre médecin, auprès de votre médecin du travail, de votre pharmacien, de votre infirmier ou de votre sage-femme pour obtenir un rendez-vous. Vous pouvez aussi prendre rendez-vous en ligne sur les plateformes de prise de rendez-vous.

Les résidents des EHPAD, USLD et de résidences autonomie auront la possibilité de recevoir cette nouvelle injection directement au sein de leur structure.

ET LA VACCINATION POUR LES PERSONNES MINEURES ?

La vaccination des mineurs à risque de forme grave de Covid-19 ou proches d'une personne immuno-déprimée, au sein du même foyer, est recommandée dans le cadre des campagnes de vaccination contre le Covid-19.

L'autorisation des deux parents est une condition nécessaire à la vaccination de toute personne mineure, sauf impossibilité pour l'un des deux parents de recueillir l'accord de l'autre. Il n'est pas nécessaire que l'enfant soit accompagné par un de ses parents. La personne qui l'accompagne doit pouvoir établir qu'elle détient l'accord des parents et présenter un dûment signé par les deux parents.

L'impossibilité peut être avérée, lorsque l'autre parent, qui par exemple réside dans une autre ville, voire à l'étranger, ne donne pas suite, dans un délai raisonnable, à la demande du premier parent sollicitant son accord pour la vaccination anti-Covid de leur enfant.



PEUT-ON SE FAIRE VACCINER CONTRE LA GRIPPE ET COVID-19 DANS LE MÊME TEMPS ?

Dès lors qu'une personne est éligible aux 2 vaccinations, quel que soit son âge, selon la HAS, .

Les 2 injections peuvent être pratiquées le même jour, sur 2 sites d'injection distincts (les 2 bras par

exemple). Si les deux vaccins ne sont pas administrés au même moment, il n'y a pas de délai à respecter entre les deux vaccinations, comme le précise la HAS.



Retrouver ces infos sur le site :
<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/covid-19/vaccination-contre-le-covid-19/vaccination-covid19>

LISTE DES CONTRE INDICATIONS ÉTABLIE PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS)

- REPRISE À L'ANNEXE DU DÉCRET N° 2022-1097 DU 30 JUILLET 2022 -

✈ Les cas de contre-indication médicale faisant obstacle à la vaccination contre la covid-19 mentionnés à l'article 4 sont :

Les contre-indications inscrites dans les dernières versions des résumés des caractéristiques du produit (RCP) :

a – Contre-indications pour tous les vaccins autorisés en France :

→ antécédent d'allergie documentée à un des composants du vaccin, produit actif ou excipients tels que mentionnés dans le RCP ;

→ réaction anaphylactique au moins de grade 2 (atteinte au moins de 2 organes) secondaire à une injection d'un vaccin contre la covid-19 confirmée par une après expertise allergologique ;

b – Contre-indications aux vaccins Vaxzevria (AstraZeneca) et Jcovden (Janssen) :

→ personnes ayant déjà présenté un ou plusieurs épisodes de syndrome de fuite capillaire (contre-indication commune au vaccin Vaxzevria [AstraZeneca] et au vaccin Jcovden [Janssen]) ;

→ personnes ayant présenté un syndrome thrombotique et thrombocytopénique (STT) à suite d'une vaccination par le vaccin Vaxzevria (AstraZeneca) ou le vaccin Jcovden (Janssen) ;

Une recommandation médicale de ne pas initier une vaccination (première dose) :

→ myocardites ou myo-péricardites associées à une infection par SARS-CoV2 ;

Une recommandation établie après concertation médicale pluridisciplinaire de ne pas effectuer une dose supplémentaire de vaccin (deuxième dose ou dose de rappel) suite à la survenue d'un effet indésirable d'intensité sévère ou grave attribué à une précédente injection de vaccin signalé au système de pharmacovigilance (par exemple : la survenue de myocardite, de syndrome de Guillain-Barré, de syndrome inflammatoire multisystémique pédiatrique [PIMS]) ;

Une recommandation établie par un centre de référence maladies rares (CRM) ou un centre de compétence maladies rares (CCMR) après concertation médicale pluridisciplinaire (avis collégial documenté) de ne pas initier la vaccination contre la covid-19.

✈ Les cas de contre-indication médicale temporaire faisant obstacle à la vaccination contre la covid-19 mentionnés à l'article 4 sont :

Traitement par anticorps monoclonaux anti-SARS-CoV-2 ;

Myocardites ou péricardites d'étiologie non liée à une infection par SARS-CoV-2 survenues antérieurement à la vaccination et toujours évolutives ;

Syndrome inflammatoire multi-systémique pédiatrique (PIMS) post-infection par le SARS-CoV-2, pendant 3 mois suivant la survenue du PIMS. La vaccination peut avoir lieu passé ce délai, après récupération d'une fonction cardiaque normale, et en l'absence de tout syndrome inflammatoire.

Les dommages liés aux soins

SE FAIRE INDEMNISER LES PRÉJUDICES SANS FAIRE DE PROCÈS

2nd volet | Présenter son dossier en CCI.

Dans le numéro précédent, nous avons vu les conditions d'accès à une procédure amiable devant la CCI, notamment la recevabilité de la demande d'indemnisation devant la commission d'indemnisation des accidents médicaux qui siège dans chaque région.

Délai de prescription : La CCI doit être saisie dans un délai de 10 ans à compter de la consolidation des préjudices de soins

Qu'est-ce que la consolidation ? c'est le moment à partir duquel on peut chiffrer le montant de l'entier dommage corporel, c'est-à-dire l'instant à partir duquel un médecin constate que l'état de la victime ne va plus évoluer.

LES ÉTAPES

Étape 1 – Obtenir communication du dossier médical intégral auprès de chacun des professionnels et établissements de santé concernés.

La demande est adressée par lettre recommandée avec accusé de réception au professionnel de santé s'il est en exercice libéral ou au responsable (directeur) de l'établissement de santé ; elle est accompagnée d'une copie de pièce d'identité du demandeur.

Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé, c'est à dire à toutes les données formalisées qui ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, de même que celles qui ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé.

Lors de la demande : lister les résultats d'examen, les comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, les protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en oeuvre, les feuilles de surveillance infirmière, les correspondances entre professionnels de santé.

Attention, seules les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers ne sont pas communicables.

Ces informations sont communicables qu'elles soient sous forme papier ou sur support informatique. La communication des conversations et appels enregistrés sous forme écrite doit être en langage clair et conforme au contenu des enregistrements.

Étape 2 – Prendre connaissance du dossier, vérifier les pièces demandées et en extraire tout document médical ou administratif qui peut servir à établir un lien entre le dommage et l'acte médical concerné ou la prise en charge mise en cause.

Étape 3 – Numéroté les pièces extraites du dossier qui seront adressées à la CCI et en dresser la liste.

Étape 4 – Faire une copie intégrale des pièces adressées à la CCI, cette copie servira à dupliquer le dossier s'il est estimé recevable par la CCI, en cas de besoin pour l'expertise et la partie adverse.

Garder toujours les originaux et n'adresser que des copies à la CCI.

Étape 5 - Compléter le formulaire de demande d'indemnisation de la CCI (formulaire Cerfa n° 12245*03).

Le formulaire comprend :

- des informations administratives et d'état civil ;
- un descriptif des dommages et préjudices subis par la victime ou les préjudices personnels et économiques, subis par les proches en cas de décès de la victime. (garder une copie) ;
- l'identité des personnes parties à la demande d'indemnisation : la victime pour elle-même ou les ayants droit concernés demandeurs (conjoint, parents, enfants, petits-enfants, frères et sœurs).

Étape 6 - Rédiger une description détaillée des faits liés à la prise en charge sur une feuille indépendante. Le mieux est de faire une description chronologique de la prise en charge sur 1 à 2 pages résumant l'enchaînement des circonstances de l'accident médical, des soins ou examen en cause et la nature des dommages qui sont liés.

Garder une copie

Étape 7 - un certificat médical récent, décrivant l'état actuel de la victime, la nature précise et la gravité du dommage, délivré par le médecin de votre choix (garder une copie).

Si la personne est décédée, fournir une copie du certificat de décès.

Étape 8 - les éléments permettant d'apprécier la nature et l'importance des préjudices subis y compris économiques (ex : certificat d'arrêt de travail, perte de revenus, perte d'une activité de loisirs, frais occasionnés par l'accident, etc.),

Vérifier que le dossier adressé contient bien tout document du dossier médical permettant d'établir le lien entre le dommage et l'acte médical comme les résultats bactériologiques des prélèvements en cas d'infection nosocomiales, les traitements médicamenteux, compte rendu opératoire, compte rendu d'hospitalisation, résultats d'examen, feuille de suivi, observations médicales, transmission infirmières, etc.)

Étape 9 - tout document indiquant la qualité d'assuré social de la victime (copie de la carte vitale ou attestation de l'assurance maladie).

Étape 10 - tout élément justifiant les sommes éventuellement reçues ou à recevoir au titre de l'indemnisation du dommage par un organisme autre que la sécurité sociale (ex indemnisation par une assurance, prise en charge par l'employeur, etc.).

Étape 11 - En cas de demande par un tiers représentant ou ayant-droit de la victime

S'il s'agit d'un ayant droit :

- l'acte de décès de la victime ;

- tout document prouvant vos liens avec la personne décédée (ex : acte établi par un notaire, livret de famille, acte de naissance, etc.).

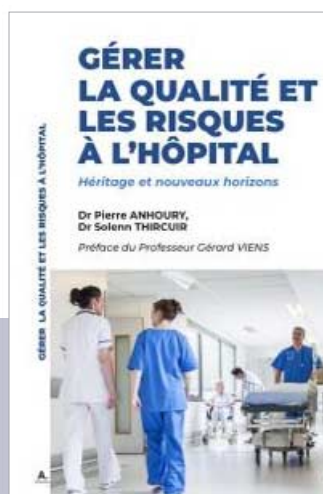
S'il s'agit d'un représentant légal :

- tout document prouvant la qualité de représentant légal (ex. : livret de famille, jugement de tutelle, etc.)

Étape 12 : Adresser le dossier à la commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux.

La saisine de la CCI se fait par l'envoi d'un formulaire de demande par Lettre Recommandée avec Accusé de Réception au siège du pôle régional de la région où a été réalisé l'acte médical.





Gérer la qualité et les risques à l'hôpital – Héritage et nouveaux horizons.

Dr Pierre Anhoury et Dr Solenn Thircuir, préface du Pr Gérard Viens
Éditions Antoine, 2024.
ISBN : 978-9953739106

Trente ans après la publication du premier manuel français de gestion de la qualité et des risques, cet ouvrage propose une mise à jour complète et prospec-

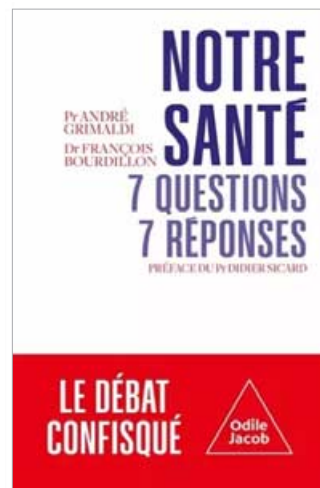
tive. Les auteurs analysent les transformations profondes du secteur hospitalier depuis l'affaire du sang contaminé et la loi du 4 mars 2002, en passant par les plans cancer successifs et l'émergence des réseaux sociaux.

Structuré en trois parties – le malade et ses droits, l'hôpital et sa gouvernance, et une prospective pour les 30 prochaines années – ce livre explore les méthodes actuelles et futures d'amélioration des soins. À l'ère de l'intelligence artificielle et de la médecine de précision, il propose des réformes pour intégrer ces technologies tout en préservant l'aspect humain des soins. Un ouvrage pour les professionnels de santé et tous ceux qui s'intéressent à l'évolution du système hospitalier.

Sous ce titre pédagogique, un réquisitoire engagé. Le cofondateur du Collectif Inter-Hôpitaux et l'ancien directeur de Santé publique France ne mâchent pas leurs mots : CNR « mort-né », démocratie sanitaire « en panne », débat « confisqué ». Sur la forme, le livre tient sa promesse de clarté avec sept chapitres de quinze pages. Sur le fond, les propositions sont portées par plus d'une centaine de professionnels du Collectif pour la refondation du système de santé. Une lecture qui donne des arguments aux défenseurs du service public, même si l'on peut regretter l'absence de voix contradictoires.

Notre santé : 7 questions, 7 réponses.

Pr André Grimaldi et Dr François Bourdillon, préface Pr Didier.
Éditions Odile Jacob, mai 2024.
EAN : 978241500912



Burn-out étudiant

Léa Mangelot.
Éditions du Puits Fleuri,
octobre 2025.

Un sujet émergent qui concerne aussi les professionnels de santé formateurs. Selon l'INSERM, un étudiant sur deux serait touché au cours de son parcours,

jusqu'à 50 % dans certaines filières comme médecine ou classes préparatoires. L'auteure, psychopraticienne à Brest et cofondatrice de l'émission radio Syno'psy, aborde le phénomène sous l'angle croisé de l'histoire, de la psychologie et de la sociologie. Son constat : le burn-out étudiant reste « normalisé, passé sous silence ». Un guide pratique bienvenu avec des outils concrets de prévention, à l'heure où la santé mentale des jeunes devient un enjeu majeur de santé publique.

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 : Freepix et outils IA

N° ISSN en cours
Impression Compo-Offset - 78700 Conflans-
Sainte-Honorine.



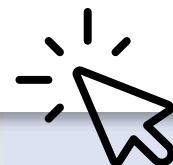
Association le LIEN
13, rue Le Corbusier
92100 Boulogne-Billancourt
E-mail : contact@securite-patient.fr
Internet : www.securite-patient.fr

association  le lien



Sécurité-patient.fr

Le site web securite-patient.fr veut devenir la référence incontournable pour tous les professionnels de santé et décideurs engagés dans l'amélioration de la qualité des soins.



→ NOTRE ENGAGEMENT

- **alerter sur les risques liés aux soins** : entre 1 patient sur 8 et 1 patient sur 20 est confronté à une erreur médicale grave au cours d'une hospitalisation.
- **informer avec une veille actualisée des dernières études et publications internationales sur la sécurité des patients.**
- **analyser les évolutions réglementaires et leur impact sur les pratiques de soins.**
- **partager des ressources et dossiers complets comme notre dossier sur les « Never Events ».**

Notre site propose une information rigoureuse fondée sur les données probantes les plus récentes, avec des actualités françaises et internationales soigneusement sélectionnées par notre équipe éditoriale.

Que vous soyez usager, patient, médecin, cadre de santé, directeur d'établissement ou chargé de la qualité, securite-patient.fr vous accompagne pour construire un système de soins plus sûr.



Soutenez Le LIEN : Ensemble pour la sécurité des patients

Chaque jour, des patients nous contactent après avoir subi un accident médical, une infection nosocomiale ou une complication évitable. Derrière chaque témoignage se cache une histoire personnelle bouleversante, un parcours de vie affecté par une erreur médicale.

Nous poursuivons nos missions essentielles et maintenons notre indépendance grâce aux adhésions et dons des personnes qui ont besoin de notre aide ou qui souhaitent participer à nos actions de prévention des infections nosocomiales et des accidents médicaux, en devenant par exemple, représentant des usagers de la santé dans les établissements de santé.

**VOTRE ENGAGEMENT AUJOURD'HUI PEUT ÉVITER LA SOUFFRANCE DE DEMAIN.
N'ATTENDEZ PAS QU'UN ACCIDENT MÉDICAL TOUCHE L'UN DE VOS PROCHES POUR AGIR.**

BULLETIN D'ADHÉSION 2026

NOM prénom : Tél. :
Adresse :
Code postal : Ville :
Adresse messagerie :

JE SOUHAITE ADHÉRER À L'ASSOCIATION LE LIEN ET JE VERSE CI-DESSOUS

- ☐ COTISATION ANNUELLE adhérent 2025 : **30,00 euros** OU
☐ COTISATION ANNUELLE étudiant, personne en recherche d'emploi, RSA, faible revenu... : **5,00 euros** OU

66% de votre versement à LE LIEN sont déductibles de vos impôts, dans la limite de 20 % de votre revenu imposable.
Exemple, un don de 50 € coûte 17 € après la déduction fiscale.

- ☐ COTISATION ANNUELLE LIBRE **au-delà de 30 euros** : **euros** et deviens membre bienfaiteur.

À adresser à LE LIEN - 13, rue Le Corbusier - 92100 - Boulogne-Billancourt