PROPOSITIONS

Pour une politique de prévention des événements indésirables associés aux soins

Note complémentaire aux propositions SFSP pour une stratégie de prévention intégrée à la Stratégie nationale de santé

Août 2014

sommaire

CONTEXTE **6**

PROPOSITIONS **7**

1/ PROPOSITION 1 - AFFECTER, DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE, DES RESSOURCES DEDIEES A LA GESTION DES RISQUES CLINIQUES **7**
Propositions 7
2/ PROPOSITION 2 - DEVELOPPER UN APPUI REGIONAL AUX PROFESSIONNELS DE SANTE, AUX ETABLISSEMENTS DE SANTE ET AUX ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX **7**
Propositions 7
3/ PROPOSITION 3 - FAVORISER LE SIGNALEMENT DES EVENEMENTS INDESIRABLES ASSOCIES AUX SOINS (EIAS) **8**
Propositions 8
4/ PROPOSITION 4 - PROMOUVOIR LES COLLABORATIONS INTERPROFESSIONNELLES ET INTERSECTORIELLES (TELLES QUE VILLE-HOPITAL) **9**
Propositions 9
5/ PROPOSITION 5 - CONDUIRE DES STRATEGIES D'ACTION PERMETTANT UNE MEILLEURE RECONNAISSANCE DES COMPETENCES DES USAGERS EN MATIERE DE SECURITE DES SOINS QUI LEUR SONT PRODIGUES **9**
Propositions 10
6/ PROPOSITION 6 - RENFORCER LA FORMATION INITIALE DES PROFESSIONNELS DE SANTE A LA GESTION DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS **10**
Proposition 10
7/ PROPOSITION 7 - REVOIR LES MODALITES DE MISE EN ŒUVRE DU DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU (DPC) **10**
Propositions 11
8/ PROPOSITION 8 - DEVELOPPER LA RECHERCHE SUR LA SECURITE DES SOINS **11**
Propositions 12

LISTE DES SIGLES 13

ANNEXE 1 14

SYNTHESE DES PROPOSITIONS DE LA SFSP « POUR UNE STRATEGIE DE PREVENTION ARTICULANT LA SANTE DANS TOUTES LES POLITIQUES, LA PROMOTION DE LA SANTE ET LES PRATIQUES CLINIQUES PREVENTIVES, INTEGREE A LA STRATEGIE NATIONALE DE SANTE » 14

ANNEXE 2 17

LA TRIPLE BOUCLE DE LA SECURITE DES SOINS. 17

Dans sa lettre ouverte adressée le 28 février 2013 au Premier Ministre et à la Ministre de la Santé, la SFSP se réjouissait *« que soit enfin décidée l'actualisation de la Loi de santé publique du 9 août 2004 »* tout en s'interrogeant néanmoins *« sur l'étendue des réformes envisagées au vu de l'argumentation exposée, qui pourrait faire de la santé une affaire trop exclusivement centrée sur le système de soins »*. Elle a donc remis une première contribution au comité des sages, apportant sa vision des enjeux pour la Stratégie nationale de santé.

Suite à l'annonce de la Stratégie nationale de santé et de la préparation de la future loi de santé, la Société française de santé publique a apporté en juin 2014 des propositions sur deux axes fondamentaux pour la mise en œuvre de la Stratégie nationale de santé : **la gouvernance et la prévention (promotion de la santé et pratiques cliniques préventives)**. Ces propositions ont été réalisées par un groupe de travail d'adhérents de la SFSP – personnes morales et personnes physiques, sous la coordination du conseil d'administration et soumis à l'avis de l'Assemblée générale.

Cette note complète les propositions pour une stratégie de prévention articulant la santé dans toutes les politiques, la promotion de la santé et les pratiques cliniques préventives, intégrée à la Stratégie nationale de santé, dans le champ spécifique de la prévention des évènements indésirables associés aux soins (en annexe 1).

L'ensemble de ces textes est accessible sur le site internet de la SFSP : http://www.sfsp.fr/dossiers/dossiers.php?cdossier=59.

Contexte

Un événement indésirable associé aux soins (EIAS) est un événement défavorable pour le patient, consécutif aux stratégies et actes de diagnostic, de traitement, de prévention, ou de réhabilitation.

Pour l'OMS : *« La sécurité du patient est un* ***principe fondamental des soins de santé****. Chaque étape de l'administration des soins s'accompagne d'un certain risque pour le patient. Des événements indésirables peuvent résulter de problèmes au niveau de la pratique, des produits utilisés, des procédures ou des systèmes sanitaires.* ***Les améliorations de la sécurité pour les patients supposent un effort complexe de l'ensemble du système*** *».*

Les enquêtes nationales sur les événements indésirables associés aux soins (ENEIS)[1] réalisées en 2004 et en 2009 ont montré que 3,94% des hospitalisations étaient dues à un événement indésirable grave associé aux soins, délivré en ville ou en établissement médico-social, dont près de la moitié (44,5%) étaient considérés comme évitables. En cours d'hospitalisation, on observait 6,6 accidents iatrogènes graves pour 1000 journées, dont 35% étaient considérés comme évitables, soit une estimation de 350 000 à 450 000 EIG chaque année chez des patients hospitalisés dans les établissements de santé français, dont 115 000 à 185 000 seraient évitables. L'étude ESPRIT[2] en 2013 a mis en évidence 22 EIAS pour 1000 actes ou 1 EIAS tous les 2 jours par médecin généraliste.

Les incidents iatrogènes représentent un enjeu de santé publique ; ils impactent sur le résultat des soins, mobilisent du temps de professionnels pour leur traitement et génèrent des dépenses qui pourraient être évitées. Identifiée par l'OMS, en 2004, comme une priorité pour tous les systèmes de soins, la sécurité du patient fait l'objet, dans la plupart des pays développés, de travaux visant à mieux connaitre les risques et leurs déterminants et à mettre en place des dispositifs de gestion des risques[3].

La stratégie nationale de santé est l'**opportunité de lancer une politique de prévention des risques associés aux soins** qui doit concerner l'organisation de l'offre de soins, les organismes de régulation, les dispositifs d'appui et d'évaluation, la formation initiale et continue des professionnels et la recherche sur les services de santé.

---

[1] Michel P, Minodier C, Lathelize M, Moty-Monnereau C, Domecq S, Chaleix M, *et al.* Les événements indésirables graves associés aux soins observés dans les établissements de santé. Résultats des enquêtes nationales menées en 2009 et 2004. Dossiers solidarité et santé 2010 ; 17:1-17.

[2] ESPRIT. Etude nationale en Soins PRImaires sur les évènemenTs indésirables. Rapport final décembre 2013 : 149 p.

[3] Haut Conseil de la Santé Publique. Pour une politique globale et intégrée de sécurité des patients: principes et préconisations. Paris: HCSP ; 2011: 61 p.

Propositions

1/ Proposition 1 - Affecter, dans les établissements de santé, des ressources dédiées à la gestion des risques cliniques

Les établissements de santé, dont la principale source de financement est l'activité clinique, privilégient l'affectation des ressources aux secteurs de production de soins. Cependant, l'activité transversale de santé publique, portant les dispositifs de gestion des risques cliniques (identification des risques, analyse et prévention), nécessite des compétences particulières et du temps dédié.

Propositions

1.1) **Affecter une part significative du financement** des établissements de santé à la gestion des risques cliniques, avec une modulation éventuelle en fonction des résultats d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins (comme ICALIN pour l'hygiène hospitalière).

1.2) **Structurer et consolider les ressources humaines** dédiées à la qualité et la gestion des risques : définir des quotas de ressources humaines dédiées à la gestion des risques cliniques pouvant faire l'objet d'indicateurs pris en compte dans la proposition précédente ou inclus dans les contrats d'objectifs et de moyens.

1.3) Publier la **fiche métier du coordonnateur** de la gestion des risques associés aux soins créé par le décret du 12 novembre 2010[4] et renforcer l'obligation de désigner dans chaque établissement un praticien coordinateur de la gestion des risques associés aux soins.

2/ Proposition 2 - Développer un appui régional aux professionnels de santé, aux établissements de santé et aux établissements médico-sociaux

L'expertise en matière de gestion des risques cliniques est peu abondante et très hétérogène. Une mutualisation régionale de l'expertise est nécessaire pour aider les professionnels et les établissements, surtout ceux de petite taille et les établissements médico-sociaux, à définir et mettre en place leurs plans d'actions d'amélioration de la qualité des soins.

Propositions

2.1) **Développer les structures régionales d'appui** (SRA) (ou structures régionales d'évaluation - SRE), facilitant la réalisation d'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) et la mise en place de démarches de gestion des risques par les professionnels en animant le partage d'expérience, réalisant collectivement

[4] Décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les évènements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé.

des outils, en venant en appui des professionnels. Ces SRA participent de la mutualisation des expériences, des analyses et des moyens. Elles assurent des missions de service public pour lesquelles une contractualisation devrait être établie avec l'autorité sanitaire régionale via des CPOM.

2.2) **Mettre en place dans chaque ARS une mission spécifique** pour la sécurité des soins, confiée aux professionnels de santé publique des ARS (médicaux et paramédicaux). Cette mission travaillerait en lien avec la SRA ou SRE et les professionnels de santé référents dans ce domaine (ex : les coordinateurs de la gestion des risques associés aux soins des établissements de santé ou des référents dans des maisons de santé, etc.) ;

2.3) **Coordonner les actions régionales visant le développement de la culture de sécurité des soins** dans la région. L'ensemble des expertises régionales - structures régionales d'appui, représentants des professionnels de santé et des usagers, réseaux de professionnels de santé, université - devrait s'organiser en plateforme régionale pour concevoir, mettre en œuvre et suivre un Plan régional sécurité patient.

3/ Proposition 3 - Favoriser le signalement des événements indésirables associés aux soins (EIAS)

Le signalement des EIAS reste la source principale d'identification des risques cliniques. Les **circuits du signalement** s'organisent dans les établissements hospitaliers selon une **triple boucle** : le service (outils de gestion des risques en équipes), l'établissement (coordonnateur de la gestion des risques cliniques, vigilances) et les tutelles (ARS, agences nationales, état) (voir figure en annexe 2).

Le développement d'un comportement de détection et de signalement d'évènements indésirables, indispensable à la conduite d'analyses collectives des causes systémiques et à la prévention des risques, est freiné par des facteurs culturels (culture de sécurité peu développée), la crainte de sanctions, la complexité des circuits et le manque de rétro-information sur le devenir des signalements. Il convient d'**identifier des mesures incitatives et de faciliter le signalement**.

Propositions

3.1) Inscrire dans la loi l'**obligation déontologique**, pour un professionnel de santé, **de signaler les EIAS et les situations à risque** dont il est le témoin.

3.2) Inscrire dans la loi qu'**un professionnel ne peut être sanctionné, ni même réprimandé pour avoir signalé** un EIAS ou une situation à risque. Le texte sur la protection des lanceurs d'alerte ou l'article L. 5312-4-2 du code de santé publique, relatifs à la sécurité sanitaire des produits pourraient utilement s'étendre aux EIAS en général.

3.3) Renforcer l'incitation des équipes médicales et soignantes à mettre en place des **dispositifs de gestion des risques au niveau des services** (par exemple des revues de morbidité et mortalité ou des comités de retour d'expérience). L'incitation pourrait prendre la forme d'un indicateur sécurité ou de critères de certification. Ces indicateurs pourraient être intégrés dans les CPOM des établissements, les

conventions tripartites, les matrices et objectifs des professionnels de santé libéraux.

3.4) **Redéfinir et simplifier les circuits de déclaration** destinés aux autorités sanitaires (notamment des évènements indésirables graves associés aux soins article L1413-14 en cohérence avec les circuits des vigilances). Les ARS pourraient être le point de convergence (ou le guichet unique) des signalements au niveau d'une région. Cette fonction devrait relever de la mission de veille sanitaire évoquée plus haut (proposition 2.2).

4/ Proposition 4 - Promouvoir les collaborations interprofessionnelles et intersectorielles (telles que ville-hôpital)

Du fait de la transition démographique et épidémiologique, le parcours des patients est devenu long et complexe faisant intervenir de multiples professionnels de santé, augmentant les risques d'EIAS. Cependant, notre système de soins reste très cloisonné, en particulier dans les relations entre la médecine de soins primaires et l'hôpital. Les soins de santé sont le produit d'un travail collectif. Les défauts de coopération, de collaboration et de communication entre producteurs de soins sont une des causes principales des EIAS.

Propositions

4.1) Modifier l'article R1112-1 du code de la santé publique qui fixe à 8 jours le délai d'envoi du compte-rendu d'hospitalisation. A transformer en obligation de remettre au patient et d'envoyer au médecin traitant une **« synthèse du séjour hospitalier » le jour de la sortie**.

4.2) Améliorer l'organisation de la sortie du patient à l'aide d'une **« check-list » de sortie**, comportant un contact avec le médecin traitant du patient.

4.3) Redonner du sens au travail en équipe à l'hôpital. Il convient de :

- redéfinir les **structures de base de l'hôpital** (départements ou services, unités médicales) et de définir les **missions des responsables** de ces structures ;
- introduire l'obligation, pour les praticiens responsables d'équipes de suivre une **formation minimale au management**.

5/ Proposition 5 - Conduire des stratégies d'action permettant une meilleure reconnaissance des compétences des usagers en matière de sécurité des soins qui leur sont prodigués

Le plus concerné par les soins est le patient lui-même. Il attend que ses soins soient les meilleurs possibles, adéquats à sa situation et en accord avec ses choix, et que les bénéfices sur sa santé soient ceux qu'il attendait.

De façon moins directe mais bien réelle, la famille et les amis sont aussi concernés par la qualité et la sécurité des soins prodigués au patient. Plus globalement, tout citoyen a le statut de patient, au moins à un moment de sa vie.

Ainsi, la question de **la sécurité des soins est une question sociétale** passant par le prisme de l'individu dans un ou plusieurs espaces et temps donnés. L'implication, la participation des citoyens pour définir une politique de sécurité des soins et celle de l'individu comme acteur de sa propre sécurité sont des fondamentaux de la démocratie sanitaire.

Propositions

5.1) **Consolider le rôle des représentants des usagers** dans les établissements et l'articuler entre le sanitaire et le médico-social.

5.2) Poursuivre les stratégies d'une **meilleure information** et, autant que possible, **implication des usagers** sur les risques associés aux soins et leur gestion.

6/ Proposition 6 - Renforcer la formation initiale des professionnels de santé à la gestion de la qualité et de la sécurité des soins

Depuis quelques années, les questions relatives à la qualité et la sécurité des soins ont été introduites dans les programmes de formation initiale. Mais le contenu de ces programmes reste **hétérogène**, parfois confus, inégalement mis en œuvre et les acquisitions **inconstamment évaluées**.

Proposition

6.1) **Définir un corpus minimal de connaissances** que doivent acquérir tous les professionnels de santé.

6.2) Puis, **décliner ce corpus** dans tous les programmes de formation, y compris la formation des personnels d'encadrement.

7/ Proposition 7 - Revoir les modalités de mise en œuvre du développement professionnel continu (DPC)

Le DPC est une nouvelle approche de la formation médicale continue fondée sur : l'évaluation des besoins du praticien, une pédagogie centrée sur les pratiques et la prise en compte de la responsabilité sociale du médecin (définition internationale).

Le DPC est devenu obligatoire en France de par la loi de 2009 pour tous les professionnels de santé, cependant sa **mise en place est chaotique**. Ce retard à la mise en œuvre est dû à des caractéristiques propres du dispositif réglementaire. Le modèle unique de DPC pour tous les métiers et tous les modes d'exercice suscite des négociations multiples et conduit à un **dispositif minimal** qui, *in fine*, ne satisfait personne, car très éloigné de l'objectif initial. Le fait qu'un professionnel doive se tourner vers un opérateur unique offrant un programme intégré n'est pas adapté à la réalité du terrain où, le plus souvent, le professionnel fait appel à des

opérateurs différents pour l'évaluation de ses pratiques et pour sa formation continue. Enfin, l'absence de barème quantifiant l'investissement du professionnel génère des situations injustes.

Ces défauts du dispositif devraient être corrigés pour que le DPC puisse réellement contribuer à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

Propositions

7.1) Inscrire durablement la sécurité des soins comme **priorité dans les orientations nationales du DPC, pour toutes les spécialités et tous les métiers**.

7.2) **Développer des conseils nationaux professionnels** (CNP) ou structures équivalentes pour tous les professionnels de santé, qui regroupent tous les organismes (collèges universitaires, sociétés savantes et syndicats) représentatifs.

7.3) Conférer les moyens à ces CNP, notamment financiers, pour que la sécurité des soins soit intégrée.

7.2) **Revoir les modalités de mise en œuvre** du DPC

- Abandonner le modèle unique de DPC et élaborer avec les organismes professionnels regroupés en CNP des modèles adaptés à chaque métier et à chaque mode d'exercice, permettant que la sécurité des soins soit intégrée.
- Supprimer la contrainte de l'opérateur unique et permettre aux professionnels de faire appel à des opérateurs différents pour la formation et pour l'analyse des pratiques, permettant ainsi le développement de l'analyse de pratiques dans le cadre de l'activité quotidienne et en équipe pluriprofessionnelle.
- Définir un barème qui permette de quantifier l'effort du professionnel et définir, par métier et par mode d'exercice, le niveau d'exigence minimal.

8/ Proposition 8 - Développer la recherche sur la sécurité des soins

Il s'agit d'un domaine de recherche relativement nouveau qui nécessite une **approche multidisciplinaire** associant des professionnels de santé, des épidémiologistes, des économistes de la santé, des chercheurs en sciences de gestion et en sciences humaines.

En effet, nous avons besoin de mieux connaitre l'épidémiologie des risques et les facteurs organisationnels et humains qui contribuent à la survenue des erreurs et des incidents. Il est nécessaire de **développer des dispositifs permettant d'identifier les risques et de les prévenir**. Ces dispositifs doivent être acceptés puis adoptés par les professionnels du soin ce qui nécessite qu'ils partagent une culture de la sécurité du patient et une culture de travail en équipe et de partenariat avec les patients.

Ce champ de recherche est inclus dans le champ de la **recherche sur les services de santé** (*health services research*) qui est insuffisamment reconnu et développé en France.

L'interdisciplinarité est difficile à construire du fait du cloisonnement académique des disciplines et de différences culturelles. Le développement de la recherche sur les services de santé demande un engagement conjoint des ministères de la santé et de la recherche.

Propositions

8.1) Créer une **mission interministérielle sur le thème de la recherche sur les services de santé**, chargée de coordonner les efforts du ministère de la santé et du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche.

8.2) Développer la recherche sur les services de santé **avec une priorité sécurité des soins**

8.3) **Soutenir le développement des équipes de recherche** rassemblant des chercheurs issus de disciplines différentes, et d'organismes (universités, organismes de recherche) différents, dans le champ de la recherche sur les services de santé.

Liste des sigles

ARS	Agence régionale de santé
AVIESAN	Alliance pour les sciences de la vie et de la santé
CNP	Conseil national professionnel
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
DPC	Développement professionnel continu
EIAS	Evènement indésirable associé aux soins
EPP	Evaluation des pratiques professionnelles
FSM	Fédération des spécialités médicales
ICALIN	Indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales
ITMO	Institut thématique multi-organismes
OMS	Organisation mondiale de la santé
SRA	Structure régionale d'appui
SRE	Structure régionale d'évaluation
SFSP	Société française de santé publique
SNS	Stratégie nationale de santé

Annexe 1

Synthèse des propositions de la SFSP « Pour une stratégie de prévention articulant la santé dans toutes les politiques, la promotion de la santé et les pratiques cliniques préventives, intégrée à la stratégie nationale de santé »

La France se situe dans une position défavorable par rapport à la moyenne européenne pour de nombreux facteurs de risque et pour certains états de santé. Cette situation est en grande partie attribuable à l'absence de politique structurée de prévention en France. Pour la première fois, avec la Stratégie nationale de santé (SNS), est reconnue la complémentarité entre interventions sur les conditions de vie et de travail, acquisition de compétences personnelles et recours à des pratiques cliniques de prévention. L'objectif de ce document est de soutenir la mise en œuvre de cette ambition à travers cinq propositions structurantes. Cette note n'aborde pas les aspects de crise, veille et sécurité sanitaire. Elle complète les propositions émises par la SFSP pour une gouvernance renouvelée pour la Stratégie nationale de santé.

Proposition 1 – Adopter une stratégie de prévention articulant la santé dans toutes les politiques, la promotion de la santé et les pratiques cliniques préventives

La prévention a pour objectifs de prévenir l'apparition des maladies, d'en réduire les conséquences fonctionnelles et sociales et de favoriser l'égalité devant la santé, ceci en agissant sur les déterminants individuels et collectifs de santé. La Société française de santé publique (SFSP) propose de définir une stratégie explicite de prévention soutenant conjointement les trois modalités d'action que sont :

- la santé dans toutes les politiques,
- la promotion de la santé de proximité alliant l'éducation pour la santé, la mobilisation sociale et la création d'environnements favorables à la santé,
- et les pratiques cliniques préventives (ou prévention dite médicalisée).

Le service public territorial de santé, proposé dans le cadre de la SNS, doit intégrer les acteurs du dispositif de santé publique et contribuer à la coordination entre ces trois modalités d'action.

Proposition 2 – Adopter une stratégie explicite de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé

Il est nécessaire de sensibiliser la population et les décideurs aux déterminants de la santé aujourd'hui mal appréhendés. Il convient d'établir un nouveau cadre en concertation avec les professionnels qui participent à la prise en charge en santé des personnes.
Il s'agit ensuite de mettre en œuvre des leviers connus comme efficaces pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, leviers par nature intersectoriels. Il s'agit principalement des études d'impact sur la santé et des politiques sociales et éducatives de la petite enfance.
La stratégie proposée repose sur cinq axes :

- sensibiliser les décideurs, les professionnels et la population aux déterminants de la santé et aux principaux leviers d'action ;
- objectiver les inégalités sociales et territoriales de santé et leurs déterminants ;
- évaluer l'impact sur la santé et l'équité en santé des politiques publiques ;
- faire de la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé dès l'enfance une priorité, à travers les politiques sanitaires, sociales et éducatives ;
- et rendre effectif l'accès aux droits fondamentaux, dont font partie les soins, la prévention, la protection sociale et les mesures intersectorielles en direction des plus vulnérables.

Proposition 3 – Soutenir la promotion de la santé dans les milieux de vie

La SFSP propose que la promotion de la santé et les activités d'éducation pour la santé, de prévention collective et de santé communautaire qui s'y réfèrent soient reconnues en tant que missions d'intérêt général ou de service public au même titre et avec la même légitimité que le soin. Elle propose une reconnaissance du rôle majeur des collectivités territoriales et autres structures locales, notamment associatives, dans ce champ, en lien avec les services déconcentrés de l'Etat (ex : l'Education nationale et la santé scolaire s'agissant du milieu de vie de l'Ecole et de la promotion de la santé en faveur des élèves).

Cela suppose de définir des modalités d'organisation, d'accompagnement et de financement appropriées et d'inciter les communautés de vie à s'engager dans ces stratégies. Ainsi, cinq axes sont proposés :

- inciter un plus grand nombre de communautés de vie à s'engager dans des stratégies de promotion de la santé ;
- développer les interventions de première ligne visant particulièrement à réduire les inégalités de santé et à combler les besoins de santé de groupes plus vulnérables, du fait de leurs conditions et modes de vie ou de leur situation de handicap ;
- organiser en région des modalités durables d'accompagnement à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets de promotion de la santé ;
- instituer un financement à la hauteur des enjeux et sécurisé destiné aux activités d'accompagnement et d'intervention en promotion de la santé et prévention collective ;
- agir sur les déterminants environnementaux et liés au travail.

Proposition 4 – Améliorer l'efficience des pratiques cliniques préventives

Il s'agit de mettre en œuvre un ensemble de mesures permettant d'améliorer l'accessibilité à la prévention et en renforcer l'efficacité et l'efficience. Ceci passe entre autres par une meilleure organisation territoriale, autour du médecin traitant, et par des mesures d'accompagnement des professionnels et des patients. Cette proposition comporte six axes :

- améliorer l'efficience des pratiques cliniques préventives ;
- rationaliser l'offre en termes de bilans de santé et de consultations de prévention ;
- accompagner la population afin d'améliorer sa capacité de choix ;
- prendre en compte la problématique des inégalités d'accès aux pratiques cliniques préventives ;

- élaborer et mettre en œuvre une stratégie de prévention des événements indésirables associés aux soins [Le détail de cette mesure figure dans une note spécifique] ;
- faire du système de soin un acteur de la promotion de la santé.

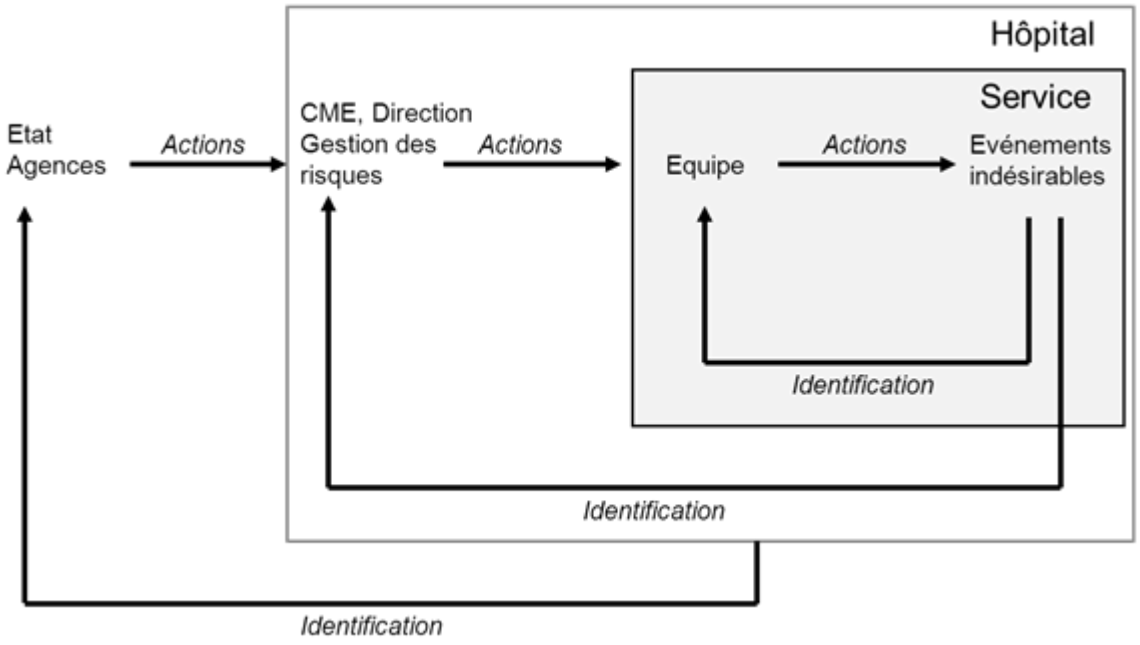
Proposition 5 – Définir une nouvelle gouvernance

Il s'agit d'abord de clarifier le pilotage national des politiques de santé et des politiques intersectorielles pouvant avoir un impact sur la santé.
Une stratégie explicite de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé doit être portée au niveau du gouvernement. Le rôle des collectivités territoriales – acteurs majeurs d'action sur les déterminants de la santé – doit être renforcé et soutenu. Les contrats locaux de santé doivent être un outil au service de cette ambition. Enfin, quel qu'en soit le niveau, la décision doit être fondée sur les connaissances scientifiques articulées avec l'expérience des acteurs et les aspirations de la population. Il s'agit donc d'une part de soutenir la recherche interventionnelle en santé des populations et d'autre part de mettre en place un processus structuré de transfert des connaissances favorisant les échanges entre chercheurs, acteurs et décideurs. Cette proposition comprend quatre axes :

- renforcer la recherche, l'expertise et le transfert de connaissances ;
- développer le débat public sur la santé et élargir le champ de la démocratie sanitaire ;
- clarifier le pilotage des politiques intersectorielles et le pilotage concernant le secteur de la santé ;
- donner une place plus importante au niveau local.

Annexe 2

La triple boucle de la sécurité des soins[5].



Ce modèle de « triple boucle », inspiré du système mis en place en Australie, est fondé sur une logique d'auto-apprentissage à partir des événements indésirables associés aux soins[6].

Le niveau de base s'appuie sur les professionnels de santé qui, au sein des équipes, doivent identifier et analyser les problèmes de sécurité afin d'améliorer leurs modes de travail.

Au niveau de l'établissement, les risques sont gérés par une structure transversale en lien avec les décideurs.

Au niveau du pays, les services de l'état, les agences régionales de santé et les agences doivent être informés des problèmes de sécurité et prendre des mesures réglementaires, diffuser des alertes, retirer des lots ou suspendre des produits de santé.

[5] François P, Sellier E, Imburchia F, Mallaret MR. Le comité de retour d'expérience (CREX) : une méthode pour l'amélioration de la sécurité des soins. Rev Epidemiol Sante Publique. 2013;61:155-61.
[6] Healy J, Braithwaite J. Designing safer health care through responsive regulation. Med J Aust. 2006;184:S56-9.

CES PROPOSITIONS ONT ETE REALISEES PAR UN GROUPE DE TRAVAIL D'ADHERENTS DE LA SFSP, SOUS LA COORDINATION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION.

ELLES FONT SUITE A LA CONTRIBUTION DE LA SFSP POUR L'ELABORATION D'UNE STRATEGIE NATIONALE DE SANTE ET COMPLETENT LES PROPOSITIONS POUR UNE STRATEGIE DE PREVENTION ARTICULANT LA SANTE DANS TOUTES LES POLITIQUES, LA PROMOTION DE LA SANTE ET LES PRATIQUES CLINIQUES PREVENTIVES

L'ensemble de ces textes est accessible sur :
http://www.sfsp.fr/dossiers/dossiers.php?cdossier=59

Société Française de Santé Publique
1 rue de la Forêt - 54520 LAXOU
Tel : (+33)3.83.44.94.11
Fax : (+33)3.83.44.37.76
www.sfsp.fr