

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Rencontres
HAS 2010
2 et 3 décembre 2010
Cité des Sciences et de l'Industrie, Paris la Villette

Ensemble, améliorons la qualité en santé

TR 16



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Recommandations pour la mise en œuvre de la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé

Modérateur:

Patrice ROUSSEL - Chef de projet, service
évaluation et amélioration des pratiques, Haute
Autorité de Santé

Les intervenants

- **Jean-Luc BARON** – Président, Conférence nationale des Présidents de CME de l'Hospitalisation Privée
- **René CAILLET** – Responsable du pôle organisation sanitaire et médico-sociale, FHF
- **Jean-René LEDOYEN** – Directeur de soins, CHU de Rennes – Enseignant, responsable de la formation des directeurs de soins
- **Marie-Christine MOLL** – Médecin délégué à la Qualité et à la gestion des risques, CHU d'Angers
- **Michèle PERRIN** – Chargée de mission, bureau de qualité et de sécurité des soins, DGOS
- **Jean-Luc QUENON** – Chef de projet en gestion des risques, Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Patrice ROUSSEL

Chef de projet, service évaluation et
amélioration des pratiques, Haute Autorité
de Santé

Recommandations pour la mise en œuvre de la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé

Modérateur : Patrice Roussel
(SEVAM/HAS)

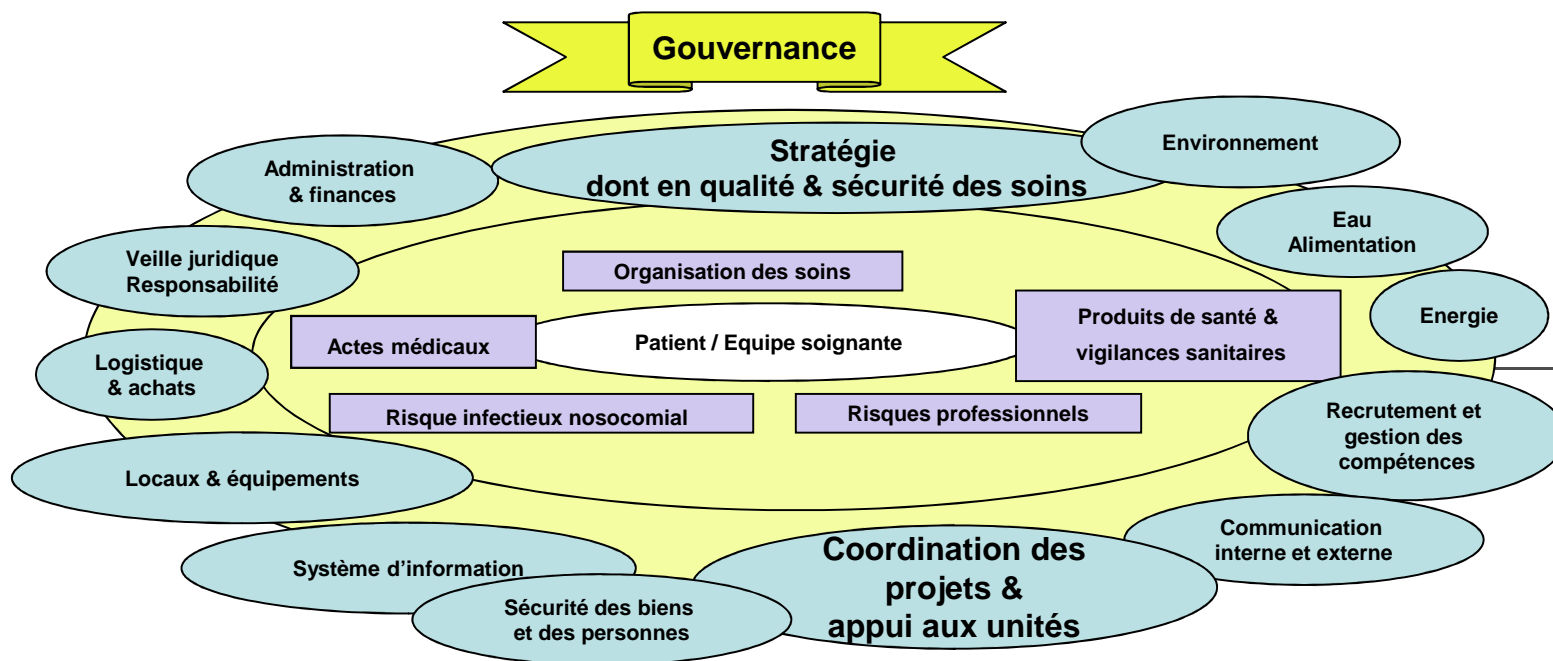
Contexte et problématique

- **Données disponibles relatives aux événements indésirables associés aux soins**
- **Des exigences évolutives (réglementation, certification)
d'une approche « produit » vers une approche « système »**
- **Une approche nouvelle au sein des établissements
gouvernance, coordination, mise en œuvre opérationnelle**
- **Un guide à paraître en 2011**
 - quatre principes structurants de mise en œuvre d'une démarche institutionnelle
 - une déclinaison sous forme d'axes d'action
 - complétés de fiches pratiques

Les principes

- **Principe 1**
Les décideurs de l'ES sont responsables du projet de GDR. Ils en assurent la définition et la cohérence, le pilotage et la totale supervision.
- **Principe 2**
Les experts techniques, qualitiens et gestionnaires de risques, aident au déploiement de la démarche. Ils en tracent les résultats.
- **Principe 3**
La gestion des risques suit des étapes incontournables. Pour une thématique donnée :
 - identifier les risques,
 - analyser les causes,
 - hiérarchiser les risques et identifier les actions d'amélioration,
 - définir le plan d'action et les mesures d'accompagnement,
 - évaluer l'efficacité des actions entreprises,
 - reconsidérer le plan d'action si besoin et/ou passer à d'autres thématiques
- **Principe 4**
Il convient de privilégier des méthodes qualitatives et d'inspiration clinique, plus rapides d'appropriation par les décideurs.

Un système coordonné construit par champs successifs, axé sur la sécurité du patient



La loi HPST et ses dispositions en matière de gestion des risques associés aux soins

Michèle PERRIN, chargée de mission
Direction générale de l'offre de soins
Sous direction pilotage de la performance
des acteurs de l'offre de soins
Bureau qualité et sécurité des soins

Loi HPST n° 2009-879 du 21 juillet 2009

Contexte et enjeux

- de multiples instances et un cadre strict de fonctionnement
- volonté de simplifier et d'assouplir l'organisation interne des établissements
- responsabiliser sur un programme d'actions en matière de qualité des soins, passer d'une logique de moyens à une logique de résultat et de gestion de projet
- des accidents médicamenteux dramatiques, des avancées fortes sur le risque infectieux associé aux soins,
 - Comment aller plus loin?

Loi HPST n°2009-879 du 21 juillet 2009 - Leviers

- L. 6111-2 : gestion des risques liés aux activités = missions de tous les établissements de santé
- L.6143-7 : décision conjointe directeur / président de la commission médicale d'établissement (CME) et de la conférence médicale (CM) sur la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins
- L. 6144-1 et L6161-2 : rôles renforcés et identiques des CME et CM sur l'amélioration continue de la qualité des soins
- L. 6144-1 et L. 6161-2 : obligation de transparence avec la diffusion publique des indicateurs

Une réglementation nouvelle

- Fixe des exigences et non plus des modes opératoires
- Un programme d'actions : étude des risques (CPOM, certification, CBU, rapport de la CRUQPC...) pour conduire les actions de prévention, d'atténuation, de récupération, d'analyse des événements indésirables : révision du programme, se fixer des indicateurs de suivi
- **Décrets/arrêtés publiés :**
 - PCME, commission médicale d'établissement, conférence médicale, politique du médicament, stérilisation, sous-traitance des préparations, indicateurs, décret relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé
 - Management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse : *à venir*

Gestion des risques associés aux soins

Modes d'intervention

- **Décret relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé** (n°2010-1408 du 12 novembre 2010)
- *Des définitions*
- **Événements indésirables associés aux soins** : tout incident préjudiciable à un patient hospitalisé survenu lors de la réalisation d'un acte de prévention, d'une investigation, ou d'un traitement
- **La gestion des risques associés aux soins** : vise à prévenir l'apparition d'événements indésirables associés aux soins et, en cas de survenance d'un tel événement, à l'identifier, à en analyser les causes, à en atténuer ou à en supprimer les effets dommageables pour le patient et à mettre en œuvre les mesures permettant d'éviter qu'il se reproduise
- *Un point d'ancrage fort*
- **Coordonnateur de la gestion des risques** (veiller à ce que les missions soient remplies), formation adaptée, accès aux données

Gestion des risques associés aux soins

Modes d'intervention

- **Décret n°1408 du 12 novembre 2010 (suite)**
- **Une organisation pour:**
 - Formation / information afin de développer la culture de sécurité
 - Expertise méthodologique dont analyse des évènements indésirables
 - Aide à l'élaboration du programme d'actions
 - Coordination des personnels qui participent à la lutte contre les évènements indésirables associés aux soins
- **Un programme d'actions pour :**
 - La qualité et la sécurité des soins
- **Une équipe opérationnelle d'hygiène pour :**
 - Assister la CME et la CM pour le volet IN, formation adaptée, accès aux données

Gestion des risques associés aux soins

Modes d'intervention

- Livrable : circulaire d'accompagnement du décret
- Guides HAS : gestion des risques associés aux soins, administration des médicaments, dommage causé à un patient
- Des priorités : les risques graves évitables
- A partir des travaux nationaux et internationaux et en fonction des activités des ES :
 - Médicaments
 - Risque péri-opératoire
 - Infections nosocomiales
- Formations



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Recommandations pour la mise en œuvre de la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé

Modérateur:

Patrice ROUSSEL - Chef de projet, service évaluation et
amélioration des pratiques, Haute Autorité de Santé



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Michèle PERRIN

Chargée de mission, bureau de qualité
et de sécurité des soins, DGOS



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Jean-Luc BARON

Président, Conférence nationale
des Présidents de CME de l'Hospitalisation
Privée

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Quelles recommandations en terme d'organisation ?

Rencontres
HAS 2010
2 et 3 décembre 2010
Cité des Sciences et de l'Industrie, Paris la Villette

Ensemble, améliorons la qualité en santé

Recommandations pour la mise en œuvre de la GDR en établissement: organisation

L'impact réglementaire

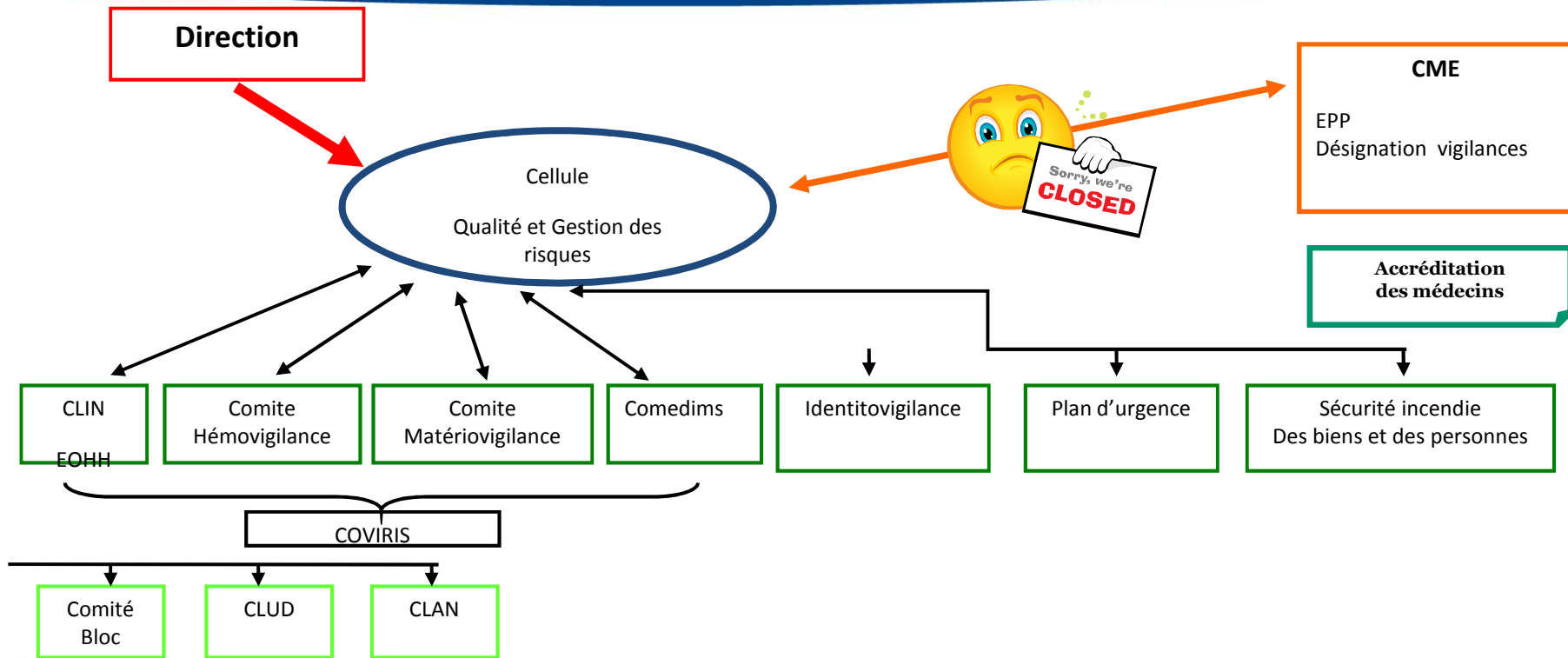
- **L'installation d'une véritable gouvernance en la matière**
 - une nouveauté pour les CME privée
 - un coordinateur de gestion des risques qui peut être un médecin en secteur public, un soignant en secteur privé pour ne pas induire la notion de directeur médical interface entre direction et CME
 - ou la lutte contre les EI associés aux soins est centrale dans la GDR globale
- **Un rôle d'animation et de mobilisation pour le DPC**
 - dans sa dimension collective
 - interface avec l'accréditation des médecins
 - participation à la mise en œuvre des outils

Les nouvelles missions réglementaires des CME : organisation

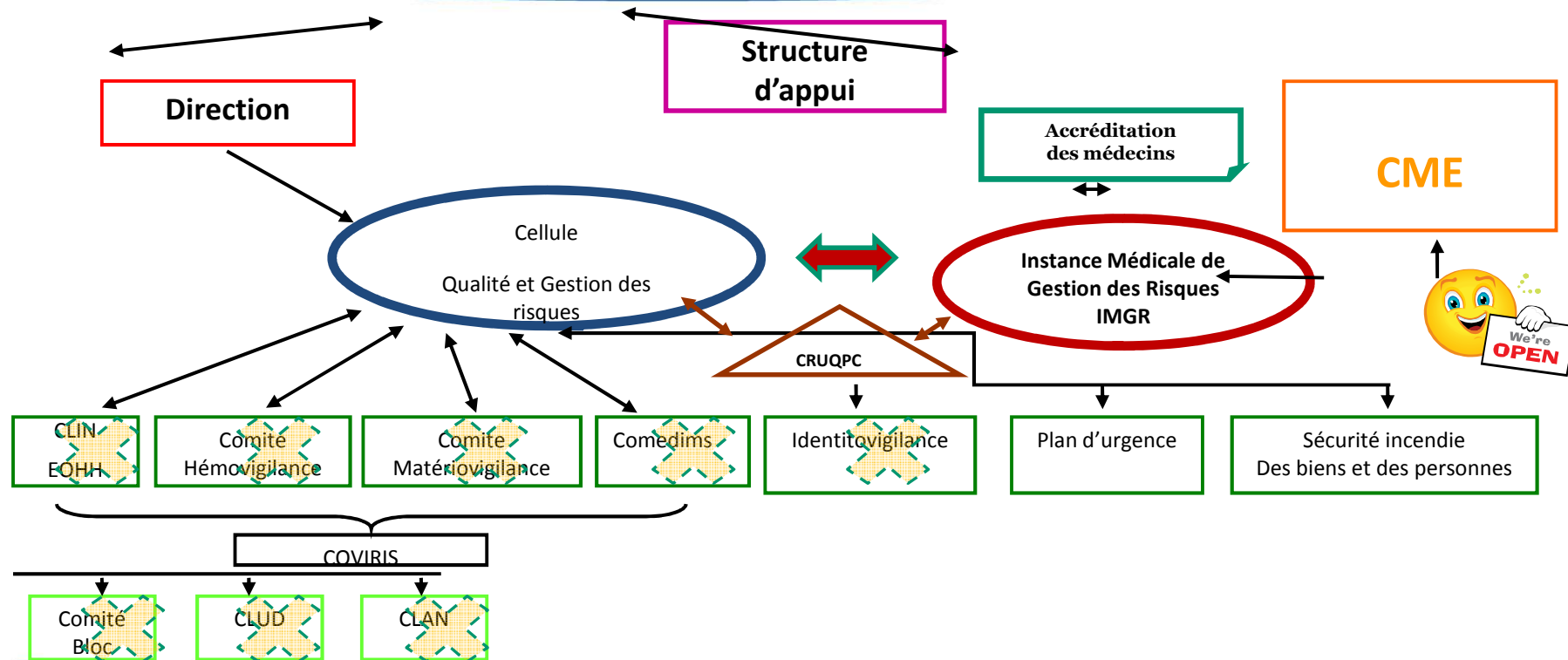
Les fondamentaux en terme d'organisation

- **Regrouper la ressource « médecins »**
 - jusqu'à aujourd'hui ressource éparpillée au sein des différentes vigilances réglementaires,
 - nécessité d'une organisation qui regroupe l'expertise médicale.
 - organisation transversale avec les autres acteurs de la GDR (pas uniquement médecins)
- **Dégager du temps sur le temps médical**
 - bien sûr par acculturation
 - en valorisant ces activités transversales, ressenties comme une consommation de temps médical
- **Former le médecins à la GDR collective**
 - un beau sujet pour le DPC

Recommandations pour la mise en œuvre de la GDR en établissement : organisation



Recommandations pour la mise en œuvre de la GDR en établissement : organisation



HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Quelles recommandations en terme d'outils ?

Rencontres
HAS 2010
2 et 3 décembre 2010
Cité des Sciences et de l'Industrie, Paris la Villette

Ensemble, améliorons la qualité en santé

Recommandations pour la mise en œuvre de la GDR en établissement : les outils

Des outils adaptés

- **Qui accompagnent une culture en développement**
 - un kit de démarrage pour les CME , surtout CME du secteur privé
- **Une accroche avec des analyses *a posteriori***
 - plus facile a appréhender pour des « apprenants »
 - en se servant de la procédure d'accréditation des médecins
- **Pour développer ensuite rapidement la GDR *a priori***
 - véritable prévention en matière de GDR
 - plus délicat à assimiler d'emblée

Recommandations pour la mise en œuvre de la GDR en établissement : les outils

Des outils qui accompagnent une culture en développement

Un développement de la culture de la déclaration, erreur ≠ faute, grâce à des programmes de formation qui peuvent s'intégrer dans le programme d'OA du DPC

Des outils pragmatiques, facilement utilisables pour les « docteurs apprenants » comme la méthode ALARM

Un kit de démarrage pour les CME

Recommandations pour la mise en œuvre de la GDR en établissement : les outils

Pour développer rapidement la GDR *a priori*

Par spécialité, mais également sur des thématiques transversales

Les outils et indicateurs ne manquent pas, il s'agit plus d'une question de formation que d'utilisation

En laissant aux acteurs la priorisation des actions, du plan de GDR et du choix de certains indicateurs

Recommandations pour la mise en œuvre de la GDR en établissement : conclusions

Les conditions de la réussite

- **Une formation nécessaire**
 - en collaboration avec les organismes de DPC
 - guide proposé par la HAS
- **Des outils simples « pour des docteurs apprenants »**
 - rapidement assimilables
 - peu chronophages
- **Des missions valorisées**
 - management pris sur le temps médical
 - devra forcément pris en compte dans la rémunération médicale.
- **Des thématiques et des indicateurs pas systématiquement « imposées » mais choisies**



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

René CAILLET

Responsable du pôle organisation sanitaire
et médico-sociale, FHF



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

La gestion des risques associés aux soins, un enjeu stratégique pour l'institution

Éléments de contexte : un environnement sanitaire de plus en plus contraint

- La Loi HPST promeut des approches par filières de soins sur un territoire de santé ;
- Les ARS vont décliner ces orientations dans les SROS-PRS : des programmes régionaux et des contrats ;
- Des attentes accrues des patients : information et participation, éducation thérapeutique (HPST) ;
- Une réglementation de plus en plus exigeante en termes d'encadrement des activités de soins : infections nosocomiales, gestion des risques, médicament, soins, bloc...
- Le tout sur fond de T2A : concurrence et parts de marché...

... Et la certification !

Les conséquences du passage d'une stratégie auto-centrée à une stratégie orientée patient : la mise en tension de l'organisation

- D'une logique planificatrice à une logique de contrôle et de l'évaluation
- D'une culture de moyens vers une culture de résultats
- Prise de conscience de l'environnement concurrentiel, marketing
- Nécessité de disposer d'informations-clés partagées (tableaux de bord...)
- Raccourcissement des délais
- Diffusion plus large de l'information sur les risques associés aux soins

...autant de facteurs de stress organisationnel et une responsabilité sociale accrue pour la direction

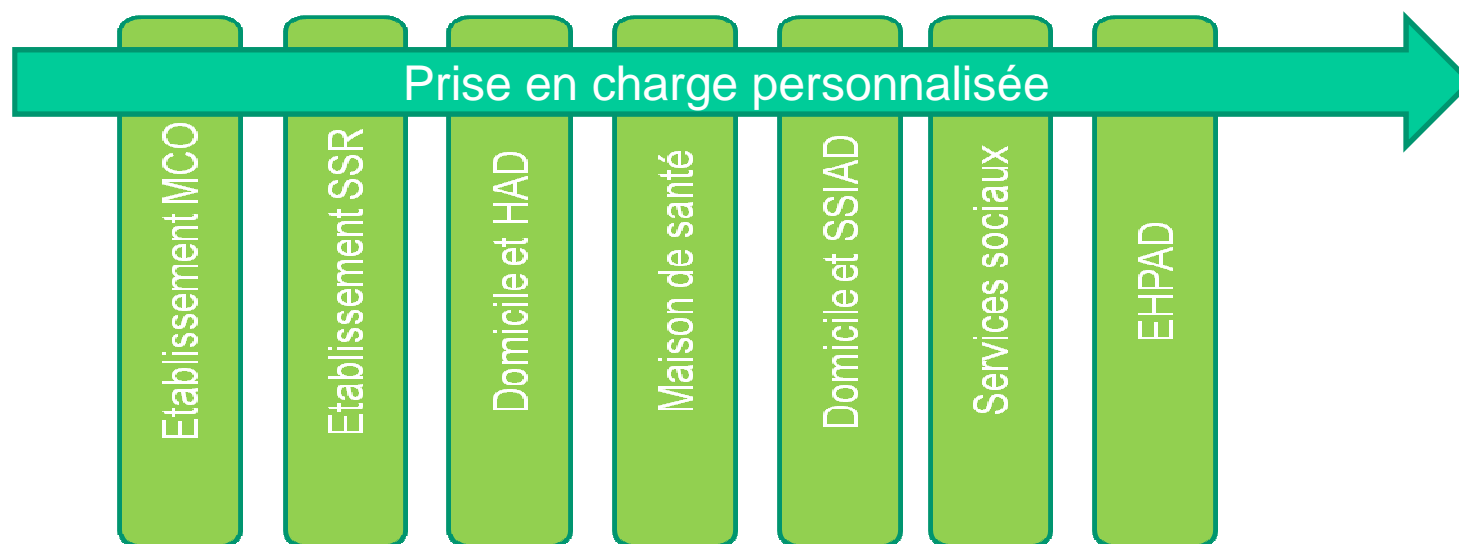
Une nécessité : la cohérence de l'action institutionnelle pour garantir réactivité, efficacité, performance

Pour répondre à ces défis, l'organisation hospitalière doit s'adapter

- L'organisation des activités en pôles
- Une nouvelle gouvernance
 - un Directoire médico-administratif resserré
 - une CME garante de la pertinence de l'activité et de la qualité des soins
- S'appuyant sur des compétences clé :
 - organisation et qualité
 - gestion des risques
 - systèmes d'information
 - gestion des flux...

Un système matriciel, gérant des filières et des pôles d'activité, ce qui suppose une grande cohérence dans l'action

Projet de territoire et projet d'établissements pour un suivi personnalisé des patients



Une organisation complexe, matricielle

FHF - Fédération Hospitalière de France 1bis, rue Cabanis – 75014 Paris

Un impératif majeur : la bonne gouvernance, un dialogue interne de qualité pour un projet au service du patient

- Mise en tension de l'organisation
 - Complexité des dispositifs à conduire
 - Exposition des acteurs, quels qu'ils soient, au risque
- = des changements culturels complexes à conduire**

Passage d'une logique d'établissement, hiérarchique, centrée sur le métier, à une logique de projet centrée sur le patient/client

Un IMPERATIF : la bonne gouvernance = des missions claires, des objectifs définis, des résultats mesurables et partagés



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Une exigence : l'adaptation continue des organisations et des processus

Un défi organisationnel technologique et humain

- Mise en place des pôles
- Selon une logique contractuelle
- Mise à disposition constante de l'information
- Ce qui veut dire SIH performant...
- ...réactivité et pertinence de l'information
- La COMMUNICATION = élément clé de succès
- Le tout par des PROFESSIONNELS compétents et motivés

... un défi humain

La gestion des risques révèle les tensions internes :

- Les patients attendront toujours plus de soins, de sécurité et de garanties
- Les personnels ont besoin d'objectifs clairs, d'un cadre d'action motivant, de la mise en œuvre de leur expertise
- Les responsables de l'organisation, médecins, cadres soignants et gestionnaires, ont besoin d'un pilotage performant et d'une conduite de projet irréprochable
- L'activité de soins est intrinsèquement à risque : l'activité médicale doit être encadrée et évaluée

Conclusion

Le directeur d'hôpital est passé en quelques années de la gestion de l'établissement au management des organisations complexes, à une culture de gestion des risques associés aux soins délivrés au patient....

...une exigence professionnelle, éthique et humaine.



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Recommandations pour la mise en œuvre de la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé

Modérateur:

Patrice ROUSSEL - Chef de projet, service évaluation et
amélioration des pratiques, Haute Autorité de Santé



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

La gestion des risques associés aux soins *a priori*

Jean-René LEDOYEN

Directeur de soins

Responsable de la formation des directeurs
des soins

EHESP-RENNES

La gestion des risques associés aux soins

La déclaration des événements indésirables :

une démarche indispensable pour identifier les problèmes rencontrés dans la dispensation des soins

L'analyse des événements indésirables :

une ressource pour identifier les causes de ces événements et s'inscrire dans une démarche de gestion des risques associés aux soins *a priori*

La gestion des risques associés aux soins

Principales causes identifiées dans l'analyse des événements indésirables:

- Parcours inadapté du patient
- Non respect de la procédure de mise en œuvre d'un traitement
- Prescriptions mal interprétées
- Des pratiques organisationnelles source de stress et de tensions

La gestion des risques associés aux soins



Fluidifier le parcours du patient

Pour éviter certains risques associés aux soins au cours d'une hospitalisation :

- Favoriser les entrées programmées en particulier pour les personnes âgées
- Eviter les « hébergements »
- Identifier dès l'entrée les patients à risques
- Préparer la sortie et en particulier la continuité de la prise en charge avec l'ensemble des acteurs concernés

Sécuriser le circuit du médicament

Pour faciliter la compréhension et la mise en œuvre des prescriptions par les infirmières, mettre à leur disposition :

- Une charte institutionnelle de prescription
- Des recommandations de bonnes pratiques
- Des protocoles institutionnels des modalités de dilution des molécules les plus prescrites
- Des ateliers d'évaluations des pratiques sur la transfusion sanguine, les dilutions de molécules...

Mieux coordonner les organisations médicales et paramédicales

Au sein de chaque unité et en s'appuyant sur un groupe de pilotage pluri-professionnel :

- Diagnostiquer les éléments facteurs de désorganisation et source d'une surcharge de travail, de stress ou de tension
- Mettre en place un plan d'actions qui permet de rendre les organisations cohérentes et complémentaires , en étant particulièrement attentif :
 - à l'organisation et aux horaires de travail de chacun
 - à ne pas surcharger le travail des infirmières dans les modalités de prescriptions
 - à l'anticipation de l'organisation de la sortie des patients

La gestion des risques associés aux soins *a priori*

La réussite de la mise en œuvre d'une démarche institutionnelle de gestion des risques liés aux soins *a priori*, nécessite l'implication de l'ensemble des acteurs :

- du directeur, du président de CME et du directeur des soins, coordonnateur général en lien avec le gestionnaire des risques
- des responsables médicaux et paramédicaux des pôles et unités de soins
- des responsables et membres des différentes instances en lien avec la qualité et la gestion des risques
- de l'ensemble des professionnels



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Recommandations pour la mise en œuvre de la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé

Modérateur:

Patrice ROUSSEL - Chef de projet, service évaluation et
amélioration des pratiques, Haute Autorité de Santé



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Marie-Christine MOLL
Retour d'expérience
d'un médecin coordonnateur qualité et risques

Médecin délégué à la Qualité et à la gestion
des risques, CHU d'Angers

Management global des risques : une option stratégique

- **Constat historique**
 - Les risques étaient gérés de façon parallèle; le cas échéant avec des structures dédiées indépendantes.
 - La coordination des vigilances progressivement mise en place ne concerne qu'une partie des risques associés aux soins
- **Aujourd'hui une nécessité de manager les risques**
 - Un besoin pour le décideur d'avoir une vision globale des risques de l'établissement lui permettant d'identifier les priorités
 - Une nécessaire homogénéisation (rationalisation) des outils et méthodes en gestion des risques
 - Une coopération et un partage de l'information des différents gestionnaires de risques spécifiques
 - Une couverture de TOUS les domaines de risques : en premier lieu le risque lié à la prise en charge des patients
- **Deux types d'intégration du management des risques en établissement de santé**
 - Une intégration institutionnelle dans la politique de l'établissement :
 - projet d'établissement (projet qualité risque et projet médical, comité de pilotage QRE)
 - par une gestion globale médicalisée (implication de la CME)
 - Une intégration opérationnelle
 - un découplage grâce à une « fonction gestion des risques »
 - un développement de la culture sécurité par l'appropriation des acteurs de terrain : déconcentration au niveau des pôles (relais QRE des pôles)

Des choix à faire

- **La gestion des risques est formalisée dans le cadre d'un projet commun Qualité-Risque-Evaluation (QRE) permettant la cohérence nécessaire des trois champs**
 - Ce projet définit en particulier les méthodes institutionnelles et les outils partagés entre les 3 domaines
 - L'organigramme de direction situe au niveau de la direction générale la mise en œuvre de la politique QRE
- **Le management des risques : une mission conjointe de la direction d'établissement et de la CME**
 - Le coordonnateur des risques est placé au sein de la direction générale
 - Il est l'interface privilégiée du Président de CME et du directeur des soins
 - Il est l'interlocuteur privilégié des médecins (EPP, iatrogénie , aléa..) et des gestionnaires de risques spécifiques
 - Il s'assure de la mise en place de passerelles entre les différentes structures en charge de risques spécifiques (CLIN ,COMEDIMS CSTH..)

Des choix à faire

Une compétence:

- La coordination globale des risques est assurée par un professionnel de santé à double compétence management ET gestion des risques (ici un médecin).
 - Une compréhension en profondeur de la mission : la prise en charge des patients
 - Une compétence éprouvée en matière de gestion des risques adaptée au monde de la santé
- Une double reconnaissance
 - Par la direction d'établissement pour sa capacité à structurer la démarche et à donner de la lisibilité sur les risques (outils, système d'information, cartographie)
 - Par la communauté médicale pour sa capacité à susciter la confiance et à réaliser une analyse pertinente des situations de soins

Une déontologie pour la gestion des informations liées aux risques :

- Charte de fonctionnement de la commission des risques,
- Définition claire du circuit et du mode de traitement des événements graves..

Des choix à faire

- Un organe de pilotage des risques
 - issu du comité de pilotage de la qualité (présidé par le DG et le président de la CME)
 - des responsables par grands domaines de risques (associés au pilotage)
- Des référents QRE de pôles cliniques (médecins et CSS) mais aussi administratifs et techniques associés aux instances de pilotage QRE

Des choix à faire

Une réflexion coût efficacité pour l'identification du risque a posteriori

- Une priorité donnée à l'identification des évènements graves associés aux soins
 - une déclaration la plus exhaustive possible des seuls EIG et des EPR
 - l'analyse des causes racines
 - le développement et l'intégration de Revues de Mortalité Morbidité et de l'accréditation individuelle dans le système d'information des risques
- Les évènement bénins récurrents: Une enquête de prévalence un jour donné renouvelées tous les 2 ans (identification des processus organisationnels dysfonctionnant)
- Un partage et une exploitation du retour d'expérience
 - au niveau institutionnel et des pôles pour la définition des plans annuels de maîtrise des risques (bases de REX sur les causes)

En résumé

Un management des risques efficace suppose une reconnaissance institutionnelle traduite au niveau

- Du Projet d'Établissement
- D'une implication de la direction générale et de la CME
- Des projets de management des pôles
- D'un partage de l'information
- D'une fonction gestion des risques reposant sur des compétences en matière de management des risques et de prise en charge de patients (double compétence)



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Jean-Luc QUENON

Chef de projet en gestion des risques,
Comité de coordination
de l'évaluation clinique et
de la qualité en Aquitaine



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Des changements importants pour une mise en œuvre effective et efficace

L'importance de la culture de sécurité

- Engagement pour la sécurité articulée au plus haut niveau de l'organisation et déclinée en valeurs, croyances, et normes comportementales
- L'organisation apporte les ressources nécessaires, des incitations et des récompenses
- La sécurité est considérée comme la première des priorités
- Communication facile entre les acteurs
- Les actions non sécurisées sont rares, même pour de hauts niveaux de production
- Transparence sur les erreurs et les problèmes, ils sont signalés lors de leur survenue
- Valorisation des retours d'expériences ayant conduit à une amélioration du système

SJ Singer, Qual Saf Health Care 2003

La prise en compte de tous les risques

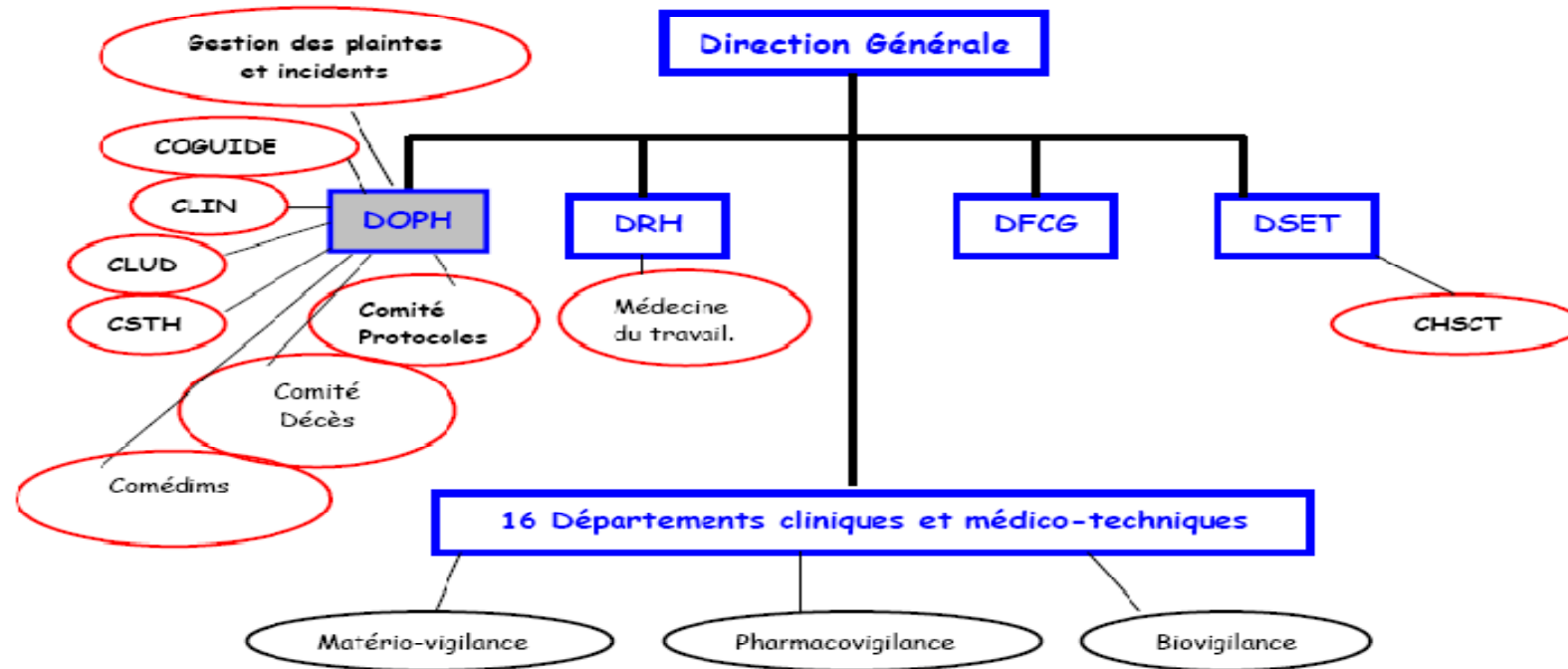
Les risques purs (menaces) :

- iatrogénie médicamenteuse
- infections associées aux soins
- risques péri-opératoires
- les accidents du travail ...

Mais aussi les risques stratégiques (opportunités) liés

- à l'évolution de la demande
- à l'évolution des techniques
- aux projets d'extension, d'acquisition, de partenariat
- au développement de nouvelles activités, de nouveaux services

Une simplification des structures



La fonction gestion des risques

Un positionnement au plus près des décideurs

Un profil adapté

- bonne connaissance du milieu hospitalier
- formation spécialisée
- métier de maturité
- bon contact humain

Un programme de gestion des risques

I. OBJECTIFS

II. ORGANISATION

III. COMPOSANTES DU PROGRAMME

- Facilitation de l'analyse systémique des événements (RCA)
- Facilitation de l'analyse des modes de défaillance et de leurs effets (AMDE)
- Développement de programmes de formation appropriés

IV. ACTIVITES

Recommandations pour la mise en œuvre de la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé

Modérateur:

Patrice ROUSSEL - Chef de projet, service évaluation et
amélioration des pratiques, Haute Autorité de Santé



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**La Haute Autorité de Santé vous remercie
d'avoir participé à cette séance.**

www.has-sante.fr