

## 20<sup>ème</sup> Journée d’Ethique Médicale Maurice RAPIN

# Défis scientifiques, sociétaux et éthiques en pathologie infectieuse

## SIDA

<b>La genèse de la recherche clinique sur le SIDA en France</b>	<b><u>2</u></b>
Jean-Paul LEVY (Paris)	
<b>Les associations</b>	
<b>Le groupe interassociatif TRT-5 : les personnes vivant avec le VIH, acteurs de la recherche</b>	<b><u>3</u></b>
Hugues FISCHER (ACT-UP Paris/TRT 5)	
<b>Mobilisation de la société civile en Afrique : l’expérience de la Coalition RESPECT</b>	<b><u>4</u></b>
Vincent BASTIEN (Coalition RESPECT)	
<b>Les recherches dans les pays en développement</b>	<b>7</b>
Patrice DEBRE (Paris)	
<b>Le modèle de SIDA au regard de l’éthique est-il transposable aux autres pathologies infectieuses</b>	<b><u>Non parvenu</u></b>
Jean-François DELFARAISY (ANRS et INSERM)	
Ingrid CALLIES (Institut Pasteur et ANRS)	

## INFECTIONS NOSOCOMIALES

<b>L’approche du politique</b>	<b><u>Non parvenu</u></b>
Jacques FABRY (Lyon)	
<b>L’approche du réanimateur</b>	<b><u>8</u></b>
Jean CARLET (Paris)	
<b>L’approche de l’usager</b>	<b><u>9</u></b>
Claude RAMBAUD (Association Le Lien)	
<b>Résistance aux antibiotiques</b>	<b><u>Non parvenu</u></b>
Didier GUILLEMOT (Institut Pasteur et INSERM)	

# La naissance de l'ANRS et d'un partenariat innovant entre les différents acteurs de la recherche clinique

**Jean-Paul LEVY**

**Professeur émérite à la Faculté de Médecine Paris-Descartes**

L'ANRS (agence nationale de recherches sur le SIDA) a été créé en octobre 1988 par le ministère de la recherche, sur une suggestion du directeur général de l'INSERM. Elle est restée plusieurs années sans statut légal, avant de devenir un groupement d'intérêts publics (GIP) situation qui a peut-être été paradoxalement bénéfique.

Le premier directeur qui n'avait reçu aucune précision sur sa mission avait initialement pour buts ; 1/ Un fonctionnement aussi souple que possible s'adaptant aux besoins de la recherche et échappant aux rigidités habituelles au fonctionnement des organismes de recherche. 2/ Une évaluation scientifique rigoureuse. 3/ Des financements selon les besoins réels et en ce qui concerne l'agence un budget de fonctionnement réduit au minimum. 4/ La protection de disciplines faibles, comme l'étaient pour l'essentiel le niveau de la recherche clinique et de la recherche en sciences humaines : d'où des commissions spéciales nommées par le directeur et renforcées par des experts étrangers et chargées d'un véritable rôle pédagogique. 5/ la protection de la recherche appliquée généralement « matraquée » par le experts fondamentalistes, dans des actions coordonnées réunissant tous les acteurs nationaux, ne relevant pas des commissions mais effectivement dirigées par un groupe d'experts. Le budget de l'agence hors grand équipements, allait donc pour moitié environ aux commissions évaluant les propositions spontanées du milieu et pour moitié aux actions coordonnées voulues par la direction.

Lorsque l'agence a été créée, à une exception près, aucun essai thérapeutique n'avait jamais été pris en charge par un organisme public en France. L'ANRS en octobre 1988 avait réalisés, mis en route, ou entrepris l'étude dans le cadre de l'action coordonnée n°5 de plus de 80 essais (sans parler d'une dizaine d'essais vaccinaux). Ils avaient nécessité l'aide de trois groupes de l'INSERM, la création de plusieurs dizaines de postes de « moniteurs d'études cliniques », une intense activité pédagogique « sur le tas », la création d'une action annexe (AC 11) permettant le développement de la virologie médicale dans les hôpitaux...et la participation très active de nombreux médecins et biologistes de tout le pays. Les associations de personnes concernées par le SIDA étaient reçues périodiquement à l'agence depuis 1990 environ, pour faire le point des avancées de la recherche et des connaissances avec des experts. Sur la demande d'un responsable d'ACT UP et après ...quelques hésitations, il a été décidé sous un certain nombre de conditions qui ont été parfaitement respectées, d'associer les associations à la préparation des essais avec la création d'un groupe de plusieurs associations : « TRT5 ». Cette collaboration a été très largement bénéfique aux essais et cette mesure a été l'un des acquis le plus originaux de l'agence.

# Le groupe interassociatif TRT-5 : les personnes vivant avec le VIH, acteurs de la recherche

**Hugues FISCHER**  
**Act Up-Paris / TRT-5**

Le groupe interassociatif TRT-5 a été constitué en 1992 par 5 associations de lutte contre le sida (il en compte dix à ce jour) dans le contexte d'urgence de recherche d'une solution thérapeutique. Il correspondait alors à la nécessité d'allier nos forces face à nos interlocuteurs de recherche tant publics que privés auprès desquels nous voulions faire valoir la parole des personnes vivant avec le VIH et défendre leurs intérêts tant individuels que ceux de la communauté qu'ils constituent.

Parallèlement, la vocation du groupe est également de permettre la diffusion de l'information sur les traitements et la recherche au réseau associatif qui l'a constitué.

La place que le groupe TRT-5 a prise dans la recherche sur le VIH se concrétise à travers son action de partenaire de l'ANRS, et dans une moindre mesure de la recherche privée de l'industrie pharmaceutique, qui structure en grande partie son mode de travail. La défense des intérêts des personnes vivant avec le VIH susceptibles de se prêter à la recherche consiste à entretenir un dialogue autour des projets d'études basé sur l'expertise que peuvent apporter les personnes que nous représentons. Il est alimenté par les discussions internes au groupe qui servent ensuite à alimenter le travail avec les investigateurs et les instances organisatrices de la recherche. Le fond de cette démarche se construit autour d'enjeux majeurs qui constituent la base de la réflexion du groupe :

- S'assurer que les personnes vivant avec le VIH participent à la construction d'une recherche éthique sur les technologies de prévention et le développement des traitements. (The GIPA, UNAIDS Policy brief, march 2007)
- Comment faire en sorte que la collaboration entre les chercheurs et la communauté concilie les intérêts de la science avec ceux des personnes qui se prêtent à la recherche biomédicale ?
- Le contexte d'accès aux soins, politique et social peut être préjudiciable à la pertinence de la recherche, en empêchant certaines populations d'y accéder.
- Les représentants de la communauté ont la responsabilité de promouvoir les questions de recherche qui la concernent auprès des chercheurs.
- Au-delà de la participation à la construction des essais, la participation de la communauté à la définition de la recherche, voire à sa co-construction, peut permettre que celle-ci soit mieux adaptée aux besoins des personnes.
- Faire en sorte que la collaboration entre les chercheurs et la communauté soit au service d'une amélioration de la qualité de la recherche.

La représentation des personnes vivant avec le VIH dans la recherche biomédicale est un défi permanent pour ces représentants dans la mesure où l'acquisition d'une expertise scientifique peut les amener à une empathie avec la recherche qui pourrait les éloigner de la défense des intérêts des personnes qu'ils représentent.

# Mobilisation de la société civile en Afrique : l'expérience de la Coalition RESPECT

**Vincent BASTIEN,**  
**Co-coordonateur de la Coalition RESPECT**

La Coalition RESPECT (RESpect et Promotion de l'Ethique pour les Communautés) a été créée en octobre 2009, mais elle est en réalité le fruit d'un processus d'échanges et de partage d'expériences entamé depuis la CISMA 2008 à Dakar, impulsé et soutenu par Sidaction et l'ANRS dans le cadre du programme « Informed Consent ». Elle regroupe à ce jour 8 structures membres du Cameroun, du Sénégal, du Nigeria, de la Côte d'Ivoire et du Burkina Faso, et a déjà reçu de nombreuses demandes d'adhésion.

## **Pourquoi une coalition africaine sur l'éthique de la recherche ?**

Avant même la naissance de RESPECT, une série de constats a amené certaines associations à s'impliquer sur les questions éthiques de la recherche : une prise en compte largement insuffisante de l'éthique dans la recherche malgré la création de Comité d'Ethique (CE) nationaux ou institutionnels ; des membres de CE insuffisamment formés et parfois même « profanes » en matière d'éthique ; un monde associatif souvent sollicité comme objet d'étude ou « vivier » de participants, mais peu impliqué dans l'orientation, la mise en œuvre et le suivi de la recherche sur le continent africain ; et des participants le plus souvent ignorants de leurs droits.

Pour autant, quelques exemples de collaboration entre associations et chercheurs pouvaient être considérés comme des approches innovantes, potentiellement répliquables. Du point de vue des chercheurs, l'implication de la société civile permet en effet de faciliter l'information, la présélection et le recrutement des participants, ou encore de faciliter la mise en place d'un dispositif complet de suivi des participants. Du point de vue de la société civile, elle représente une opportunité de contribuer à définir les objectifs et les priorités de la recherche, de veiller à l'information des participants et au respect de leurs droits avant, pendant et après la recherche, mais aussi de s'assurer que les communautés concernées pourront s'approprier les retombées positives des projets de recherche menées dans leur environnement. La création de la Coalition RESPECT découle donc de cette prise de conscience d'intérêts communs entre chercheurs et société civile.

## **Mission et objectifs de la Coalition RESPECT**

La Coalition RESPECT s'est fixée pour mission de promouvoir les droits des personnes qui se prêtent à la recherche en santé et de faire entendre la voix des communautés en Afrique. Pour cela, elle s'attache à :

1. Proposer et favoriser des espaces de dialogue avec les chercheurs, les communautés, les participants, les institutions de recherche, les pouvoirs publics ;
2. Plaider pour la prise en compte des besoins des participants et des communautés dans le cadre de la recherche ;
3. Renforcer les capacités dans le domaine de l'éthique de la recherche des membres de la coalition ;
4. Partager son expertise auprès d'autres structures, d'autres pays engagés ou voulant s'engager dans les questions d'éthique de la recherche ;
5. Vulgariser et diffuser, auprès des différents acteurs concernés, une information de qualité sur l'éthique de la recherche.

## Activités de la Coalition RESPECT

La **création d'espaces de dialogue entre les acteurs de la recherche** passe notamment par la présentation de communications collectives et individuelles lors des rencontres internationales (ICASA 2008 à Dakar, AIDS IMPACT 2009 à Gaborone, Conférence francophone sur le VIH 2010 à Casablanca, etc.), ou par l'organisation de symposiums invitant acteurs communautaires et scientifiques à échanger et à partager leurs expériences (ex : « Mobilisation et implication de la société civile africaine sur les questions d'éthique de la recherche » à Casablanca en mars 2010). Dans leurs pays respectifs, les structures membres ont mis en place des « groupes de travail interassociatifs » (GTIA au Cameroun, GTIE au Burkina, etc.), et contribué à la création de « comités consultatifs communautaires » avec les institutions de recherche locales.

Afin de favoriser l'**expression des besoins des participants et des communautés**, la Coalition s'attèle à la publication d'articles collectifs (en langue française ou anglaise) pour promouvoir ses valeurs et ses positions éthiques. Il s'agit également de développer les capacités des communautés à agir de manière autonome pour défendre leurs droits et améliorer leur santé, et en particulier d'identifier les thèmes de recherche à approfondir ou à développer en Afrique. Au niveau national, les structures membres réalisent donc diverses activités de plaidoyer (émissions radiophoniques, conférences publiques, théâtre-forum, etc.), et organisent des ateliers de réflexion (sur les TNT au Burkina) ou de Journées Scientifiques Communautaires (Cameroun).

Le **renforcement des capacités des acteurs communautaires sur l'éthique** se base sur l'expérience des structures membres au niveau national, qui consiste à organiser la formation initiale des acteurs associatifs, puis à concevoir des modules spécifiques pour divers publics (ARC au Cameroun, CAB et journalistes au Nigeria, équipes soignantes et témoins indépendants au Burkina, etc.) afin de mettre en place des dispositifs de formation continue. L'apport de la Coalition est de préparer collectivement un guide de formation sur l'éthique qui sera diffusé auprès des structures souhaitant s'impliquer dans la recherche. Par ailleurs, des stages de formation entre les structures membres de RESPECT et entre les groupes de travail interassociatifs permettent de créer des transferts de compétences Sud-Sud.

Sur le terrain, le **partage de cette expertise communautaire** s'est déjà traduit par une forte mobilisation associative et la mise en place et l'animation de groupes de travail interassociatifs au Cameroun, au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire et au Sénégal. Des enquêtes de terrain et des recueils de témoignages sur les sites de recherche sont même réalisés depuis plusieurs années au Burkina Faso et au Nigeria. Afin de poursuivre cette dynamique, la Coalition RESPECT a donc décidé de réaliser des missions exploratoires en Tanzanie, en Afrique du Sud et au Botswana, qui permettront d'une part de dresser l'état des lieux de l'implication de la société civile dans les projets de recherche en cours dans les pays concernés ; et dans un second temps de faciliter l'implication d'autres structures, dans d'autres pays, dans les questions d'éthique de la recherche.

L'idée de **vulgariser et de diffuser une information de qualité sur l'éthique**, découle de la prise de conscience de l'importance de la sensibilisation et de l'éducation des communautés sur l'éthique. Au niveau national, les structures membres ont déjà créé et diffusé de nombreux dépliants et affiches d'information à destination des populations. Elles ont aussi développé des solutions d'information innovantes (bulletin d'information en Côte d'Ivoire, diaporamas au Sénégal, boîte à images au Burkina, etc.). Pour la Coalition, il s'agit donc d'encourager la poursuite de ces actions, en créant par exemple des supports d'information bilingues à destination des PvVIH et des populations. Mais il convient également d'apporter un appui technique à l'animation des blogs et des sites web des structures membres, afin de favoriser les échanges internes et externes, de faciliter l'adhésion de nouvelles structures à la Coalition et de permettre leur accès aux échanges.

## **Conclusion**

La création de la Coalition RESPECT est le fruit d'une construction collective. D'abord nourrie de l'extérieur à travers le soutien de Sidaction et de l'ANRS, une véritable dynamique interne s'est ensuite mise en œuvre pour développer des actions sur le plan national et transnational. D'ores et déjà, les modes de collaborations entre associations et chercheurs commencent à évoluer ici et là. Mais il s'agit seulement d'une étape, et pour franchir les prochaines étapes, il conviendra d'apporter des réponses aux questions suivantes : la communauté scientifique internationale est-elle prête à accepter cette nouvelle forme de mobilisation de la société civile africaine et à dialoguer avec ses représentants ? Quels sont les partenariats à développer pour que la Coalition RESPECT soit associée à la définition des priorités et des orientations de la recherche en Afrique ?

# Les recherches dans les pays en développement

**Patrice DEBRE**

**Ambassadeur chargé de la lutte contre le VIH/Sida et les maladies transmissibles.**

Les recherches médicales dans les pays en développement, en particulier sur les grandes pandémies (VIH/Sida, tuberculose, paludisme), s'inscrivent aujourd'hui dans une approche mondiale des questions sanitaires.

Ces recherches doivent faire partie d'un continuum « recherche – soins » au service du développement qu'il est fondamental d'envisager dans sa globalité. Trop souvent, les programmes de recherche sont traités séparément des programmes de soins et de prise en charge des patients.

Le panorama international de la santé a évolué. L'évolution des pandémies, le développement des organisations multilatérales, leur logique de performance et l'impératif de coût-efficacité dans un contexte de mobilisation des ressources difficile ont créé des besoins en recherches dites opérationnelles (sciences humaines ...). Dans ce cadre, des questions d'éthique sont apparues à différents niveaux : définition/identification des thématiques de recherche, gouvernance, modalités de partenariats Nord-Sud.

Nous ferons part des réponses françaises et internationales aux problèmes de santé internationale, avec une focalisation sur les grandes pandémies (VIH/Sida, tuberculose et paludisme) et nous questionnerons la place de l'éthique au sein des organisations de lutte contre ces maladies (par exemple, le Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme). Nous insisterons également sur les maladies émergentes (en amont des pandémies) et sur la nécessité de penser les questions d'éthique non seulement dans une perspective santé humaine mais aussi dans une perspective élargie « santé et environnement ».

# Infection nosocomiale : le point de vue du réanimateur

**Jean CARLET**  
**Réanimateur, Consultant pour l'OMS**

L'infection nosocomiale, dite maintenant « associées aux soins », est considérée comme un indicateur de qualité dans tous les hôpitaux. Elle est considérée souvent comme évitable, et donc inadmissible. Tout en reconnaissant que le risque zéro n'existe pas, un patient ne peut aisément concevoir que ce risque résiduel, qu'il comprend, « tombe » sur lui. Des publications récentes, comme celles de P Pronovost sur les infections de cathéter, ont montré que l'on peut, en réanimation, réduire le nombre d'infections à presque rien. La course aux risque zéro est donc entamée, et certaines holding de soins, aux USA, ne remboursent plus certaines infections nosocomiales, qui restent alors à la charge de l'hôpital. Ceci pose des problèmes majeurs, car d'une part, la physiopathologie de certaines infections, n'est qu'incomplètement comprise, ce qui rend la prévention bien difficile, et d'autre part, on peut craindre que les médecins et les responsables d'hôpitaux ne cachent les infections, par exemple en n'effectuant pas les examens bactériologiques nécessaires. Si on ne cherche pas les infections nosocomiales, en particulier les moins sévères (infections urinaires, abcès de paroi), il est sûr qu'on ne les trouvera pas !! Il existe un risque évident de revenir à l'époque ancienne, et totalement révolue, où les chirurgiens n'avaient jamais vu d'infection post-opératoire chez leur malades, mais beaucoup chez ceux des autres. Il faut faire attention à cela, car la qualité, c'est le contraire de faire l'autruche !

La réanimation est une spécialité où le risque d'infection est considérable, et proportionnel à la gravité des malades. On est loin du risque zéro, chez les patients très sévères, et qui restent longtemps. On peut même dire que certains patients, qui n'auraient pas survécu il y a 20 ans, et donc n'auraient pas eu le temps de développer une infection pendant leur bref séjour, vont avoir toutes chances de développer une infection actuellement, car ils vont traverser une phase d'immunodépression profonde, dans les jours et semaines qui vont suivre l'épisode suraigu initial. De façon un peu provocatrice, on peut ainsi développer l'idée que l'infection nosocomiale, chez certains patients, fait partie du « package » de soins. Il n'en demeure pas moins vrai que l'on peut réduire le risque, et que donc on doit tout faire pour le maintenir à son niveau plancher

Pour pouvoir traiter l'infection nosocomiale rapidement, et ainsi limiter considérablement la morbi-mortalité de ces infections, il faut tout faire pour en faire le diagnostic rapidement. On voit bien qu'il existe un risque de sous estimer ces infections, en particulier en post opératoire, et de mentir pas « omission », par passivité, ce qui est exactement à l'opposé du concept d'amélioration continue de la qualité.

L'infection nosocomiale est un événement indésirable « comme les autres ». Il n'existe pas de raison théorique pour le considérer comme un événement signifiant a priori qu'il existe une non qualité quelque part dans la chaîne de prévention. Au contraire, c'est un événement particulièrement difficile à éviter, en raison de notre promiscuité avec les microbes, et de la profonde immunodépression, préalable, ou aigue que présentent de nombreux patients. Il n'y a pas de raison que l'infection nosocomiale ait un statut particulier ( qui n'est qu'historique). Il est donc souhaitable d'aligner l'infection nosocomiale sur les autres EIG, dans notre système de compensation financière de ces événements (En particulier CRCI).

# Infection nosocomiale : l'approche de l'utilisateur

**Claude RAMBAUD**  
**Présidente de l'association Le LIEN**

## ***Réflexions sur le développement des infections à bactéries multirésistantes, ou BMR, défis majeurs en pathologie infectieuse***

Cette approche de l'utilisateur de la santé est une réflexion tirée de l'expérience de l'accompagnement des victimes d'infections graves et de l'étude de leurs dossiers, portant témoignage du niveau élevé de gravité d'une infection nosocomiale à BMR pour le patient, sur le plan physique, psychologique et social tant familial que professionnel, et qui nous interpelle dans ses trois dimensions, scientifique, sociétale et éthique

Certes, le développement de prises en charges expertes, par la mise en place par exemple de centres de références des infections osseuses graves (création des CRIOA), est une avancée clinique importante mais elle reste insuffisante.

Insuffisante car les infections à BMR restent toujours responsables de désastres humains par manque d'arsenal thérapeutique face à leur résistance, leur virulence, et leur extension à de nouvelles bactéries.

Insuffisante aussi car trop souvent le praticien est lui-même résistant, résistant au transfert de son patient atteint d'infection osseuse grave vers un CRIOA, et le laisse glisser vers l'irréversible amputation et le désespoir.

Insuffisante car les BMR ne limitent pas leur champ d'actions aux infections osseuses ; elles aiment aussi les tissus mous et provoquent bon nombre de drames comme les septicémies mortelles sur cathéters, et les chocs septiques vasculaires mutilants.

Sur le plan scientifique, les attentes des patients face aux infections à BMR sont illimitées, et celles des praticiens immenses ; au-delà de la prévention des infections, ces attentes sont surtout tendues vers la découverte de nouvelles molécules antibiotiques. Est-ce possible ? Dans quels délais ?

Et si une nouvelle molécule était découverte, alors comment faire barrage aux pratiques qui favorisent le développement de nouvelles résistances ? Quels leviers ? La politique agro alimentaire en matière d'antibiotiques impacte-t-elle la médecine humaine par exemple ? Toute découverte de nouvelle molécule antibiotique, nous amènera à ces questions.

Il est une autre forme de prise en charge thérapeutique des cas graves, qui pose question, celle de la thérapie par les phages, ces micro-organismes qui détruisent certaines BMR, une thérapie qui n'est pas nouvelle, qui s'est développée à l'Est de l'Europe et plus particulièrement en Géorgie, où elle donnerait depuis quelques décennies de bons résultats dans les cas d'infections désespérées à SARM. Ce n'est plus seulement un défi scientifique que nous pose la thérapie par les phages mais un défi éthique. Cette thérapie marche-t-elle oui ou non ? Si elle marche, en cas d'échec de l'antibiothérapie dans d'autres pays, pourquoi, la France l'ignore-t-elle ? Des recherches sont-elles engagées ?

Mais l'espoir n'est pas limité à la découverte de nouvelles molécules ou thérapies médicamenteuses.

Au cœur des politiques de réduction du risque infectieux, il y a aussi la politique de prévention, le respect des bonnes pratiques en hygiène, des bonnes pratiques de prescription, des protocoles et règles de l'art et leur contrôle.

Et pour le patient : Comment mieux se préparer à l'intervention ? Quelles règles d'hygiène respecter ? Quelle information le patient a-t-il reçue ? Connaît-il son potentiel de résistance au risque infectieux ? Quelle balance bénéfice-risque infectieux ?

Dans certains dossiers que nous recevons, il paraît évident que le risque infectieux était élevé ; alors quelle préparation du patient ?

BMR et dépistage, pour ou contre ? Le patient porteur de BMR ne perd-il pas une chance lorsqu'il n'est pas dépisté avant l'intervention et qu'il est victime d'une auto-infection post opératoire ? Nous avons là une question éthique certes mais aussi juridique qui n'est pas encore tranchée mais demande débat.

Quant au défi sociétal des BMR, il a plusieurs facettes. La plupart des patients victimes d'une infection grave à BMR, perdent leur emploi, et ne peuvent plus retravailler ; beaucoup perdent aussi leur couple et leur cellule familiale. Ils peuvent être contraints de vivre avec de très faibles ressources (600 euros par mois n'est pas rare) et se désocialisent alors qu'avant ils avaient un métier, un emploi, ils dirigeaient leur entreprise ou leur artisanat. La réparation par l'indemnisation ? Autre défi sociétal.

La vérité sur les chiffres : Seulement 40 victimes d'infections nosocomiales graves (ou ayants droit en cas de décès) sont indemnisées par l'ONIAM (Office national d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux) actuellement chaque année. Et même si ces victimes sont indemnisées à bon niveau, ce qui est rare, leur vie bascule; elles doivent renoncer à leurs projets de vie, parfois à leur vie.

Autre facette sociétale : le coût de la prise en charge des patients infectés gravement.

Evaluer l'impact sociétal des infections nosocomiales et plus particulièrement des infections à BMR, c'est se donner les moyens d'un vrai recensement des cas, de l'étude de leurs conséquences et de leur coût réel internalisant l'ensemble des charges qui en découlent (traitements médicaux, arrêts de travail, invalidité, indemnisation, aides à la personne, pertes pour le monde du travail, etc...), ce qui laisserait encore dans l'ombre le coût de la déstructuration des familles, et leurs conséquences long terme, vaste sujet.

Mais pour cela, il nous faudrait une politique courageuse capable de dépasser le stade de l'enquête de prévalence, ou celui de la sous déclaration des cas de BMR faite par les établissements de santé à l'Institut de veille sanitaire, une politique qui aurait comme partenaires de premier rang, les financeurs de tous ces désastres, les financeurs de l'assurance maladie, et de l'invalidité. Ce n'est pas encore d'actualité.

**Le LIEN se demande aujourd'hui quelle politique va nous permettre de faire face au développement des infections graves à BMR ?**

Comment faire face aux défis que sont les nouvelles souches de bactéries résistantes, à leur déplacement dans l'espace notamment d'un pays à l'autre, à leur transmission de l'animal à l'homme, à la part de responsabilité des résidus d'antibiotiques dans l'alimentation et dans l'eau, au développement de nouvelles techniques à encadrer, au développement de l'ambulatoire alors même que le Haut conseil de la santé publique, dans sa nouvelle formule, a été privé de son organe opérationnel de lutte contre les infections nosocomiales le CTINILS, alors même que la cellule infectiologie du ministère de la santé a été absorbée au sein d'une structure plus générale de qualité des soins, alors même que les CLIN ne sont plus des structures obligatoires dans TOUS les établissements de santé, tandis que face à leurs difficultés de gestion, certains directeurs d'établissement de santé n'hésitent plus à supprimer des postes d'infirmières hygiénistes, privant ainsi les EOH de moyens élémentaires !

Sans doute avons-nous à innover pour trouver de *nouvelles voies* thérapeutiques relevant les défis scientifiques, éthiques et sociétaux posés par les infections nosocomiales à BMR, et aussi par les infections en médecine de ville ou en EHPAD, et sans doute aussi avons-nous à innover pour trouver de *nouvelles voix* capables de donner à la lutte contre les infections nosocomiales, la place qu'elle mérite au sein des organisations globales de gestion des risques associés aux soins et des politiques de santé publique.

Pour les patients dont le LIEN porte la parole, le risque infectieux nosocomial est un risque qui mérite une attention particulièrement soutenue ; il est un risque transmissible, il expose les patients, les personnels et les familles, et, ne l'oublions pas, il passe les frontières et les océans en invisible. C'est pourquoi, le LIEN sera toujours aux côtés des professionnels non seulement pour ne pas baisser la garde, mais pour essayer de la monter à son plus haut niveau.