



respectant des conditions de fonctionnement adaptées à ce type d'activité chirurgicale : sélection des patients et des interventions, conditions d'hygiène et d'équipements adéquates, gestion péri-opératoire organisée, procédure de recours en cas d'urgence et consignes post-opératoires précises. Enfin, la pandémie de Covid-19 nous a rappelé qu'il était indispensable de disposer de modalités allégées de prise en charge différentes (telles que des prises en charge par des circuits courts sécurisés), pour soulager les plateaux techniques et libérer des compétences, en particulier anesthésiques. La préconisation n° 29 du rapport du Haut Conseil de

la santé publique sur le virage ambulatoire l'a rappelé [33] : « *En cas de crise sanitaire amenant une déprogrammation des interventions chirurgicales, privilégier et sanctuariser impérativement la chirurgie ambulatoire, compte tenu de ses bénéfices et de la possibilité d'interventions chirurgicales sans mobilisation de moyens anesthésiques autres que les topiques et anesthésies locales.* » Et finalement, à l'instar de la réhabilitation améliorée après la chirurgie, le développement de ce type de pratique permettrait de fluidifier globalement la filière chirurgicale et de développer des techniques moins invasives et moins complexes pour le patient. ➔

## Les événements indésirables liés aux soins dans les prises en charge ambulatoires

**Marc Chanellière**  
MD-PhD, MCU-MG,  
Collège universitaire  
de médecine  
générale, faculté  
de médecine  
Lyon-Est

**L**ongtemps moins étudiés qu'à l'hôpital et par conséquent moins connus, les événements indésirables associés aux soins (EIAS) en soins primaires sont également fréquents. En France, un médecin généraliste pourrait ainsi observer en moyenne un EIAS tous les deux jours dans son activité [44]. Au-delà de leur fréquence, ces événements diffèrent de ceux observés à l'hôpital par une gravité souvent moins marquée : dans près de trois quarts des situations, aucune conséquence n'est identifiable pour la santé du patient et seulement 2 % sont des événements indésirables graves (EIG). Cette gravité moins importante s'expliquerait par les risques moindres associés aux prises en charge en ville, mais également par une récupération précoce des événements par les soignants (médecin, pharmacien, infirmière, kinésithérapeute, aide-soignante, chirurgien-dentiste, sage-femme...) et par les patients, avant la survenue de conséquences graves. Ainsi, alors qu'elle apparaît comme moins formalisée en soins primaires qu'à l'hôpital, l'équipe de soin ambulatoire constitue une pierre angulaire de la qualité des soins et d'une prise en charge sécurisée des usagers en ville. Si certains événements survenant en ville résultent de prises en charge de premier recours (diagnostique, thérapeutique ou préventive), d'autres ont des causes liées à une prise en charge hospitalière (par exemple l'introduction d'un nouveau traitement au cours d'une hospitalisation). Tout cela témoigne d'un parcours de soins de plus en plus complexe, et du transfert partiel – déjà effectif – de certaines prises en charge de l'hôpital vers la ville, comme lors de la réalisation de chimiothérapies au domicile des patients dans le traitement de certains cancers.

Le virage ambulatoire des soins, promu par les pouvoirs publics, pose plusieurs questions comme autant de défis à relever pour les professionnels. Comment

intégrer dans le cadre d'une prise en charge coordonnée des parcours de soins complexes, marqués par de fréquents allers-retours entre ville et hôpital ? Quelles modalités sont requises pour garantir qualité et sécurité des soins en ville ? Pour y répondre, nous proposons quelques pistes de réflexion, concernant les évolutions des démarches relatives à la sécurité des soins en ville. Toutes s'appuient sur l'équipe de soin pluriprofessionnelle, au regard de son importance dans la qualité et la sécurité des soins [2].

### Une attention nécessaire à la mise en œuvre des transferts de compétences

La mise en œuvre de ces nouvelles modalités de prise en charge des usagers implique un transfert de compétences de l'hôpital vers les soins de ville. Dans le contexte – actuel et futur – de forte tension des personnels soignants, il est nécessaire de considérer le système de santé dans son ensemble, lorsqu'on envisage un transfert de compétences d'un secteur à un autre ou, au sein du même niveau de soin, d'acteurs vers d'autres acteurs. En effet, le transfert s'accompagne mécaniquement d'un accroissement de la charge de travail des professionnels, tant au niveau de la réalisation des actes de soin (par exemple des infirmiers diplômés d'État [IDE] qui assurent des soins de réfection de pansements aux domiciles des patients), qu'au niveau de leur coordination dans le cadre d'une prise en charge globale, par le médecin généraliste traitant.

Le transfert de nouvelles compétences implique la formation de tous les professionnels. Ces derniers devront acquérir de nouvelles connaissances et compétences, en formation initiale comme en formation continue. La formation doit se décliner différemment, mais de manière complémentaire, selon les profes-

Les références entre  
crochets renvoient  
à la Bibliographie  
générale p. 59.

sionnels (pharmacien d'officine, IDE, médecin généraliste, auxiliaire de vie, etc.). Concernant l'apprentissage du travail en équipe, il procède encore en France essentiellement du *curriculum* caché<sup>1</sup>, plus particulièrement lors des stages réalisés à l'hôpital. Il est donc nécessaire que la dimension de travail en équipe fasse précocement l'objet d'apprentissages dédiés, idéalement dans des modalités pluriprofessionnelles. Enfin, compte tenu d'une organisation différente en ville, la formation des professionnels devrait s'ancrer davantage en ambulatoire, pas uniquement pour les futurs médecins généralistes, mais pour tous les professionnels constituant l'équipe de soin en ville, puisque le virage ambulatoire mobilise fortement cette équipe de soin.

Or, il est maintenant connu que ce sont les défauts de communication qui contribuent le plus à la survenue d'événements indésirables associés aux soins [7]. Pour garantir des soins sûrs, la communication entre tous les acteurs constitue un élément crucial. Il s'agirait, au-delà d'une sensibilisation précoce des professionnels au travail en équipe, d'améliorer les outils de communication entre les équipes professionnelles hospitalières et les équipes professionnelles en ville. Si la lettre de sortie standardisée constitue d'ores et déjà un progrès important, les enjeux se situent maintenant dans son effectivité, dans le déploiement – réussi – d'un dossier médical partagé et dans la capacité de tous les acteurs du soin à produire des traces informatives, accessibles au bon moment, au bon endroit et par les bonnes personnes.

### Formaliser la gestion des risques

Concernant la gestion des risques en elle-même, elle n'apparaît encore que peu formalisée en ville, à la différence des établissements de santé, où des ressources spécifiques aident les professionnels dans la gestion des événements indésirables associés aux soins (signalement, analyse systémique, etc.). Pourtant, même si l'organisation des soins diffère en ville (lieux de soins multiples, temporalité plus longue et multiplicité des équipes de soins), rien ne peut justifier cet accompagnement moindre des professionnels. Plusieurs pistes sont envisageables, comme l'implication plus forte des structures régionales d'appui (SRA), initialement tournées vers l'hôpital, pour inscrire la gestion des risques au niveau des territoires. Par ailleurs, le virage ambulatoire imposant de considérer tout le parcours de soins lors de l'analyse systémique d'un événement indésirable associé aux soins, les expérimentations relatives aux revues de mortalité et de morbidité dites ville-hôpital nous paraissent à généraliser [48].

### Impliquer l'utilisateur

Enfin, la qualité et la sécurité des soins ne sauraient être envisagées sans une implication accrue et effective des usagers. En effet, ils font eux aussi partie intégrante de l'équipe ; en France, dans la limite de l'offre de soin, un usager contribue au choix des professionnels de santé le prenant en charge (libre choix de son médecin traitant et des autres professionnels : infirmier, pharmacien d'officine, kinésithérapeute...). Cette implication peut être envisagée à différents niveaux. D'abord, dans la sensibilisation accrue du patient au repérage des situations à risque et des signes d'alertes associés à l'évolution défavorable ou à une complication de la prise en charge. Cette sensibilisation doit être mise en œuvre autant en amont du retour à domicile qu'au domicile du patient lui-même afin d'être efficace. Il peut par exemple s'agir d'expliquer à un patient hypertendu – et d'écrire sur l'ordonnance – comment adapter le dosage quotidien de son traitement diurétique en cas de fortes chaleurs, pour prévenir un risque d'hypotension ou de déshydratation. Par extension, cela requiert au préalable de déterminer la personne-ressource à contacter en cas de problème (médecin traitant ou autre professionnel?). Ensuite, en cas de survenue d'un événement indésirable associé aux soins, le récit du patient devrait faire l'objet d'un recueil, au regard des informations contenues qui restent actuellement sous-utilisées. En effet, les usagers développent tout au long de leur parcours des perceptions subjectives de la qualité et de la sécurité des soins [47], et leurs prises en considération permettraient d'aider à repérer des dysfonctionnements latents concourant à la survenue d'événement indésirable associé aux soins. Plus globalement, mobiliser la relation de soin tout au long du parcours constitue un élément fondamental de la sécurisation des soins.

Pour conclure, le virage ambulatoire de soins devrait conduire à la mise en œuvre de nouvelles modalités de prise en charge des usagers en France. Au-delà d'une logique d'efficacité, les démarches de sécurisation de soins, qui sont à l'heure actuelle beaucoup moins formalisées en ville, devront évoluer. Elles s'appuieront sur les équipes de soins, et notamment sur leur capacité à échanger les bonnes informations, au bon moment et au bon endroit, y compris avec les usagers. Dans cette optique, le patient constitue sans aucun doute un relais privilégié, qui ne saurait toutefois être le seul. La formation précoce des professionnels des secteurs hospitaliers comme des professionnels en ville au travail en équipe, le déploiement d'outils de communication et d'échange adaptés, une répartition juste et équilibrée des missions dans le respect des compétences professionnelles de chacun des acteurs, l'accompagnement de professionnels à la gestion des risques dans une approche territoriale prenant en considération tout le parcours de soins, et enfin une réflexion en amont concernant la gouvernance de la coordination des soins permettront de garantir la qualité et la sécurité de soins. ➡

1. Selon Philippe Perrenoud, la notion de *curriculum* caché désigne l'ensemble des apprentissages qui n'apparaît pas programmé par l'institution, du moins pas explicitement.