

# Qualité et sécurité dans les soins primaires : défis, stratégies et initiatives inspirantes

Travail en équipe  
pluri professionnelle

Systeme d'information

Implication des patients

Projet de soins et accès  
aux soins de santé

# Éditorial



## Les soins primaires font face à des défis immenses.

Les transformations à l'œuvre dans nos systèmes de santé vont vers de plus en plus de soins en dehors des établissements de santé. L'approche inclusive incite par ailleurs à améliorer l'accès aux soins en milieu dit « ordinaire » des personnes en situation de vulnérabilité. Les professionnels de santé exerçant en soins primaires sont donc confrontés à des conditions d'exercice complexes, et à des patients vivant de plus en plus longtemps avec de plus en plus de maladies chroniques <sup>[1,2]</sup>. Dans ce contexte, il est nécessaire d'envisager de manière spécifique la qualité et la sécurité des soins en soins primaires, d'expérimenter des solutions innovantes et d'envisager des stratégies et des interventions appropriées à ce secteur d'activité.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a publié récemment des documents fondamentaux dès lors que l'on engage une réflexion sur la qualité et la sécurité des soins en soins primaires. Parmi ces documents figurent le « Cadre opérationnel pour les soins de santé primaires - de l'ambition à l'action » <sup>[3]</sup> et le « Plan d'action mondial pour la sécurité des patients 2021 - 2030 - vers l'élimination des dommages évitables dans les soins de santé » <sup>[4]</sup>. Examinés et adoptés en 2021 par l'Assemblée mondiale de la santé (organe décisionnel suprême de l'OMS), ces documents sont une base de travail pour les politiques des pays et proposent donc un large éventail de mesures plus ou moins prioritaires et adaptées en fonction des nations et des populations. Ces travaux étaient précédés d'une série de monographies (publiées par l'OMS) préconisant des axes prioritaires pouvant impacter la sécurité des patients dans la délivrance des soins primaires <sup>[5,6]</sup>. Chacune fournit une synthèse (état des lieux, causes, solutions possibles, points clefs et résumé des stratégies prioritaires à envisager) sur les sujets prioritaires suivants :

- Travail en équipe : la formation et l'entraînement, les facteurs humains,
- Outils et technologies : les outils électroniques,
- L'engagement des patients,
- Processus de soins : les erreurs administratives, les erreurs diagnostiques, les erreurs médicamenteuses, la poly pathologie, les transferts.

La Haute Autorité de Santé (HAS), quant à elle, a publié un référentiel d'analyse et de progression des groupements pluriprofessionnels de soins primaires, nommée « **matrice de maturité en soins primaires** » <sup>[7,8]</sup>. Ce référentiel reprend ces 4 axes prioritaires comme cadre : travail en équipe pluriprofessionnelle, système d'information, implication des patients, projet de soins et accès aux soins de santé.

Les objectifs stratégiques, leviers, mesures et actions figurant dans ces documents ont été décryptés pour vous dans ce QualiBULES, en utilisant le prisme de lecture « soins primaires » et « qualité et sécurité des soins ». Ils sont mis en perspective avec les ressources et expériences inspirantes menées dans le champ des soins primaires, notamment en région Pays de la Loire (PdL). En effet, les initiatives locales et appuis aux nouvelles organisations en soins primaires se multiplient en France ces dernières années et montrent l'intérêt partagé sur les enjeux de renforcement des systèmes de santé en soins primaires. Cette photographie s'enrichira sans aucun doute des travaux à venir sur le champ des soins primaires.

Après avoir défini les soins primaires et décrit la nature du défi et l'importance du problème, les stratégies et actions à mettre en œuvre pour la qualité et la sécurité des soins primaires sont présentées et illustrées selon les 4 axes sus-cités : travail en équipe pluriprofessionnelle, système d'information, implication des patients, projet de santé et accès aux soins. ■

Hélène Abbey • Guillaume Mabileau •  
Delphine Teigné • Noémie Terrien • Lucile Trutt

## Mots-clés



# Matrice de maturité en soins primaires [7,8]

## Travail en équipe pluri professionnelle

### Réunion de concertation pluri professionnelle (RCP)

- Des RCP sont organisées à une fréquence régulière, avec un ordre du jour communiqué à l'avance et suivies d'un compte-rendu diffusé à tous.
- Les réunions correspondent autant à des staffs sur des cas patients qu'à des réunions sur des sujets d'amélioration des pratiques pluri professionnelles (protocoles pluripro...).
- Les modalités de représentation et d'expression de tous les professionnels concernés par les pathologies ou situations discutées sont définies.
- Les décisions sont prises en s'appuyant sur l'expertise des professionnels et les données de la littérature.
- Un suivi des décisions est organisé.

### Protocoles pluri professionnels

- Le choix des thèmes est explicité, en lien avec les besoins identifiés par l'équipe.
- Les protocoles sont élaborés (ou adaptés) et mis en œuvre par l'ensemble des professionnels concernés.
- Les protocoles sont élaborés en s'appuyant sur les référentiels et données de la littérature scientifique.
- Une analyse de la mise en œuvre de ces protocoles est réalisée à l'aide d'indicateurs de pratique clinique.
- Les protocoles sont régulièrement mis à jour.

### Coordination avec les autres acteurs du territoire

- Un répertoire des ressources médicales et sociales du territoire est accessible.
- Des procédures communes avec les autres acteurs du territoire (professionnels, établissements, services sociaux, structures d'appui...) sont élaborées, adaptées.
- Une analyse de la mise en œuvre de ces procédures est réalisée à l'aide d'indicateurs de pratique clinique.
- Les procédures sont régulièrement mises à jour.
- Les difficultés rencontrées sont partagées avec les acteurs du territoire.

### Dynamique d'équipe

- Les besoins, les attentes et la satisfaction de l'équipe sont régulièrement analysés.
- Les moyens nécessaires pour satisfaire les besoins de la population desservie sont analysés régulièrement et ceux manquants identifiés.
- Ces analyses débouchent sur un plan d'actions (recrutement, recherche, formation...).
- Des formations pluripro sont proposées à l'équipe.
- L'accueil et l'accompagnement des étudiants des professions présentes dans l'équipe sont organisés.

## Système d'information

### Partage de données

- L'équipe définit et organise les modalités d'échange et de partage de données.
- L'équipe échange des données par messagerie sécurisée.
- Avec l'accord du patient, tous les professionnels impliqués dans sa prise en charge ont accès aux informations de son dossier.
- Le dossier informatique du patient est partagé par tous les professionnels selon les modalités définies par l'équipe.
- L'équipe utilise les formats standardisés interopérables publiés pour les documents de coordination (volet de synthèse médicale, PPS).

### Gestion des données

- L'équipe définit les données à renseigner de façon structurée (codée avec classification).
- La liste des patients inscrits auprès des médecins traitants de l'équipe peut être produite.
- La liste de patients souffrant de certaines situations/pathologies données peut être produite.
- La liste des résultats d'un examen clé pour le suivi des patients d'une de ces listes peut être produite.
- Des rappels et des alertes sont utilisés (par ex. pour faire des relances sur les examens de dépistage).

### Analyse des pratiques

- Le choix des pratiques analysées est explicite, en lien avec les besoins objectivés par l'équipe.
- Les référentiels et les indicateurs sont discutés au sein de l'équipe.
- Les données utilisées pour calculer les indicateurs sont renseignées dans les dossiers patients.
- Les indicateurs de pratique clinique sont calculés en routine selon des requêtes préétablies et accessibles sous différents formats (individuel, collectif...).
- Les résultats discutés en équipe conduisent à des actions d'amélioration des pratiques.

## Implication des patients

### Information des patients

- Une information sur les thèmes prioritaires du projet de santé est diffusée (par ex. affiches, dépliants).
- Cette information est remise aux patients lors des consultations.
- Les messages délivrés aux patients sont harmonisés au sein de l'équipe dans le cadre du projet de santé.
- Les messages délivrés aux patients sont harmonisés avec les autres acteurs du champ sanitaire et social et des associations de patients.
- La compréhension des messages délivrés est évaluée.

### Éducation thérapeutique (ETP)

- Un plan de développement de l'ETP est élaboré.
- L'équipe et le patient partagent les mêmes objectifs autour desquels est organisée l'ETP.
- L'accès à différentes modalités d'ETP est organisé, pour répondre aux besoins des patients.
- Une évaluation de l'impact de l'ETP est organisée pour chaque patient, partagée par l'équipe et tracée.
- Les autres acteurs du champ sanitaire et social et les associations de patients sont aussi impliqués.

### Plan Personnalisé de Santé (PPS)

- Des règles communes sont définies pour repérer les patients en situation complexe.
- Les professionnels intervenant auprès de la personne sont impliqués dans l'élaboration du PPS.
- L'avis du patient et/ou des aidants est pris en compte.
- Le suivi du PPS est organisé en s'appuyant sur des critères explicites (date de révision, alertes, critères de processus et de résultats).
- Le PPS est accessible à tous les intervenants et au patient.

### Prise en compte de l'expérience des patients

- Un recueil de l'avis des patients est organisé (par ex. enquêtes au point de soin, focus groupes et groupes consultatifs de patients permanents).
- Ce recueil est organisé de manière régulière.
- L'analyse des résultats est réalisée en équipe.
- Cette analyse débouche sur un plan d'actions.
- Le plan d'actions est élaboré avec des représentants des patients.

### Soutien aux aidants

- Une évaluation des besoins des aidants est organisée.
- Une information relative à la prévention et à la gestion de la souffrance des aidants est disponible (par ex. affiches, dépliants).
- L'accès à différentes modalités de soutien est organisé, pour répondre aux besoins des aidants.
- Un professionnel référent pour ces prises en charge est identifié à l'échelle du territoire de santé.
- Une évaluation de l'impact de la démarche de soutien est organisée pour chaque aidant, partagée par l'équipe et tracée.

## Projet de soins et accès aux soins de santé

### Projet de santé de l'équipe

- Une analyse des besoins de santé et des attentes de la population desservie est réalisée, actualisée.
- Des actions prioritaires sont arrêtées à partir de l'analyse de ces besoins.
- Ces actions prennent en compte les besoins de prévention et la promotion de la santé.
- Un suivi formalisé de ces actions est organisé.
- Le projet de santé et les résultats des actions menées sont communiqués à tous les acteurs du territoire.

### Accès aux soins

- L'équipe détermine le territoire sur lequel elle organise une réponse aux demandes de soins de proximité.
- Les modalités de réponse aux demandes de rendez-vous pour des nouveaux patients sont définies.
- La prise en charge des catégories de personnes qui ont des difficultés d'accès aux soins est organisée.
- Ces personnes ont accès aux informations qui leur facilitent l'accès aux soins.
- La coopération avec les acteurs médicosociaux et sociaux est, pour ces personnes, organisée.

### Continuité des soins

- La réponse aux demandes en dehors des heures de la permanence des soins est organisée.
- La réponse aux consultations/visites non programmées est organisée de telle sorte qu'une réponse adaptée aux besoins soit apportée.
- La continuité des prises en charge est organisée lors des absences (congés, formation, maladies...).
- Avec l'accord du patient, le volet de synthèse médicale est accessible à l'équipe de soins.
- Les modalités d'accès aux soins de 2nd recours sont organisées dans des délais adaptés à la situation.

### Gestion du projet de santé de l'équipe

- Des responsables de la coordination de l'équipe et du suivi de la mise en œuvre des projets sont désignés.
- Les modalités de prise de décision au sein de l'équipe respectent l'équilibre pluriprofessionnel.
- Un suivi formalisé des décisions est organisé.
- Des moyens sont prévus pour assurer les fonctions de coordination et de suivi des projets de l'équipe (temps de secrétariat dédié, coordinateur...).
- Les rôles de chaque professionnel de santé dans la prise en charge des patients sont explicités.

# Sommaire



09 Les « **Soins Primaires** »

15 **Améliorer la sécurité des soins primaires grâce au travail en équipe pluri professionnelle**

— DOSSIER —  
23 **Mieux comprendre la nécessité d'une approche systémique en qualité et sécurité des soins**

27 **Les systèmes d'information au service de la qualité et la sécurité des soins**

33 **La nécessaire implication des patients dans la sécurité des soins primaires**

39 **Le projet de santé : une vision stratégique pour l'accès aux soins et la continuité des soins**

45 **Conclusion**

47 **Références bibliographiques**

# Les « Soins Primaires »

## Les soins primaires : de quoi s'agit-il ?

La conférence d'Alma-Ata, organisée par l'OMS en 1978, a popularisé les « Primary care », traduits par « soins de santé primaires » ; la définition de ce concept est porteuse d'une justice sociale visant à garantir l'accès de tous à des soins de base, à améliorer les conditions de vie à un niveau satisfaisant (accès à l'eau potable, à l'alimentation, à l'éducation) et à donner les moyens à chacun d'être autonome dans la gestion de sa santé <sup>[9]</sup>.

Le concept des « **soins primaires** » est plus restreint que celui des « soins de santé primaires » (cf encart « les soins primaires : quelles définitions ? »). En France, comme un écho à la parution en 2008 du rapport de l'OMS « Soins primaires : Maintenant plus que jamais » <sup>[10]</sup>, la définition de ce cadre de soins est apparue (d'ailleurs sous le terme de « soins de premiers recours ») avec la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) de 2009. Le « virage ambulatoire » est entamé et la sémantique s'y référant est nombreuse : « soins primaires, soins de première ligne, médecine de proximité, soins ambulatoires, médecine (ou soins) de premier recours, médecine de ville, soins de ville » *etc.* **Les termes ont leurs subtilités. Parfois synonymes, ils peuvent aussi se compléter et illustrer la variété des acteurs et des lieux d'exercices dans ce cadre de soins en France.** Des sociétés savantes ont par exemple préféré « soins premiers » traduisant plus fidèlement le concept de « primary care » <sup>[11]</sup>. Le terme « proximité » s'est, quant à lui, glissé dans le code de la Santé Publique en 2010 (L 1411-11) pour qualifier l'accès aux soins de premier recours <sup>[12]</sup>. L'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) qualifie les soins ambulatoires comme étant « des soins effectués en cabinets de ville, dispensaires, centres de soins, lors de consultations externes d'hôpitaux publics ou privés, en cures thermales et les actes d'analyse en laboratoire » <sup>[13]</sup>. Ces soins sont dispensés « par les médecins, dentistes et auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes) au titre de leur activité libérale ». L'Insee voit d'ailleurs à ce terme un synonyme de « soins de ville » <sup>[14]</sup>. Le terme « médecine de ville » est usuellement utilisée par les Agences Régionales de Santé (ARS) et désigne l'ensemble des professionnels de santé libéraux et salariés qui exercent à titre individuel en cabinet, en groupe ou de manière coordonnée en maison ou centre de santé. » <sup>[14,15]</sup>.

Comme leurs définitions ne sont pas exhaustives, les termes associés aux soins primaires sont souvent sources de confusion. Ils désignent de manière générale tout soin se pratiquant en dehors « d'un établissement de santé ». Un document de travail de la Haute Autorité de Santé (HAS) proposait d'ailleurs que le terme de « soins de ville », visiblement le plus consensuel, soit retenu dans ses productions destinées aux professionnels travaillant dans ce cadre de soins <sup>[14]</sup>. La HAS gardait en mémoire que le terme « ambulatoire » puisse prendre une place prépondérante, mettant alors l'accent sur la notion d'autonomie du patient. L'usage adapté d'une autre terminologie devait cependant rester envisageable, dès lors qu'il permettait à des professionnels une bonne identification de leur pratique <sup>[16]</sup>. A noter que d'autres modes de prise en charge des patients à domicile ne sont pas intégrés dans le champ des soins primaires. C'est le cas entre autre de l'hospitalisation à domicile et des soins à domicile <sup>[17]</sup>.

Les évolutions du système de santé français de ces dernières années, lui permettent d'être mieux aligné avec **la vision des soins primaires portée par l'OMS :**

- **accès aux soins centré autour du médecin traitant et du parcours de soins coordonnés** <sup>[18]</sup>, permettant un suivi médical coordonné et une prévention personnalisée ;
- **création des équipes de soins primaires** (article 64 L1411-11-1) ayant pour projet de santé une meilleure coordination des acteurs, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. » <sup>[12]</sup> ■

Ce QualiBULES sur la qualité et la sécurité des soins primaires aborde les soins primaires au sens des soins de premiers recours, délivrés en dehors d'un établissement de santé. Les soins primaires ne comprennent donc pas les soins à domicile, ni l'hospitalisation à domicile.

Le QualiBULES aborde également la question des interactions entre les soins primaires et les autres acteurs du système de santé.



### Les soins primaires : quelles définitions ?

Plusieurs définitions des soins primaires ont été proposées par des organisations <sup>[19,20]</sup> et des comités d'experts internationaux <sup>[21]</sup>.

Le glossaire français de la Banque de données en santé publique (BDSP) cité par Crismer et al. <sup>[22]</sup>, résume les points clés des définitions de la façon suivante : Les soins primaires sont le « *Premier niveau de contact des individus, des familles et des communautés avec le système de santé d'un pays, apportant les soins de santé aussi près que possible de l'endroit où les gens travaillent et vivent. Selon l'OMS, l'organisation des soins primaires dépend des caractéristiques socio-économiques et politiques du pays, mais devrait offrir des services de prévention, des services curatifs et des services de réadaptation, et comprendre l'éducation de la population au sujet de problèmes de santé majeurs ainsi que la façon de les prévenir et les contrôler. De tels soins sont fournis par un large éventail de professionnels de la santé, agissant ensemble en équipe, en partenariat avec la communauté locale* ».

## La sécurité en soins primaires : quelle est la nature du défi ?

Les soins primaires ont été perçus pendant de nombreuses années comme un environnement à faible technologie où la sécurité ne poserait pas de problème <sup>[23]</sup>, à l'opposé des soins secondaires et tertiaires (concernant respectivement les soins spécialisés et les prises en charge en établissement sanitaire). Pourtant, les enjeux sont majeurs et les défis considérables <sup>[1]</sup>. Le cadre des soins primaires représenterait dans de nombreux pays 85% de tous les contacts avec les services de santé <sup>[23]</sup> et les médecins généralistes y ont la difficile tâche d'identifier les quelques rares cas de maladie grave parmi l'ensemble des problèmes mineurs <sup>[1]</sup>. Dans ce contexte, les affections sont souvent à un stade débutant ou indifférencié, les motifs de consultations parfois imprécis, complexes, voire entremêlés, alors que les durées des consultations sont courtes et que la liberté et l'autonomie des patients dominent largement celles du système hospitalier. Le temps, au sens de regarder et attendre de façon intelligente et active, est un élément central de la prise en charge des patients en soins primaires <sup>[1,16]</sup>.

Les professionnels de santé en soins primaires font face à plusieurs défis : croissance exponentielle des connaissances scientifiques rendant difficile leur appropriation, multitude des acteurs et multiplication des interfaces, pression temporelle, respect des choix et valeurs des patients, *etc.* Les risques majeurs en soins primaires qui en découlent sont une faible communication et une fragile coordination entre les différents acteurs, le manque d'information pertinente et/ou en temps utile après la sortie des patients de l'hôpital, les délais d'obtention des résultats d'examen complémentaires, et les erreurs de diagnostic.

Les questions de qualité des soins et de sécurité des patients sont donc tout aussi cruciales dans les soins primaires que dans les soins secondaires ou tertiaires. Ceci est d'autant plus vrai qu'un défaut au niveau de cette zone de premier contact et de premier filtre, peut provoquer un débordement au niveau des soins spécialisés et nuire à leur efficacité. Pour autant, il peut être difficile pour les professionnels de soins primaires d'apprécier ce risque à l'échelle de l'ensemble du système de soins. Et, de fait, le concept de sécurité des patients dans sa définition actuelle peut ne pas leur faire suffisamment écho. ■

## La sécurité en soins primaires : quelle est l'importance du problème ?

Plusieurs études permettent d'appréhender l'importance de ce risque en soins primaires. Des études internationales suggèrent que 1 à 2 % des consultations en médecine générale peuvent entraîner des événements indésirables, potentiellement évitables dans 45 à 76 % des cas, avec un préjudice grave estimé dans 4 à 7 % de tous les événements indésirables (entraînant un décès, ou un préjudice permanent tel qu'un handicap, ou des conséquences physiques ou mentales durables) <sup>[23]</sup>. Les préjudices subis dans le cadre des soins primaires entraîneraient des hospitalisations qui représenteraient <sup>[4]</sup> chaque année, plus de 6 % des journées d'hospitalisation et plus de 7 millions d'admissions dans les pays membres de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE). Des études françaises <sup>[24-26]</sup>, fournissent des données qui suggèrent une réalité similaire dans notre pays (cf. encart ci-contre).

### Quelles données françaises sur les événements indésirables rencontrés en soins primaires ?

En France, l'étude ENEIS 3 menée en 2019 a estimé que les Événements Indésirables Graves associés aux Soins (EIGS) étaient responsables de 2,6 % des admissions hospitalières, et plus de la moitié d'entre eux étaient évitables. Ceci correspondait à une baisse significative de la densité d'incidence de ces EIGS, évitables ou non, par rapport aux enquêtes précédentes réalisées en 2004 et 2009. Dans 58% des cas, ces EIGS avaient été identifiés lors d'une prise en charge en ville. Le bilan EIGS 2021 de la HAS <sup>[27]</sup> met en évidence que 2% des déclarations sont issues des soins primaires, mais cela correspond à une sous-déclaration évidente.

L'étude ESPRIT menée en 2013 estimait que les événements indésirables étaient fréquents en soins primaires (26 pour 1000 actes), rarement graves (2%) et souvent évitables (22 pour 1000 actes) <sup>[26]</sup>.

Ainsi, la prise en compte de l'ensemble des éléments qualifiant la qualité des services de santé est tout aussi importante en soins primaires qu'en soins secondaires et tertiaires. Ces éléments sont : des soins efficaces, sûrs, centrés sur la personne, fournis en temps utile, équitables, intégrés et efficaces <sup>[28]</sup>. ■



# Améliorer la sécurité des soins primaires grâce au travail en équipe pluri professionnelle

## La mise en place d'équipes multidisciplinaires : quel est le point de vue de l'OMS ?

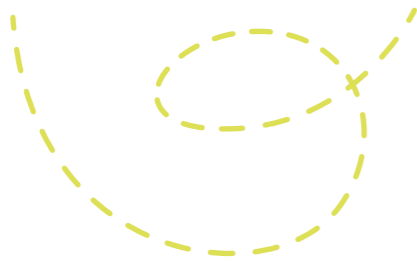
L'OMS se donne pour objectif d'aider les pays à respecter leurs engagements en matière d'amélioration des soins de santé primaires<sup>[23]</sup>. Le cadre opérationnel propose aux pays 14 leviers (certains de base et stratégiques, d'autres facultatifs) traduits en mesures et interventions concrètes, dont la création **d'équipes multidisciplinaires** en soins primaires. L'OMS ne propose pas de composition type pour ces équipes, mais précise qu'elles associent généralement plusieurs compétences et professions permettant de répondre à l'ensemble des besoins des individus, par exemple infirmiers, médecins généralistes, pharmaciens, diététiciens, personnels administratif/d'encadrement<sup>[3]</sup>. L'OMS encourage aussi à la réflexion sur **l'amélioration de la gestion des ressources humaines**, comme la définition des rôles et des responsabilités au sein d'une équipe pluridisciplinaire qui constitue une des actions pertinentes pour contribuer à la qualité des soins et la sécurité des patients.



Plus généralement, l'OMS promeut **le renforcement des capacités et des aptitudes des professionnels** <sup>[5]</sup>.

Ceci implique de :

- Former un large pool de professionnels, incluant les médecins, les infirmières et les professionnels en support. La formation et l'entraînement des professionnels de santé à gérer et minimiser les risques potentiels et les dommages liés aux soins en soins primaires sont des éléments centraux pour améliorer la sécurité à tous les niveaux de soins.
- Se concentrer sur le recrutement et la fidélisation des professionnels de santé, et de prendre des mesures pour améliorer leur sécurité physique et psychologique (amélioration de la communication, élimination des pratiques et des comportements discriminants...<sup>[3]</sup>). L'épuisement professionnel, la fatigue ou le stress, peuvent tous affecter défavorablement la sécurité des patients.



En complément des approches formelles de formation, des approches informelles sont mises en avant pour développer la capacité des professionnels à améliorer la sécurité :

- Organiser des réunions régionales et des sessions d'appui externe pour la revue des événements indésirables, ou instaurer des réunions de petites équipes pour monter en compétence,
- **Mettre en place des espaces de rencontres pour partager difficultés, succès et enseignements.** Si l'hôpital, les soins primaires, et les services sociaux sont capables de se rencontrer et de discuter des problèmes de sécurité, cela pourrait encourager les relations de soutien et augmenter la compréhension des rôles de chacun. Des rencontres ou forums régionaux pourraient être organisés pour que les professionnels des différentes organisations puissent prendre connaissance les uns des autres et partager leurs succès et leurs défis pour améliorer la sécurité des patients. Les équipes locales, les régions et les pays, devraient célébrer leurs succès et partager leurs enseignements avec les autres. Le partage de ce qui a bien fonctionné peut donner des idées aux autres et aider à poursuivre l'élan vers la sécurité en soins primaires. ■

## Des nouveaux métiers ou rôles apparaissent ... des nouvelles formations voient le jour.



Au-delà des historiques Centres de Santé (CdS) ou des plus récentes Maisons de Santé Pluri professionnelles (MSP), la loi de modernisation du système de santé de 2016 <sup>[29]</sup> a ouvert la voie vers de nouveaux modes de collaboration, tels que **les équipes de soins primaires** (intégrées dans la structuration d'une MSP ou organisée de façon plus souple) ou **les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé** (CPTS). Le développement des structures et d'organisations d'exercice coordonné s'accompagne de la création **de nouveaux métiers dont les axes majeurs sont la collaboration et la complémentarité.**

Cette loi de 2016 a également élargi les domaines de compétence de certains professionnels de santé et a ouvert la réflexion sur la création d'un premier nouveau métier : celui **d'Infirmier de Pratique Avancée** (IPA). Les IPA sont des infirmiers expérimentés qui ont suivi une formation universitaire complémentaire de 2 ans et qui ont choisi une mention spécifiant leur domaine d'expertise parmi les 5 actuellement disponibles : « Psychiatrie et santé mentale », « Oncologie et hématologie-oncologie », « Néphrologie », « Urgences » et « Pathologies chroniques stabilisées ; prévention et polyopathologies courantes en soins primaires ». Cette dernière mention permet à un IPA, sur orientation du médecin et en relais de ses consultations, d'accompagner des patients atteints d'une pathologie chronique sur des questions de suivi, d'évaluation ou de prévention, mais aussi de définition du projet de soins et d'organisation du parcours de soins. L'IPA exerçant en soins primaires a une forte autonomie qui lui permet de fluidifier la prise en charge des patients complexes en apportant expertise et lien rapproché, en complément des autres acteurs et en concertation avec eux (cf. encart « campagne de communication sur le métier des IPA »).



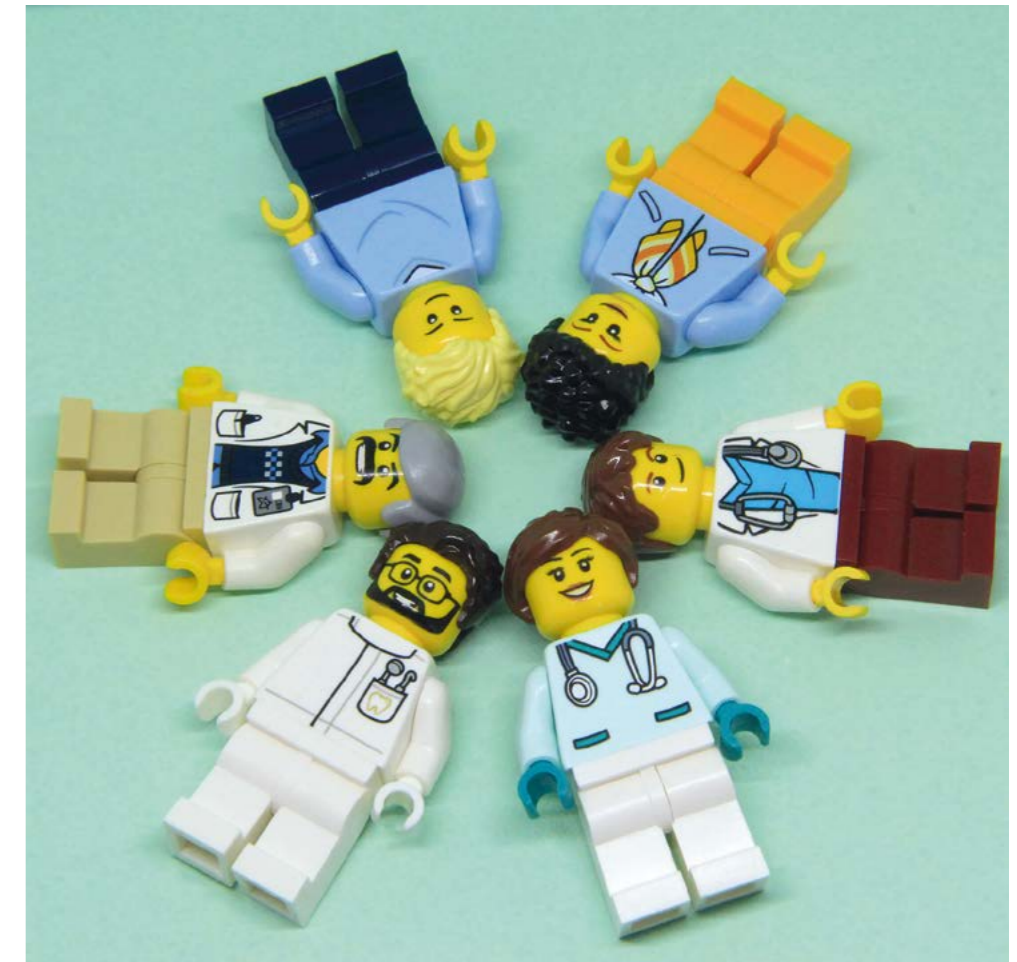
Un autre métier créé en 2019 comme un écho aux préconisations de l'OMS<sup>[3]</sup> en faveur du renforcement des capacités d'encadrement des professionnels de santé et du personnel administratif, est celui **d'assistant médical**. Ces professionnels, ayant un profil initial administratif (secrétaire médicale) ou soignant (infirmier, aide-soignant) suivent une formation commune d'un an, aboutissant à un certificat de qualification professionnelle. L'assistant médical facilite les conditions d'exercice du praticien en libérant du temps médical (*via* la préparation de la consultation ou la reprise de certaines tâches administratives), améliore l'accès aux soins et renforce la qualité et la coordination des soins entre acteurs au bénéfice du patient. Même si ces professionnels n'ont pas de rôle managérial ou soignant, ils restent une opportunité de porte d'entrée pour la diffusion de la « culture juste » dans les soins primaires et faciliteront le signalement des événements indésirables associés aux soins dans un secteur d'activité peu habitué à le faire.

Au-delà de l'assistance des médecins et des soins, une autre nouvelle fonction a vu le jour : celle de **coordonnateur d'équipe de soins primaires**, exerçant en MSP ou au centre d'une CPTS. Ce professionnel est en charge de l'animation du collectif de professionnels de santé, de l'impulsion et de la structuration de nouvelles pratiques et organisations

professionnelles sur le terrain, le tout dans un objectif de mettre en œuvre les axes du projet de santé. La formation diplômante « PACTE soins primaires »<sup>[30]</sup> (Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe) a été développée pour soutenir cette fonction. Elle est issue d'un partenariat entre la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP). En région Pays de la Loire, elle est proposée pour les MSP par l'APMSL (Association des Pôles et Maisons de Santé Libéraux en Pays de la Loire) (cf. encart de présentation de l'APMSL page 43) et pour les CPTS par l'inter-URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé).

Afin de faciliter l'émergence de ces nouveaux professionnels, les formations peuvent être financées (ARS ou Assurance Maladie selon les cas) et des aides à leur recrutement sont mises en place.

En parallèle de la création de nouveaux métiers, il pourrait être encouragé (comme le préconisait l'Institut pour la sécurité des patients du Canada) d'explorer toute l'étendue des compétences des professionnels de santé de première ligne et les (nouveaux) rôles que chacun d'entre eux pourraient jouer au sein d'une équipe multidisciplinaire<sup>[31]</sup>. ■



## La qualité des soins et l'implication des usagers, des axes d'amélioration des pratiques professionnelles valorisables au titre de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI).

Les partenaires conventionnels de l'ACI (relatif aux structures de santé pluri professionnelles) souhaitent poursuivre leur engagement des structures en faveur de l'exercice coordonné en valorisant leurs initiatives prises relatives (i) à la qualité des soins et (ii) à la participation des usagers aux décisions qui concernent leur santé. Différents niveaux ont été discutés et ajoutés en juillet 2022 à l'ACI signé 5 ans plus tôt<sup>[32]</sup>. Il s'agit d'encourager :

- Du côté de la qualité des soins, à la réalisation d'un diagnostic de maturité ; à la planification et mise en œuvre d'une démarche d'amélioration de la qualité ; à la production de résultats et de conclusions,
- Du côté de l'implication des usagers, à la mise en place d'outils ou actions visant à consulter, informer et sensibiliser les usagers sur les services offerts par la structure mais aussi dans le cadre de son parcours de soins ; à la mise en place d'outils ou actions visant à la co-construction, le partenariat, la codécision entre la structure et les usagers

Ces critères sont optionnels et susceptibles de générer des recettes annuelles pour les structures de santé pluriprofessionnelles. ■

### Campagne de communication sur le métier des IPA

“ Au départ, j'étais assez frileuse [...] parce que j'ai l'habitude de travailler toute seule [...] Elle repérait des choses que moi je ne voyais plus ”

L'ARS PdL propose une série de vidéos courtes pour déconstruire les idées reçues sur le métier d'IPA.

Elles sont visibles sur youtube et 3 sont publiées à ce jour *via* les liens :



<https://youtu.be/G5NjeQ6DDXY>



<https://youtu.be/gZTbF8mWNm4>



<https://youtu.be/gUSAYWrg2PY>

## La coordination des acteurs du territoire, mission socle des CPTS.

Au fil des décennies, le parcours des patients s'est vu fractionné en fonction des spécialités médicales, du niveau de spécialisation de la prise en charge et de la variété des structures. On sait aujourd'hui que ce morcellement a créé des frontières entre les secteurs et les professionnels, nuisant à leur coopération et à la fluidité des parcours de santé, en particulier pour les patients chroniques ou en situation de précarité. Si cette répartition reste nécessaire pour assurer à la fois l'accès aux soins sur tout un territoire et la rationalisation de l'accès aux ressources humaines et matérielles spécialisées, il est devenu crucial de développer des moyens de coordonner les différents niveaux de prise en charge, quel qu'en soit le lieu.

Les CPTS ont ainsi été créées en 2016 <sup>[29]</sup> afin de mieux structurer les soins de proximité, encourager et valoriser les initiatives des acteurs de terrain, afin d'adapter l'organisation du système de santé au plus près des territoires en tenant compte de leurs spécificités. Elles élaborent des projets répondant aux besoins de leur population et considérant des axes tels que le lien ville-hôpital, l'organisation des soins non programmés, l'élaboration de programmes d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) ou l'accompagnement des professionnels afin de limiter leur isolement. Elles peuvent regrouper tous les acteurs présents sur un territoire, aussi bien des établissements de santé, des structures médico-sociales que des professionnels libéraux, en exercice coordonné ou non.

Si le recensement des protagonistes est le socle nécessaire à toute activité de coordination, ça n'en est pas moins une tâche ardue. C'est la mission que doit remplir le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) tel que décrit dans la feuille de route Ma Santé 2022. Ce service en ligne met à disposition des acteurs de la santé un annuaire détaillé de l'offre de santé régionale sanitaire, médicosociale et libérale, aussi bien en termes de spécialisation que d'équipement, mais également d'accessibilité (planning d'ouverture ou disponibilité quotidienne des lits). Il permet ainsi au professionnel de santé d'orienter le patient vers une offre adaptée à son état de santé et à proximité du lieu de sa prise en charge, en routine ou en situation de crise.

En Pays de la Loire il est accessible *via* :



<https://www.ror-pdl.fr/ror/>



### Octave : une initiative régionale pour sécuriser la prise en charge médicamenteuse « Ville-Hôpital-Ville »

Les URPS des régions Bretagne et Pays de la Loire, les établissements de santé et MaPUI Labs se sont associés dans le cadre de l'expérimentation Octave (Organisation Coordination Traitements Agé Ville Etablissements de santé) qui vise à offrir un accompagnement médicamenteux sécurisé au patient sénior polymédiqué autour d'une hospitalisation pour intervention chirurgicale. Cette expérimentation propose une organisation innovante entre les professionnels de ville habituels du patient (médecin traitant, pharmacien d'officine, infirmier, kinésithérapeute), les professionnels hospitaliers (équipe hospitalière, dont anesthésiste, chirurgien et pharmacien hospitalier) et le patient. Tous ces professionnels anticipent et organisent la prise en charge médicamenteuse en amont et en aval des hospitalisations programmées, le long de 10 étapes au cours desquelles ils interagissent avec le patient et partagent en équipe l'ensemble des éléments discutés *via*

la plateforme numérique HospiVille. Octave attribue de nouvelles missions aux pharmaciens et aux infirmiers de ville. Il soulage le médecin traitant et valorise le rôle de chaque professionnel intervenant dans le parcours. Le patient peut donner son avis et signaler tout problème. Les attendus sont :

- impliquer les patients et les positionner comme acteurs de leurs parcours en rassurant et aidant la compréhension du traitement,
- réduire les erreurs médicamenteuses.

Octave projette d'inclure 10 000 patients et 12 établissements de santé sous 3 ans. Les initiatives restent pour l'instant à l'échelle régionale et nécessitent des modèles économiques robustes pour être promues à l'échelle nationale.

Le projet est accessible *via* le lien :



<https://octave-parcours.fr/>

### Pour aller plus loin

**À l'hôpital comme en ville, médecins, pharmaciens, personnels soignants, aides à domicile et famille, sont tous acteurs et ambassadeurs de la conciliation médicamenteuse.**

Visionnez les vidéos pédagogiques de l'OMEDIT sur le thème de la conciliation médicamenteuse :



<https://www.omedit-idf.fr/conciliation-replay-webinaire-videos-pedagogiques/>



[https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_434817/fr/revue-de-mortalite-et-de-morbidite-rmm](https://www.has-sante.fr/jcms/c_434817/fr/revue-de-mortalite-et-de-morbidite-rmm)

**Les revues de morbi-mortalité sont une méthode d'analyse médicale des dossiers compliqués pour améliorer sa pratique en les discutant entre confrères.**

Déjà mises en place assez largement dans les établissements de santé, ces revues sont également possibles en médecine générale :

## DOSSIER

# Mieux comprendre la nécessité d'une approche systémique en qualité et sécurité des soins

Le découpage de ce numéro du QualiBULES en quatre chapitres selon les axes de la matrice de maturité de la HAS ne doit pas faire perdre de vue le fait que chaque axe est interconnecté avec les autres, et qu'il ne faut pas s'attacher à un seul axe mais à tous les axes pour avoir un impact durable sur la qualité et la sécurité des soins primaires. Par exemple, l'amélioration de la communication et de la coordination entre les différents acteurs du territoire va passer par un renforcement du système d'information afin de partager les dossiers et communiquer en temps réel. L'amélioration du travail en équipe va passer par un meilleur engagement du patient pour en faire un membre de l'équipe. De même, des sujets sont positionnés dans différents axes. Par exemple, l'analyse des pratiques professionnelles participe au travail en équipe pluriprofessionnelle, et repose parfois sur le recueil d'indicateurs dans le système d'information.

Il est donc bien nécessaire d'avoir une approche systémique et large pour améliorer la qualité et la sécurité des soins primaires. **Une des approches peut être de modéliser l'implication des différents acteurs participant au soin pour comprendre la synergie et l'intérêt de tous tout au long du parcours.**

Le modèle SEIPS (Systems Engineering Initiative for Patient Safety) a été proposé comme cadre pour améliorer notre compréhension des facteurs systémiques qui contribuent à la sécurité des patients. Il s'agit d'un modèle axé sur la notion des facteurs humains selon laquelle l'individu est au centre du

système du travail, et les interactions entre les éléments le composant doivent être conçues pour soutenir la performance et la sécurité, et éviter les événements indésirables. Il se base ainsi sur trois composantes majeures : le **système** sociotechnique du travail (*work system*), les **processus** (*processes*) et les **résultats** (*outcomes*). Il décrit ainsi les caractéristiques ou facteurs clés de chacun, et la façon dont ces composantes s'influencent mutuellement. Le modèle SEIPS a été utilisé pour comprendre ou concevoir des systèmes sociotechniques et a soutenu des activités d'évaluation, de planification et de recherche. La première version du modèle SEIPS a été publiée en 2006 par Carayon et al. <sup>[33]</sup> et posait les bases en portant à l'époque davantage sur l'environnement hospitalier.

Puis est venu le SEIPS 2.0 <sup>[34]</sup>, principalement pour prendre en compte la participation des patients, leurs familles et d'autres acteurs dits « non-professionnels ».

Le modèle s'est ainsi vu agrémenté de trois nouveaux concepts : **la configuration** (mettant l'accent sur les propriétés dynamiques, hiérarchiques et interactives d'un système sociotechnique) ; **l'engagement** (amenant l'idée que divers individus ou groupes peuvent œuvrer dans les activités de soins, séparément ou en collaboration) ; et **l'adaptation** (comme un mécanisme de feedback expliquant comment un système évolue de manière prévue ou non).

Cette évolution du modèle a ainsi permis d'apprécier non seulement le système du travail des profes-

sionnels de santé, avec leurs processus et leurs conséquences, mais d'y associer également tout le « travail » réalisé par les patients eux-mêmes et leur famille, en synergie ou non avec les professionnels.

Bien que le modèle fournissait un cadre pour l'intégration des facteurs humains dans l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, la composante Processus ne prenait pas en compte le fait que le soin n'était pas seulement délivré par un seul et même organisme, mais qu'il avait lieu tout au long d'un parcours au cours duquel le patient intégrait des systèmes sociotechniques différents. En 2020, les auteurs ont donc élargi le modèle afin de représenter la distribution spatio-temporelle des interactions des patients avec de multiples environnements de soins au fil du temps [35].

En effet, les auteurs ont considéré que l'élargissement du modèle SEIPS au parcours du patient était également une réponse aux défis croissants en matière de coordination des soins, en particulier pour les patients atteints de maladies chroniques. Ainsi, ils sont partis du constat qu'une mauvaise coordination des soins pour les patients atteints de maladies chroniques entraînait de multiples issues indésirables, comme des admissions hospitalières évitables ou des ruptures dans le suivi par les médecins généralistes ou les spécialistes. L'amélioration de la coordination des soins nécessite une compréhension approfondie du travail réel de coordination des soins, notamment des différents membres des équipes de soins et de leurs activités interdépendantes au fil du temps. Par conséquent, il a fallu aller au-delà de la focalisation typique d'une seule rencontre entre le patient et un organisme de soin, et comprendre son parcours à travers plusieurs environnements de soins à tous les niveaux (domicile, médecin de ville, hôpital, pharmacie, etc.) et leurs interactions avec d'autres parties prenantes (e.g. les associations de patients).

A chacune de ces étapes du parcours, le patient intègre un nouveau système composé de ses propres individus, tâches, outils, environnements, processus...et résultats. Tous ces éléments ayant des influences mutuelles, mais également avec ceux des autres systèmes composant le parcours !

En 2021, suite à plusieurs retours de la communauté scientifique jugeant le modèle complexe et

difficile à utiliser, les auteurs ont décidé de publier une version simplifiée (le SEIPS 101) destinée à utiliser plus facilement le modèle pour les professionnels de santé, les chercheurs et toutes autres personnes n'ayant pas de solides connaissances de ce type d'approche [36]. Cette publication présentait pour l'occasion sept outils simples pour mettre en œuvre l'utilisation du modèle. Ils se présentent et s'utilisent principalement sous forme de tableaux et de diagrammes. Ils permettent ainsi d'aborder pas à pas chaque concept du modèle.

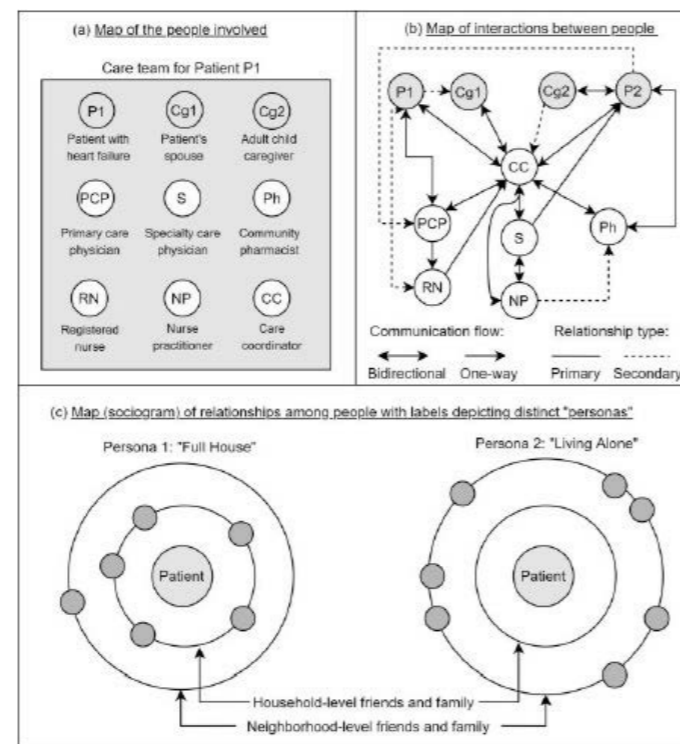


Figure 1. People map. extrait de Holden et al. [36]

Par exemple, le premier outil (PETT scan) permet à l'utilisateur de cartographier un système dans un tableau où il identifie les freins et les leviers associés à chaque composante Individus / Environnement / Outils / Tâches, afin de préparer un projet, analyser un protocole en place ou évaluer l'effet d'une action. Le second outil (People map - figure 1) quant à lui s'intéresse au réseau d'individus tel qu'il se forme en vie réelle, et propose ainsi de : a) lister chacun des protagonistes en les distinguant selon leur statut professionnel ou non, b) les relier par des flèches matérialisant les interactions existantes, et c) représenter les cercles de proximité gravitant autour des acteurs-clés.

C'est ainsi qu'aujourd'hui, ce modèle est devenu très complet et s'avère très utile pour quiconque souhaite comprendre et guider au mieux les activités de soins. Toutes les composantes du SEIPS peuvent être observées, mesurées, analysées et manipulées. L'objectif est de s'intéresser autant que possible aux éléments pertinents. On peut ainsi simplement représenter le modèle SEIPS pour orienter les protagonistes vers les éléments essentiels qui seront pris en compte pour expliquer comment la modification des résultats en aval nécessite la (re) conception des systèmes et processus en amont. Aujourd'hui, de multiples projets d'amélioration de la sécurité du patient s'appuient sur ce modèle. Plusieurs en l'occurrence abordent l'implication du patient et de ses proches en dehors de l'environnement hospitalier [37-39]. ■

**Que décrit précisément le modèle SEIPS 101 [36] ?**

La figure 2 représente ce modèle.

Pour décrire la première composante représentant le **système du travail (Work Systems)**, on retrouve les quatre éléments clés (PETT) interagissant toujours et dans tout type de système : les **Individus**, les **Environnements**, les **Tâches**, et les **Outils**. Les environnements peuvent être déclinés en trois sous catégories : l'environnement **physique** (disposition des lieux, emplacements, éclairage, etc...), **socio-organisationnel** (la politique interne, les procédures, les responsabilités, les relations, etc...), et **externe** (contexte extérieur qu'il soit réglementaire, économique, politique, culturel, etc...).

Puis, viennent les processus (**Work Processes**) qui décrivent la manière dont le travail est effectué et comme il se déroule. Les processus sont physiques, cognitifs, et/ou socio-comportementaux. Ils peuvent être réalisés par des professionnels de santé, des patients et/ou leur famille, ou en collaboration entre professionnels et non-

professionnels.

Enfin, les résultats (**Work Outcomes**), sont les conséquences des systèmes de travail et des processus pouvant être positives ou indésirables, distales ou proximales. Elles affectent ainsi les professionnels, les patients/familles ou l'organisation. Les résultats ont ainsi un effet causal rétroactif sur les deux premières composantes que sont le système du travail et les processus, et ainsi de suite.

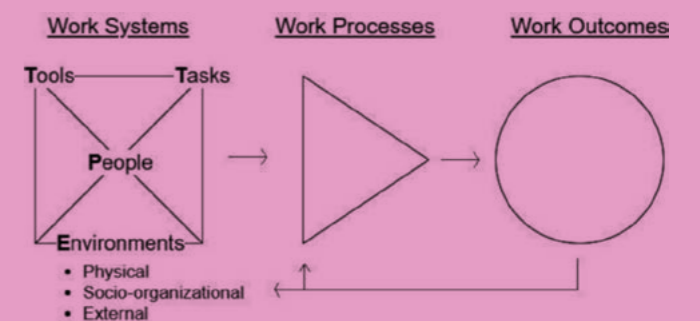


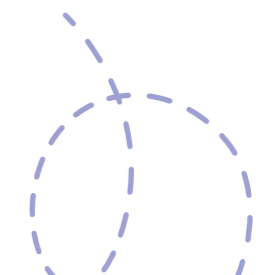
Figure 2. Représentation simplifiée du modèle SEIPS de base avec ces trois composantes (SEIPS 101) [36]

# Les systèmes d'information garantissant la qualité et la sécurité des soins

## La conception des systèmes d'information : le point de vue de l'OMS.

La mission du Plan d'action mondial de l'OMS est de faire avancer les politiques, les stratégies et les actions, en se basant notamment sur la conception des systèmes d'information, afin de limiter la perte ou la déformation des informations, sources de risques et de préjudices évitables pour les patients et les professionnels de la santé<sup>[4]</sup>. A ce titre, l'OMS a qualifié *a minima* 4 actions d'intérêt à destination des gouvernements :

- La première est **la mise en place d'infrastructures d'information intégrées pour permettre la libre circulation de l'information** dans tous les établissements de soins de santé,
- La seconde est l'établissement de **procédures et de protocoles de transfert normalisés et clairs** au sein des établissements de soins de santé et des soins à domicile, et entre eux,
- La troisième cible **l'extension aux services de soins primaires et ambulatoires des interventions du système de sécurité des patients**, telles que les systèmes de déclaration et d'apprentissage,
- et la quatrième **l'intégration des technologies numériques dans tout le continuum des soins, y compris les soins primaires.**



De façon complémentaire, d'autres actions permettent d'assurer ce maillage, comme la normalisation des formats des dossiers des patients dans les soins primaires et ambulatoires (en s'appuyant sur les dossiers médicaux électroniques).

Le renforcement de l'utilisation des outils électroniques préconisé par l'OMS<sup>[6]</sup> a une traduction nécessairement différente en fonction des pays. Pour certains pays, cela veut dire un système électronique intégré entre les soins primaires, les soins hospitaliers et les services sociaux ; pour d'autres, cela veut dire améliorer les outils pour qu'ils soient plus faciles à utiliser pour les professionnels et les patients. Mais quoi qu'il en soit, les pays pourraient apprendre les uns des autres sur les défis à relever et les façons de le faire – et identifier quelles sont les meilleures pratiques applicables pour leur propre cadre. ■

#### « AQSS », la plateforme permettant aux centres de santé de s'autoévaluer sur la qualité et sécurité des soins.

Une nouvelle application **au service des équipes des Centres de Santé (CdS)**, nommée AQSS, a vu le jour fin 2019 en région parisienne<sup>[40]</sup>. Elle a été conçue sur la base de retours d'expériences, des réglementations et des recommandations applicables en ville, par un groupe de travail constitué par la Fédération Nationale des Centres de Santé, des CdS et 3 structures régionales d'appui (OMEDIT, CPias, Staraqs). L'objectif est de permettre à chaque CdS de s'autoévaluer sur la présence des divers éléments facilitant les bonnes pratiques : ressources matérielles, protocoles, choix d'organisation ou de politiques, informations mises à disposition des professionnels, etc. Parmi 18 thèmes abordés figurent la politique Qualité - sécurité des soins et la coordination des soins. Au-delà de l'évaluation, la plateforme propose également une boîte à outils d'aide à la mise en œuvre des bonnes pratiques. L'application est accessible à tout CdS souhaitant s'investir dans la démarche.

## Le partage et la gestion des données cliniques au service de l'analyse des pratiques.

Les systèmes d'informations sont des outils ou des organisations au service de la coopération et de la communication entre les professionnels dans le parcours de soins des patients mais aussi dans l'amélioration des pratiques professionnelles.

Les possibilités exponentielles des systèmes d'information et des nouvelles technologies ne doivent pas faire perdre de vue que **le choix d'un outil** doit nécessairement se placer dans **un objectif concerté et partagé entre les différents acteurs et utilisateurs**. L'accompagnement à la mobilisation et à l'utilisation dans la pratique quotidienne nécessite d'en comprendre les objectifs et d'en identifier une plus-value au bénéfice des patients. **La gestion des Événements Indésirables Associés aux Soins (EIAS) et le suivi des indicateurs de pratique clinique** en sont des exemples.

*Des méthodes d'analyse des EIAS spécifiques aux soins primaires*

Si la méthode ALARM-E est désormais bien connue des établissements, elle est mal adaptée aux pratiques et organisations dans des soins primaires. D'autres méthodologies ont donc été élaborées pour ce champ particulier. Aussi, à visée d'apprentissage elles peuvent être intégrées dans un système d'information en réponse aux préconisations de l'OMS.

**La grille CADYA**<sup>[41]</sup> permet une analyse exhaustive des facteurs contributifs à la survenue d'un EIAS. Proche de la grille ALARM, elle met en retrait les aspects hiérarchiques et institutionnels, peu pertinents dans ce contexte, et détaille plus précisément l'analyse des facteurs humains et relationnels. Le soin y est considéré comme un processus en lui-même plutôt qu'un acte isolé, répondant à un protocole précis.

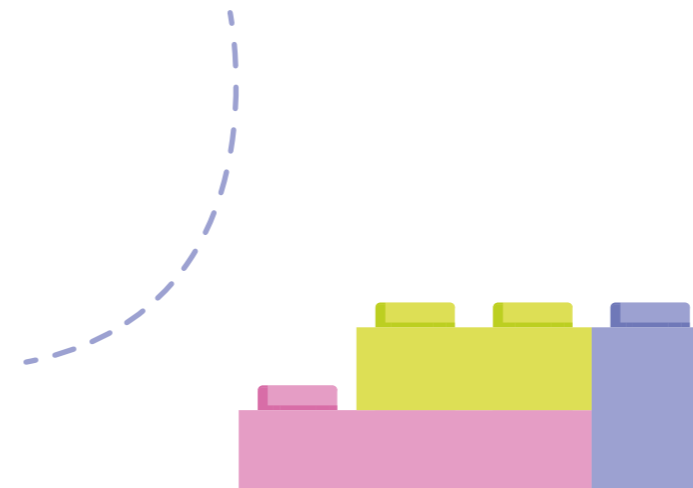
**La méthode des temps**<sup>[42]</sup> propose une vision plutôt longitudinale, en explorant les lieux de « temps perdu ». Elle est ainsi spécifiquement adaptée à l'analyse des aspects liés au déroulement de la maladie et aux pressions de l'exercice en médecine générale, spécialité dont la pratique s'inscrit dans une tempo-

ralité bien plus longue que celles des spécialistes en établissements.

Ces deux méthodes ont ainsi des approches complémentaires, leur permettant de s'adapter à différentes situations.

*Le suivi des indicateurs des pratiques cliniques en soins primaires*

**Le suivi d'indicateurs de pratique clinique** est indispensable pour savoir si les soins dispensés sont sûrs et de qualité. Il permet de mesurer et de surveiller les améliorations en matière de sécurité des patients au cours du temps, pour les rendre visibles, pour sensibiliser et acculturer les professionnels. Cela inclut, selon l'OMS, d'avoir une définition des indicateurs de sécurité des patients à mesurer annuellement, d'utiliser des outils pour évaluer l'expérience des patients et de mesurer les améliorations en sécurité du patient. ■



#### L'amélioration des pratiques en face des priorités nationales, régionales et locales : la solution proposée par Apimed PdL

Créée à l'initiative de l'URML (Union Régionale des Médecins Libéraux des Pays de la Loire), sous l'égide et en partenariat de l'Assurance Maladie et de l'ARS, l'association Apimed PdL coordonne l'organisation d'une trentaine de groupes qualité à travers la région. Chaque groupe est constitué d'une dizaine de médecins libéraux qui échangent autour d'un thème pour en faire ressortir des solutions et des bonnes pratiques identifiées collectivement, à partir de cas cliniques que chacun aura extrait de sa patientèle.

Sur les 10 temps d'échanges annuels des groupes, les thèmes sont définis de plusieurs façons :

- 6 sont imposés au niveau régional. Ils sont proposés à la fois par Apimed, l'URML, l'Assurance Maladie et l'ARS et tentent d'apporter des réponses au problème que ces différentes entités considèrent comme prioritaires.
- 4 sont libres. Chaque groupe peut ainsi prendre le temps de se pencher sur les problèmes posés par leur contexte local spécifique.

Une fiche de retour d'expérience régionale permet de regrouper les différentes propositions de solutions qui ont émergé face à la problématique et de les diffuser. Accédez à ces fiches *via* le lien :



<https://apimed-pl.org/les-themes/fiches-retex/>

### La plateforme EVIDENS comme une évidence à la réponse de l'OMS

En collaboration avec le Département de Médecine Générale de Nantes et en concertation avec des MSP, QualiREL Santé développe une plateforme de déclaration, d'analyse des Événements Indésirables Associés aux Soins (EIAS) et de suivi des actions d'amélioration en soins primaires. Cette plateforme EVIDENS est à destination de tous les professionnels des MSP et doit leur permettre d'identifier, déclarer et analyser les EIAS pour améliorer leurs pratiques. La plateforme est pensée pour répondre aux besoins des professionnels en matière d'ergonomie, de facilité d'accès et d'analyse, et de rapidité de saisie. Elle doit aussi permettre le suivi des actions d'amélioration mises en place par l'équipe, la création et la diffusion de fiches de retour d'expérience, et la constitution d'une base de données régionale sur les EIAS dans le cadre d'un projet de recherche à venir. Elle dispose par ailleurs d'un panel de ressources pédagogiques contextualisées aux MSP et produite par QualiREL Santé.

Vous êtes une MSP de la région des Pays de la Loire et vous souhaitez être accompagnée en 2023 à la mise en œuvre de la Qualité et de la Sécurité des soins en bénéficiant d'un accès à la plateforme ?

Envoyez un mail à : [contact@qualirelsante.com](mailto:contact@qualirelsante.com)

### Pour aller plus loin

#### Des méthodes d'analyse des EIAS spécifiques aux soins primaires

Consultez le mode d'emploi de l'analyse des Événements Indésirables Associés aux Soins issu d'une collaboration HAS-FORAP accessible sur :



[https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3293652/fr/l-analyse-des-evenements-indesirables-associes-aux-soins-eias-mode-d-emploi](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3293652/fr/l-analyse-des-evenements-indesirables-associes-aux-soins-eias-mode-d-emploi)

#### Quelles démarches mettre en œuvre pour sécuriser les pratiques soignantes ?

Consultez le livre « Prendre soin des patients en toute sécurité » de Marc Chanélière (Editions Le Coudrier, 2021). Il explique, à partir de situations concrètes, comment l'analyse systémique met en exergue l'ensemble des facteurs contributifs d'événements.



### L'identifiant national de santé pour la qualité et la sécurité des soins

Mis en œuvre depuis 2021<sup>[43]</sup>, l'Identifiant National de Santé (INS) s'inscrit dans le cadre global des démarches d'identitovigilance et du Référentiel national associé. Il s'adresse à l'ensemble des professionnels de santé quel que soit leur lieu d'exercice. En pratique, l'INS est une identité numérique sanitaire destinée à sécuriser l'échange et le partage des données de santé. Son usage garantit que chaque patient est identifié de la même façon par l'ensemble des professionnels des secteurs sanitaire et médicosocial qui le prennent en charge.

En soins primaires, il est courant que les patients connus depuis longtemps soient identifiés à partir de leur carte vitale ou de leurs dires. Les informations d'identité peuvent alors différer de celles utilisées par exemple à l'hôpital ou lors d'un accueil en EHPAD. L'INS permet que chaque professionnel dispose des mêmes données permettant de faciliter et sécuriser les échanges d'information.

Le bon soin, au bon patient, au bon endroit au bon moment !

En région PdL, le GCS eSanté pilote la mise en œuvre de l'INS avec un appui au déploiement et à la mise en œuvre. QualiREL Santé contribue aux travaux régionaux dans le cadre de l'analyse des événements indésirables associés à des erreurs d'identité des patients et usagers. Pour en savoir plus accéder au replay du webinaire régional 2022 *via* le lien :



[https://youtu.be/ZejqFnzJj\\_k](https://youtu.be/ZejqFnzJj_k)



# La nécessaire implication des patients dans la sécurité des soins primaires

## La contribution des patients à la sécurité : le point de vue de l'OMS.

Deux des 7 principes directeurs du Plan d'action mondial 2021 – 2030 ciblent la contribution des patients-citoyens à la sécurité des soins <sup>[4]</sup>. Le premier « engage les patients et les familles en tant que partenaires pour des soins sûrs » ; le second prône la combinaison de « l'expertise scientifique et de l'expérience des patients pour améliorer la sécurité ». Il ne fait donc aucun doute que l'OMS établit ses valeurs sur l'implication des patients dans la sécurité des soins. Les patients et leurs familles, connaisseurs des parcours de soins sont considérés à ce titre comme des partenaires <sup>[4]</sup>. Leur implication est multiple : élaboration des politiques, surveillance des performances, sensibilisation, consentement éclairé et prise de décision partagée au moment des soins (cf. encart ci-contre « campagne d'affichage régionale »). Dans une même direction, le cadre opérationnel de l'OMS oriente vers des mesures et interventions évaluant l'expérience des patients, familles et communautés (tels que le recueil de leur avis sur la qualité des services de santé) avec une prise en compte des avis dans les efforts d'amélioration et une diffusion des résultats auprès du grand public <sup>[3]</sup>. ■

### Campagne d'affichage régionale de France Assos Santé « Pour ma santé : Décidons ensemble ».

Près de 2 000 affiches en Pays de la Loire ont été adressées à des MSP, CPTS, et officines.



## La voie prometteuse de l'engagement\* des patients pour la qualité et la sécurité des soins.

La matrice de maturité soins primaires de la HAS encourage l'implication des patients *via* leur information et le recueil de leur expérience. Mais comme le souligne le précédent numéro du QualiBULES (intitulé « La voie prometteuse de l'engagement des patients et des usagers pour la qualité et sécurité des soins »)<sup>[44]</sup>, d'autres principes d'implication des patients s'appliquent également aux soins primaires. Il s'agit d'une part de **considérer le patient comme membre de l'équipe**. La relation du partenariat « patient-professionnels » dans le soin doit s'organiser selon des valeurs, des reconnaissances mutuelles du savoir et des compétences. Chaque

personne (patient et professionnel) apporte une expertise distincte et complémentaire : expertise du vécu de la maladie par le patient, expertise clinique par le professionnel. Il s'agit d'autre part de **développer un contexte organisationnel propice et un leadership partagé** permettant l'épanouissement du partenariat avec le patient. Cela passe par (i) la mobilisation et la préparation des patients et de leurs proches, (ii) la formation et la préparation du personnel à l'engagement du patient, (iii) le soutien de la direction aux activités d'engagement<sup>[45]</sup>.

Prenons note de l'encart présentant les terminologies utilisées (Engagement, implication des patients). ■

### \* Engagement, implication des patients

Le terme « engagement » est issu du guide de la Haute Autorité de Santé (HAS) « soutenir et encourager l'engagement des usagers »<sup>[46]</sup> et a été repris dans le QualiBULES 2 « La voie prometteuse de l'engagement des patients et des usagers pour la qualité et sécurité des soins »<sup>[44]</sup>. Dans la matrice de maturité, la HAS utilise le terme « implication »<sup>[8]</sup>.

Ces éléments de terminologie font débat. Dans la littérature en santé, le terme « implication » est d'ailleurs souvent interchangeable avec le terme « participation », lui aussi très large<sup>[46]</sup>. Aussi, il pourrait être retenu que « différentes approches d'engagement existent : confrontation, information, consultation, participation, et partenariat (leadership coopératif) ». La participation (ou implication), un des niveaux de l'échelle de l'engagement, pourrait être qualifiée de « démarche ponctuelle par laquelle les différents acteurs réalisent ensemble un objectif, avec une reconnaissance mutuelle de leurs expertises »<sup>[46]</sup>.



## Plusieurs populations de patients sources de préoccupation sur le plan de la sécurité des patients.

Dans le contexte des soins primaires, il importe de considérer les populations suivantes<sup>[4,31]</sup> : les enfants, les personnes âgées (ceux qui vivent dans des EHPAD ou dans des services de soins de longue durée), les patients souffrant d'affections complexes, les patients ayant de la difficulté à communiquer, les patients polymédiqués, les populations autochtones, ou encore les patients ne posant pas de questions. L'importance de fournir une information accessible à tous n'a jamais été aussi vraie. Cela peut être réalisé en ayant recours à la littératie en santé, à des solutions pour dépasser la barrière de la langue, ou encore par le développement de l'éducation thérapeutique (cf. encarts dédiés). Cela va de pair avec la lutte contre les inégalités sociales de santé. ■

### De la littératie en santé à la méthode FALC

L'information pour la santé porte sur différents sujets, passe par différents canaux (supports d'information, interactions individuelles, campagnes audiovisuelles, etc.). Le premier numéro du QualiBULES<sup>[2]</sup> consacrait d'ailleurs un chapitre à la littératie, qualifiée de clé essentielle vers l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins. En complément, QualiREL Santé s'appuie depuis plusieurs années sur la méthode « FACile à Lire et à Comprendre » (FALC) pour développer des supports de communication et/ou pour faciliter les échanges individuels. Cette méthode facilite l'accessibilité des informations aux personnes âgées, aux enfants du primaire, aux personnes dyslexiques, mal voyantes, mais aussi aux personnes déficientes intellectuellement.

« Interruptions de tâches », « gestion des risques en SSIAD », « rôles à jouer dans les soins », vous pouvez prendre connaissance de ces supports FALC en envoyant un mail à : [contact@qualirelsante.com](mailto:contact@qualirelsante.com) : ...

Prendre connaissance de la de la **méthode FALC** *via* les sites :



<https://www.pathwaysproject.eu/project/>



<http://www.inclusion-europe.eu/easy-to-read/>

Prendre connaissance **du guide « Communiquer pour tous »** *via* le lien :



<https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2018/communiquer-pour-tous-guide-pour-une-information-accessible-le-nouveau-referentiel-de-sante-publique-france>

### Des solutions pour dépasser la barrière de la langue

Un défaut de compréhension entre professionnel de santé et patient limite fortement la qualité des soins délivrés : erreurs, mauvaise observance, voire conflits... La barrière de la langue est une difficulté régulièrement rencontrée et un facteur contributif d'événements indésirables encore trop fréquent. Pourtant, divers outils existent.

Santé Publique France (SPF) propose **des livrets de santé** bilingues afin de donner accès aux patients non-francophones aux principales informations utiles (sur l'accès aux soins, mais aussi la vie courante) ainsi que des informations de base sur la santé en général. La nouvelle édition a été élaborée en collaboration avec le Comité

pour la santé des exilés et est disponible dans 17 langues. Au niveau de la communication élargie (affiche, flyers, etc.), SPF et certaines associations proposent des supports traduits en anglais ou dans d'autres langues étrangères, parfois dans un français simplifié, en particulier au sujet des maladies infectieuses et de la périnatalité.

Il existe également des outils à destination des professionnels pour les aider « sur le vif » à communiquer avec le patient. Citons par exemple l'application Mediglotte qui propose du vocabulaire de base et des phrases-type traduites dans plus de 40 langues avec une retranscription phonétique. L'application Medipicto, développée par l'AP-HP, propose quant à elle un outil de communication non-verbale basée sur des images, avec des légendes disponibles dans 16 langues.

### L'engagement du patient dans ses soins grâce au développement de l'éducation thérapeutique (ETP) pour les patients atteints de maladie chronique au plus près de leur lieu de vie

En Pays de la Loire, l'IREPS (Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé) promeut et soutient le développement de l'ETP par les professionnels de premiers recours, par la sensibilisation, la formation et l'accompagnement à la conception de programmes. En collaboration avec l'ARS, l'IREPS a développé le site internet CART'EP. Ce dernier permet aux personnes intéressées de prendre connaissance des programmes d'ETP organisés en région Pays de la Loire. Pour les patients, le site les invite à connaître les programmes d'ETP proposés près de chez eux. Pour les professionnels, le site permet d'identifier des programmes adaptés à leurs patients et ainsi de pouvoir les orienter de façon pertinente. A titre d'exemples, la confédération régionale des centres de santé C3SI porte le programme régional « Moi et la maladie », monté en partenariat avec l'IREPS et

France Assos Santé. Les professionnels du pôle de santé Sud Estuaire à Corsept (44) partagent leur expérience de l'éducation thérapeutique dans la vidéo suivante :



<https://repertoire-actions.france-assos-sante.org/action/programme-etp-polypathologie-moi-et-la-maladie/>

Accédez au site de l'IREPS *via* le lien :



<https://www.irepspdl.org/page-91-0-0-1.html>

et au répertoire CART'EP à l'adresse :



[https://www.educationtherapeutique-pdl.fr/\\_front/Pages/page.php](https://www.educationtherapeutique-pdl.fr/_front/Pages/page.php)

### Pour aller plus loin

QualiREL Santé vous propose des retours d'expérience en vidéos sur le thème du parcours des patients et leur implication dans celui-ci. Visionnez celle traitant du Projet Personnalisé :



[https://www.youtube.com/watch?v=PAmfrsm-CN7g&list=PLvcEUuDYE-q91vHH\\_L-82h2jzRhYoX\\_An2](https://www.youtube.com/watch?v=PAmfrsm-CN7g&list=PLvcEUuDYE-q91vHH_L-82h2jzRhYoX_An2)

Pour impliquer les usagers, vous pouvez prendre connaissance des 2 ressources suivantes :

Guide « Impliquer les usagers dans les Maisons de Santé (CAPPS Bretagne - France Assos santé) :



<https://bretagne.france-assos-sante.org/2021/10/15/impliquer-les-usagers-dans-les-maisons-de-sante/>

Livre blanc « Ensemble, je vais mieux » (Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public) :



<https://ceppp.ca/actualite/livre-blanc-sur-le-partenariat-avec-les-patients-et-le-public/>



# Le projet de santé : une vision stratégique pour l'accès aux soins et la continuité des soins

## Quelle stratégie pour améliorer l'accès aux soins et la continuité des soins : le point de vue de l'OMS.

Face au vieillissement de la population et à l'augmentation des maladies chroniques, les systèmes de santé évoluent vers plus de soins à domicile et en ambulatoire, vers plus de coordination et de partage entre les acteurs, dont les patients et les aidants. Les défis à relever pour la sécurité des soins face à ce système de santé en pleine transformation sont immenses. Ces sujets avaient d'ailleurs fait l'objet du premier QualiBULES intitulé « Les grands défis en matière de qualité et sécurité des soins »<sup>[2]</sup>.

Un premier défi est de repenser la vision du soin, définie non plus comme une série d'actes isolés, mais comme une logique de parcours de soins tout au long de la vie<sup>[47]</sup>. Les transformations devraient donc aller vers une meilleure prise en compte des déterminants sociaux de la santé (inégalité de revenus, solitude et isolement des personnes âgées), et vers plus de soins de prévention, de soins ambulatoires et de soins plus intégrés. La mise en place de normes et de principes tenant compte de la trajectoire de santé était une priorité urgente. **L'accent doit être mis sur le domicile et la communauté comme lieu principal pour recevoir les soins.**

Un second défi est de mettre en balance les interventions sociales avec l'augmentation de la médicalisation. L'OMS préconise de se concentrer sur les populations les plus à risques pour améliorer la qualité et la sécurité des soins primaires. En effet, certaines personnes sont plus à risque d'EIAS en soins primaires (enfants, personnes âgées, personnes résidant en établissements de soins spécialisés, en institutions de soins, patients poly pathologiques, personnes atteintes à la fois de troubles mentaux et de pathologies physiques). Se concentrer sur ces populations les plus à risque permet de délivrer des soins plus personnalisés, et d'assurer des transitions plus fluides entre et au sein des différentes structures. Par exemple, faire monter en compétence les professionnels sur la façon d'identifier et de traiter la dépression peut avoir un impact étant donné le taux élevé d'événements indésirables parmi ceux qui ont à la fois des troubles mentaux et des troubles physiques. ■

## Les technologies du numérique au-delà du système d'information : le point de vue de l'OMS.

Internet, la téléphonie mobile ou encore l'intelligence artificielle **améliorent l'efficacité et l'efficience des services de santé et des prestations de soins** <sup>[3]</sup>. Pour l'OMS, ces technologies numériques présentent donc un formidable levier puisque la moitié de la population mondiale utilise internet et que plus de huit personnes sur dix possèdent un téléphone portable dans les pays développés <sup>[3]</sup>. Du côté des individus et des communautés, l'OMS encourage l'utilisation des technologies numériques pour devenir des consommateurs éclairés d'informations sanitaires et pour donner son avis (notamment sur les services de santé). D'un point de vue opérationnel, l'OMS promeut la mise en œuvre rapide des systèmes d'information sanitaire numériques (y compris les dossiers médicaux électroniques) et la duplication à d'autres territoires des interventions sanitaires numériques efficaces testées dans le cadre de projets <sup>[3]</sup>. ■



## Des projets de santé à toutes les échelles pour des soins accessibles et personnalisés.

Si la santé peut être mesurée à différentes échelles, du national à l'individuel, les projets qui visent à en améliorer la qualité peuvent également être prévus à tous les niveaux. Au-delà des grandes orientations nationales, le Projet Régional de Santé (PRS) est l'outil d'une ARS pour poser les grandes orientations stratégiques considérées comme prioritaires sur la région. Celles-ci vont notamment s'attacher à ce que les soins soient coordonnés et accessibles à toute la population et à ce que les usagers puissent bénéficier d'un accompagnement personnalisé.

Une fois ces grands objectifs régionaux posés, il est laissé la possibilité aux professionnels de terrain d'identifier les besoins de la population qu'ils couvrent et de planifier des actions qui y sont spécifiquement adaptées. Ce sujet est notamment au cœur des projets de santé, élément structurel central des CPTS et des MSP. Ces projets permettent d'améliorer la qualité des soins, aussi bien par la structuration des relations que par la coordination entre acteurs de soins, mais également d'apporter une réponse aux besoins spécifiques de ses bénéficiaires. Elaborés en

amont de la création des MSP et CPTS, les projets de santé sont amenés à évoluer en fonction de l'évolution des besoins de la population couverte, mais aussi selon l'avancement en maturité de l'équipe, permettant d'aborder des sujets plus complexes de la qualité des soins (démarche de gestion des risques, engagement des usagers, etc.).

Les projets de santé sont également au cœur de la création de dispositifs au mode de fonctionnement plus souple, comme les ESP CLAP (Equipes de Soins Primaires Coordonnées Localement Autour du Patient). Cette expérimentation en Pays de la Loire permet un espace d'échanges entre professionnels indépendants mais souhaitant travailler ensemble afin d'offrir des soins de meilleure qualité aux patients en situation complexe. Les participants bénéficient d'un financement par l'ARS, permettant une rémunération de ces temps de concertation, actuellement difficilement financés dans un cadre libéral. ■

### La télémédecine et la médecine mobile comme solutions pour permettre l'accès aux soins de tous en zones sous-dotées

L'accès aux soins prend également un virage numérique en France depuis ces dernières années avec des nouvelles solutions, à l'image du télésuivi des patients (ayant une maladie chronique) à domicile et des téléconsultations. De nouveaux services sont proposés, par exemple une borne de téléconsultation dans une pharmacie ou le passage à des fréquences régulières d'un bus d'ophtalmologie. Ceci permet d'entrer rapidement en contact à distance avec un médecin généraliste ou spécialisé en France. Ce service remboursé permet souvent de recueillir un premier avis qui lève les inquiétudes, ou de réaliser des actes simples de prescription/renouvellement d'ordonnance.

### Une étude pilote canadienne réussie améliorant l'accès aux conseils spécialisés par la voie de la consultation électronique

Le projet Champlain Base canadien est parti des constats suivants : Obtenir une communication téléphonique avec des spécialistes est souvent difficile pour des médecins généralistes. Le délai d'attente pour recourir à une consultation auprès d'un spécialiste est parfois long pour un patient. Aussi, l'outil eConsultBASE a été développé avec pour objectifs : améliorer et accélérer le partage d'information entre les médecins et les spécialistes. Il offre à des professionnels de santé de soins primaires un accès aux conseils de spécialistes par voie électronique. Les médecins et le personnel infirmier soumettent leur question *via* une plateforme à un groupe de spécialistes. Ils ont la possibilité d'y joindre des documents du dossier patient (images, résultats d'analyses, *etc.*). Cette pratique doit éviter la nécessité d'une visite en personne chez le spécialiste, sinon permettre aux spécialistes de guider les médecins et le personnel infirmier dans la prise en charge des soins des usagers en attendant l'obtention du rendez-vous.

La pratique eConsultBASE a été testée en Ontario en 2010. Aujourd'hui, c'est une pratique réussie et qui persévère, avec en 2022 :

- 102 620 eConsultations envoyées en Ontario au cours des 12 derniers mois,
- 123 spécialités offertes,
- 96,2% de réponses d'un spécialiste dans les 7 jours.

Cette pratique permet de fournir aux usagers des soins plus rapides, plus sûrs, plus efficaces et plus rentables. La pratique est accessible *via* le lien :



<https://econsultontario.ca/>

En France, ce type d'accès aux conseils se développent. Un exemple récent est l'accès à tous depuis le 1<sup>er</sup> avril 2022 au dispositif de télé expertise. Les premiers chiffres de mobilisation de cette pratique devraient prochainement être connus.

### Le Plan personnalisé de coordination en santé (PPCS), un outil de coordination du parcours du patient en situation complexe conjuguant problématiques relevées par les professionnels et par la personne.

Lorsque les acteurs se multiplient dans la prise en charge d'un patient, que ce soit pour une maladie chronique, un handicap ou une situation de précarité, il devient nécessaire que son parcours soit coordonné et ne repose plus sur les seules épaules du patient et / ou de ses aidants. Les acteurs doivent se coordonner pour planifier et personnaliser la prise en charge globale et personnalisée en accordant une égale importance

aux dimensions médicale, psychologique, sociale et environnementale. Le PPCS y contribue en servant de support écrit commun sur lequel sont organisées les diverses interventions. Des plans de soins, d'aides et d'accompagnement sont élaborés à partir des priorités définies par les professionnels et par les besoins exprimés par le patient. Plus d'informations sur le PPCS *via* le lien :



[https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3083915/fr/plan-personnalise-de-coordination-en-sante](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3083915/fr/plan-personnalise-de-coordination-en-sante)

### L'accès aux soins, mission socle des Centres de Santé.

Descendants des historiques dispensaires, les Centres de Santé (CdS) se donnent comme missions d'offrir des soins de qualité accessibles à tous, quelles que soient les raisons des difficultés d'accès ou de renoncement aux soins (installation dans les zones sous-dotées, accessibilité financière, permanence des soins et offre de soins non programmés, *etc.*). Quel que soit leur mode de gestion (associatif, municipal ou mutualiste), ou les métiers représentés, les CdS partagent tous cette vocation à lutter pour l'accès aux soins. Plusieurs fédérations existent pour accompagner les CdS dans leur création et l'animation de leur activité, comme la C3SI au niveau national et régional ou la FNCS au niveau national. Accédez à leurs sites *via* les liens :



<https://c-trois-si.fr/>



<https://www.c3si-pdl.org/>



<https://www.fncs.org/>

### Pour aller plus loin

#### Envie de vous lancer dans l'exercice coordonné pluriprofessionnel ou de faire évoluer le projet de santé de votre MSP ?

L'APMSL (Association des Pôles et Maisons de Santé Libéraux en Pays de la Loire) apporte un soutien aux équipes de soins primaires, aussi bien pour accompagner la création des MSP que pour maintenir la dynamique de ces structures. Elle propose également une boîte à outils avec de nombreux guides et outils à destination des professionnels.

Accédez au site de l'APMSL *via* le lien :



<https://www.apmsl.fr/>



# Conclusion

Une étude menée par la HAS il y a plus de 10 ans auprès de 500 professionnels de santé en soins primaires (médecins généralistes, pharmaciens et infirmiers libéraux) montrait **un niveau de sécurité perçu comme insuffisant avec des attentes fortes en matière de formation et d'appui pour mettre en œuvre des démarches d'amélioration des pratiques professionnelles** utiles dans leur exercice au bénéfice des patients.

Depuis, plusieurs changements ont eu lieu dans le champ des soins de santé primaires en France : responsabilités cliniques accrues de certains professionnels de santé, diminution du nombre de médecins généralistes travaillant seuls au profit de leur intégration à des maisons de santé dans la perspective d'offrir une approche plus cohérente et coordonnée des soins. Selon Charles Vincent et René Amalberti, ces changements, bien qu'importants, ne suffiront pas à relever les défis actuels et futurs pour la sécurité des soins primaires. La sécurité des soins primaires doit être reconsidérée à la lumière de ce qui précède, en augmentant la priorité des stratégies nationales de sécurité des patients et en développant des interventions adaptées au contexte. Certes, les approches d'amélioration de la qualité peuvent être utilisées pour améliorer l'adhésion aux recommandations et ainsi améliorer les résultats pour le patient. Mais en soins primaires, le risque pourrait être plus efficacement géré de manière flexible, dans un système permettant une adaptation et une réponse rapide plus que par l'imposition de recommandations et contrôles. Les stratégies pour améliorer la sécurité en soins primaires devront mettre l'accent sur l'implication des patients, la coordination entre les équipes et un état d'esprit d'anticipation, de suivi et de prise en charge des patients au-delà de leur rencontre immédiate avec les soins primaires.

La feuille de route Culture de Sécurité préparée par la Direction Générale de l'Offre de Soins pour 2023 prend la mesure de ces enjeux pour accompagner le déploiement d'une culture de sécurité quel que soit le lieu d'exercice : appui à l'amélioration du travail

en équipe, alerte et retour d'expérience, implication du patient.

Sur le plan local, pendant la pandémie de COVID-19, l'engagement et la responsabilité partagés ont uni les acteurs des soins de santé comme jamais auparavant. Nombre d'entre eux ont spontanément adopté des attributs de sécurité clés tels que la transparence, la communication active, la collaboration et l'adoption rapide de pratiques de sécurité des patients. Cette situation a illustré comment les silos traditionnels et les territoires cliniques peuvent rapidement se dissoudre dans le but de combattre un ennemi commun. Cela est source d'espoir pour arriver à faire vivre la Qualité et la sécurité des soins primaires. Ces initiatives et réussites ont permis d'alimenter les réflexions autour des Contrats Locaux de Santé, des Communautés de Professionnels et plus globalement des politiques territoriales menés par les ARS.

Même s'il existe un haut niveau de preuve scientifique sur le lien entre culture de sécurité des professionnels et bénéfice en matière de qualité des soins et sécurité pour les patients, les travaux de recherches portant sur la qualité des soins et la sécurité des patients en soins primaires sont encore trop peu nombreux. Le plan d'action Mondial de l'OMS en fait d'ailleurs une de ses stratégies « Développer des programmes de recherche actifs et financés sur la sécurité des patients, en particulier la recherche translationnelle ». Les secteurs ou populations qu'il cible sont la santé mentale, les personnes handicapées, les populations vieillissantes mais aussi les soins primaires. En France, la Direction générale de l'offre de Soins a renouvelé pour l'année 2022 ses appels à projets de recherche (APR) sur les soins et offres de soins. Ces APR ont pour objectif l'amélioration des prises en charge des patients et celle de la performance du système des soins. Ils doivent permettre d'identifier ce qui marche le mieux pour améliorer la qualité et la sécurité et pour implémenter les meilleures pratiques et les succès au travers de différentes structures de soin. La recherche en soins primaires qui constituait également une priorité de ces appels à projets, est désormais traitée de façon ad hoc dans un APR dédié (ReSP-IR).

Enfin, la généralisation des Structures Régionales d'Appui à la Qualité des Soins et la Sécurité des patients telles que QualiREL Santé pour la région PdL permet de proposer une ressource importante pour les organisations, associations et professionnels de santé dans le champ des soins primaires. Ces structures ont pour missions d'être en appui au développement de la culture de sécurité auprès des professionnels de santé quel que soit leur lieu d'exercice. En région Pays de la Loire, QualiREL Santé a structuré un pan de son activité en faveur de l'appui aux professionnels de soins primaires. La stratégie a été de collaborer avec les acteurs déjà en place sur le territoire. Ces initiatives soutenues par l'ARS des PdL ont vocation à s'intégrer dans un programme de travail dédié aux professionnels exerçant en soins primaires. Ainsi, en posture de facilitateur et d'expertise en matière de qualité des soins et de sécurité des patients, plusieurs initiatives sont amorcées :

- Interventions auprès de la formation initiale des assistants médicaux, des coordonnateurs de CPTS et des IPA.
- Accompagnement aux démarches qualité pour les Centres de Santé en collaboration avec la C3SI
- Déploiement de Revues de Mortalité et de Morbidité en médecine générale en collaboration avec APIMED.
- Déploiement d'une plateforme d'appui à la gestion des évènements indésirables associés aux soins en MSP en collaboration avec le DMG de Nantes.
- Enquête sur la culture de sécurité auprès des professionnels de ville en partenariat avec certaines URPS de la région Pays de la Loire
- Ou encore participation aux travaux de l'APMSL portant sur l'engagement des patients.

Les enjeux sont forts, les initiatives à accompagner dans une logique de parcours des patients sont majeures. L'adaptabilité aux modes d'exercice, le soutien aux initiatives, l'implication des patients ainsi que la flexibilité de l'appui vont être essentiels pour accompagner le développement de la culture de sécurité auprès des professionnels de santé en soins primaires. ■



## Références bibliographiques



1. Vincent C, Amalberti R. Safer Healthcare [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2016 [cité 6 sept 2019]. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-25559-0>
2. QualiREL Santé. Les grands défis en matière de qualité et sécurité des soins - Bulletin de L'ecture Scientifique de QualiREL Santé. 2020.
3. Organisation mondiale de la Santé & Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF). Cadre opérationnel pour les soins de santé primaires : de l'ambition à l'action. Organisation mondiale de la Santé. [Operational framework for primary health care: transforming vision into action] [Internet]. Geneva; 2021 p. 114. Report No.: Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/351687>.
4. World Health Organization. Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [cité 8 nov 2021]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/343477>
5. World Health Organization. Education and training [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [cité 10 oct 2022]. 33 p. (Technical Series on Safer Primary Care). Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252271>
6. World Health Organization. Electronic tools [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [cité 10 oct 2022]. 21 p. (Technical Series on Safer Primary Care). Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252374>
7. Haute Autorité de Santé. Matrice de maturité en soins primaires : présentation du référentiel [Internet]. 2014 [cité 14 nov 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1757237/fr/matrice-de-maturite-en-soins-primaires-presentation-du-referentiel](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1757237/fr/matrice-de-maturite-en-soins-primaires-presentation-du-referentiel)
8. Haute Autorité de Santé. Matrice de maturité en soins primaires - Référentiel d'analyse et de progression des regroupements pluriprofessionnels de soins primaires [Internet]. 2014 [cité 14 nov 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-10/rap\\_support\\_matrice\\_de\\_maturite.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-10/rap_support_matrice_de_maturite.pdf)
9. World Health Organization. Déclaration d'Alma-Ata. :3.
10. World Health Organization. Rapport sur la santé dans le monde, Maintenant plus que jamais. Les soins de santé primaires. Maintenant plus que jamais [Internet]. 2008 [cité 10 janv 2022] p. 149. Disponible sur: [https://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_fr.pdf?ua=1](https://www.who.int/whr/2008/08_report_fr.pdf?ua=1)
11. Collège National des Généralistes Enseignants. Manifeste pour un système de santé organisé [Internet]. 2019 [cité 10 janv 2022]. Disponible sur: [https://www.cnge.fr/media/docs/cnge\\_site/cnge/MANIFESTE\\_SYSTEME\\_DE\\_SANTE\\_28\\_MARS\\_2019\\_CMG\\_CNGE.pdf](https://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/MANIFESTE_SYSTEME_DE_SANTE_28_MARS_2019_CMG_CNGE.pdf)
12. Code la santé publique. Article L1411-11 - Organisation des soins [Internet]. janv 16, 2023. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006072665/LEGI\\_SCTA000020885399?init=true&page=1&query=L1411-11-1&searchField=ALL&tab\\_=all&anchor=LEGIARTI00038886353#LEGIARTI000038886353](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGI_SCTA000020885399?init=true&page=1&query=L1411-11-1&searchField=ALL&tab_=all&anchor=LEGIARTI00038886353#LEGIARTI000038886353)
13. Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Soins ambulatoires - Définition [Internet]. [cité 10 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1401>
14. HAS. Document de travail - Lexique ou glossaire de termes à utiliser [dans les productions HAS] pour les soins délivrés en dehors des établissements de santé [Internet]. 2015. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-11/3.3\\_lexique\\_soins\\_de\\_ville.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-11/3.3_lexique_soins_de_ville.pdf)
15. Agence Régionale de Santé. Agir pour la santé de tous - La médecine de ville [Internet]. 2017 [cité 10 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/la-medecine-de-ville>
16. Chaneliere M. La sécurité du patient en soins primaires: éléments conceptuels, épidémiologie, interventions auprès des professionnels de santé [Internet]. Lyon; 2017 [cité 10 janv 2022]. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01578115/document>
17. Inspection générale des affaires sociales. Hospitalisation à domicile - tome 1 Rapport définitif [Internet]. 2010 [cité 11 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/31501-hospitalisation-domicile-had>
18. Journal officiel «Lois et Décrets». Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie [Internet]. août 14, 2004. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000625158/>
19. Wonca Europe. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. 2002;52.
20. Kringos DS. Building primary care in a changing Europe. Copenhagen: World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies; 2015.
21. European Commission. Directorate General for Health and Consumers. Definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems. [Internet]. LU: Publications Office; 2014 [cité 10 janv 2022]. Disponible sur: <https://data.europa.eu/doi/10.2772/33238>
22. WCrismer A, Belche JL, Van der Vennet JL. Les soins de santé primaires, plus que des soins de première ligne. Santé Publique. 2016;28(3):375.
23. Donaldson L, Ricciardi W, Sheridan S, Tartaglia R, éditeurs. Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2021 [cité 14 sept 2021]. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/978-3-030-59403-9>
24. Michel P, Quenon JL, Daucourt V, Burdet S, Hoarau D, Klich A, et al. Incidence des événements indésirables graves associés aux soins dans les établissements de santé (ENEIS 3) : quelle évolution 10 ans après? [Incidence of serious adverse events associated with care in health care institutions (ENEIS 3): how have they evolved 10 years later?]. Bull Epidemiol Hebd. 14 juin 2022;(BEH 13):229-37.
25. Michel P, Quenon JL, Djihoud A. EVISA - Les événements indésirables liés aux soins extra-hospitaliers : fréquence et analyse approfondie des causes - Rapport final. Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Nouvelle Aquitaine (Ccecqa) [Internet]. 2009 août [cité 18 déc 2019] p. 81 p. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_EVISAFinal\\_17aout09.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_EVISAFinal_17aout09.pdf)
26. Michel P, Kerié-Gascou M, Kret M. ESPRIT- Etude nationale en Soins PRLmaires sur les événements indésirables - Rapport final. Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Nouvelle-aquitaine (Ccecqa) [Internet]. 2013 déc [cité 18 déc 2019] p. 149 p. Disponible sur: <http://www.ccecqa.asso.fr/sites/ccecqa.aquisante.priv/files/fiches-projets/Projets-PJ-ESPRIT-rapport-final.pdf>
27. Haute Autorité de Santé. abrEIGÉS - Un condensé du rapport annuel sur les événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) de 2021 [Internet]. 2022 nov p. 1-14. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-11/abreiges\\_eigs\\_2021.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-11/abreiges_eigs_2021.pdf)
28. World Health Organization. Services de santé de qualité [Internet]. 2020 [cité 3 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
29. Journal officiel. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé [Internet]. JORF n°0022 janv 27, 2016. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031912641/>
30. Ecole des Hautes Etudes de Santé Publique. PACTE Soins primaires : Coordinateur de regroupement pluri-professionnels de soins primaires. [Internet]. [cité 3 oct 2022]. Disponible sur: <https://formation-continue.ehesp.fr/formation/pacte-soins-primaires-coordonateur-de-regroupements-pluri-professionnels-de-soins/>
31. Kingston-Riechers J. La sécurité des patients dans le contexte des soins primaires. Edmonton, Alta., Vancouver, B.C.: Institut canadien pour la sécurité des patients ; BC Patient Safety & Quality Council; 2010.
32. Journal officiel de la république française. Avis relatif à l'avenant no 1 à l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles signé le 20 avril 2017. SPRS2218342V août 3, 2022 p. 130-7.
33. Carayon P, Hundt AS, Karsh B, Gurses AP, Alvarado CJ, Smith M, et al. Work system design for patient safety: the SEIPS model. Qual Saf Health Care. déc 2006;15(Suppl 1):i50-8.

**34.** Holden RJ, Carayon P, Gurses AP, Hoonakker P, Hundt AS, Ozok AA, et al. SEIPS 2.0: A human factors framework for studying and improving the work of healthcare professionals and patients. *Ergonomics*. nov 2013;56(11):10.1080/00140139.2013.838643.

**35.** Carayon P, Wooldridge A, Hoonakker P, Hundt AS, Kelly MM. SEIPS 3.0: Human-Centered Design of the Patient Journey for Patient Safety. *Appl Ergon*. avr 2020;84:103033.

**36.** Holden RJ, Carayon P. SEIPS 101 and seven simple SEIPS tools. *BMJ Qual Saf*. nov 2021;30(11):901-10.

**37.** Carayon P, éditeur. *Human Factors and Ergonomics in Home Care*. In : *Handbook of Human Factors and Ergonomics in Health Care and Patient Safety* [Internet]. 2nd Edition. Boca Raton: CRC Press; 2011 [cité 10 oct 2022]. Disponible sur : <https://www.taylorfrancis.com/books/9781439830345>

**38.** Holden RJ, Mickelson RS. Performance barriers among elderly chronic heart failure patients: An application of patient-engaged human factors and ergonomics. *Proc Hum Factors Ergon Soc Annu Meet*. sept 2013;57(1):758-62.

**39.** Carayon P, DuBenske L, McCabe B, Shaw B, Gaines M, Kelly M, et al. Work system barriers and facilitators to family engagement in rounds in a pediatric hospital. In: Albolino S, Bagnara S, Bellandi T editors. *Healthc Syst Ergon Patient Saf*. 2011;81-5.

**40.** Fédération nationale des Centres de santé. AQSS, la nouvelle application QUALITE au service des équipes [Internet]. 2022 [cité 3 oct 2022]. Disponible sur: AQSS, la nouvelle application QUALITE au service des équipes

**41.** Chanelière M, Oriol JM, Senez B, Keriél-Gascou M, Fanjat H, Blanc MD, et al. CADYA : un outil pour analyser des incidents en soins primaires. *Risques Qual*. 2014;XI((2)):34-40.

**42.** Amalberti R, Brami J. 'Tempos' management in primary care: a key factor for classifying adverse events, and improving quality and safety. *BMJ Qual Saf*. sept 2012;21(9):729-36.

**43.** Journal officiel de la république française. Arrêté du 27 mai 2021 portant approbation des modifications

apportées au référentiel « Identifiant national de santé [Internet]. NOR : SSAD2111286A juin 8, 2021. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2021/5/27/SSAD2111286A/jo/texte>

**44.** QualiREL Santé. La voie prometteuse de l'engagement des patients et des usagers pour la qualité et sécurité des soins - Bulletin de LECTURE Scientifique de QualiREL Santé. 2021.

**45.** Fancott C, Baker GR, Judd M, Humphrey A, Morin A. Supporting Patient and Family Engagement for Healthcare Improvement : Reflections on "Engagement-Capable Environments" in Pan-Canadian Learning Collaboratives.

**46.** HAS. Soutenir et encourager l'engagement des usagers - recommander les bonnes pratiques - argumentaire. 2020 p. 176.

**47.** Coping with more people with more illness. Part 1: the nature of the challenge and the implications for safety and quality. *Int J Qual Health Care*. 2018.

**Directeur de la publication**

Noémie Terrien

**Rédac-chef**

Delphine Teigné

**Comité de rédaction**

Hélène Abbey, Jean Halligon, Guillaume Mabileau, Delphine Teigné, Noémie Terrien, Lucile Trutt

**Relecteurs**

Membres de l'équipe de QualiREL Santé  
Dr Elodie Cosset

**Création graphique et mise en page**

Digisanté - [www.digisante.fr](http://www.digisante.fr)

**Crédits photos**

QualiREL Santé

---

**Pour citer cette référence** : QualiREL Santé. Qualité et sécurité dans les soins primaires : défis, stratégies et initiatives inspirantes - Bulletin de Lecture Scientifique de QualiREL Santé. 2023.

---

**Consultez ce bulletin sur le site internet**

[www.qualirelsante.com](http://www.qualirelsante.com)



**SRA QualiREL Santé**

Hôpital Saint Jacques 85 rue Saint Jacques  
44093 Nantes Cedex 01

02 40 84 69 30 - [contact@qualirelsante.com](mailto:contact@qualirelsante.com) - [www.qualirelsante.com](http://www.qualirelsante.com)

