



**EHESP**

---

**Directeur des soins**

Promotion : **2013**

Date du Jury : **décembre 2013**

---

**La coordination dans le parcours de  
soins : un axe managérial pour le  
Directeur des soins**

---

**Chantal MILLIET**

---

# Remerciements

---

Notre parcours professionnel s'élabore, se construit et se vit non pas isolément mais grâce aux différentes personnes qui ont su être à nos cotés pour nous encourager, nous montrer le chemin.

Ces remerciements vont aux personnes qui ont soutenu cette étude et aux personnels des services qui ont accepté de répondre aux entretiens en toute authenticité. Ils s'adressent également aux patients qui avec respect et dignité ont su traduire les difficultés rencontrées dans leur parcours de soins et leurs inquiétudes dans l'avenir de leur état de santé.

Une reconnaissance particulière est destinée aux professionnels experts qui ont donné de leur temps pour faire progresser notre réflexion.

Je remercie également Jean René LEDOYEN pour son approche positive et bienveillante du travail, et ses encouragements dans les moments d'incertitudes.

*A Christophe, mes enfants, ma belle-fille.*

---

# Sommaire

---

<b>Introduction</b> .....	<b>1</b>
<b>1 Le parcours de soins, une logique sous tendue dans les organisations</b> .....	<b>5</b>
1.1 La trajectoire, un terme d'action .....	5
1.2 Le réseau de soins, premier vecteur d'une relation ville-hôpital .....	5
1.3 La filière de soins une approche de complémentarité .....	6
1.4 Le chemin clinique, une organisation par pathologie.....	7
1.5 Le parcours de soins comme paradigme de la prise en charge des patients .....	8
1.5.1 Passer d'une logique séquencée à une logique de parcours.....	8
1.6 Un processus de prise en charge du patient en milieu hospitalier .....	9
1.7 La coordination pour mettre en mouvement le parcours de soins .....	11
<b>2 Le parcours de soins et la coordination dans le monde hospitalier</b> .....	<b>15</b>
2.1 Méthodologie utilisée .....	15
2.2 Limites de l'étude.....	16
2.3 Une expérience, un service d'accueil et d'urgences.....	17
2.4 La filière chirurgicale, centre d'une organisation hospitalière .....	19
2.5 Préparation à la sortie du milieu hospitalier.....	24
2.6 Les plaintes de patients comme indicateurs.....	28
<b>3 Analyse transversale des organisations</b> .....	<b>31</b>
3.1 Organisation des soins .....	31
3.2 Les professionnels de santé .....	33
3.3 Coordination ou coopération.....	34
3.4 Outils pour une prise en charge continue.....	34
3.5 L'approche des patients.....	35
<b>4 Développer une culture de coordination dans le parcours du soin</b> .....	<b>37</b>
4.1 Légitimité du Directeur des soins .....	37
4.2 Des valeurs de management coopératif.....	38
4.3 Un projet médico-soignant .....	38
4.3.1 Une équipe mobile identifiée « parcours de soins » .....	39
4.4 La HAS comme soutien méthodologique .....	41
4.5 Positionnement de l'encadrement paramédical.....	41

4.6	Les professionnels de santé des unités de soins.....	42
4.6.1	Mobilisation d'un savoir par processus dans les unités de soins .....	42
4.6.2	La coordination par le personnel infirmier .....	42
4.6.3	Les supports de la coordination des acteurs.....	44
4.7	Evaluation du dispositif centré sur le parcours de soins.....	44
4.8	Rôle du Directeur des soins .....	45
	<b>Conclusion.....</b>	<b>47</b>
	<b>Bibliographie .....</b>	<b>49</b>
	<b>Annexes .....</b>	<b>I</b>

## Liste des sigles utilisés

<b>ARS</b>	Agence Régionale de Santé
<b>CHU</b>	Centre Hospitalier Universitaire
<b>CME</b>	Commission Médicale d'Etablissement
<b>CPOM</b>	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
<b>CRUQPC</b>	Commission des Relations avec les Usagers et la Qualité de Prise en Charge
<b>CSIRMT</b>	Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
<b>EHESP</b>	Ecole de Hautes Etudes en Santé Publique
<b>ENEIS</b>	Enquête Nationale sur les Evènements Indésirables liés aux Soins
<b>HAS</b>	Haute Autorité de Santé
<b>HPST</b>	Hôpital, Patient, Santé, Territoire
<b>IDE</b>	Infirmier Diplômé d'Etat
<b>IDEC</b>	Infirmier de Coordination
<b>IGAS</b>	Inspection Générale des Affaires Sociales
<b>INSEE</b>	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
<b>MCO</b>	Médecine-Chirurgie-Obstétrique
<b>ONDAM</b>	Objectifs Nationaux des Dépenses de l'Assurance Maladie
<b>Pacte</b>	Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe
<b>PRS</b>	Projet Régional de santé
<b>SAU</b>	Service d'Accueil et d'Urgences
<b>T2A</b>	Tarifcation A l'Activité
<b>UHTCD</b>	Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée
<b>USLD</b>	Unité de Soins de Longue Durée
<b>VIH</b>	Virus de l'Immunodéficience Humaine

## Introduction

L'environnement sociétal a modifié les besoins et les attentes de la population en matière de santé. L'évolution des connaissances scientifiques, la progression des technologies médicales et des thérapeutiques ont eu pour conséquences un accroissement des maladies chroniques, un allongement de l'espérance de vie et donc un vieillissement de la population. Aujourd'hui, l'individu vit plus longtemps exempt de maladie, ou atteint de pathologie chronique avec des handicaps plus ou moins invalidants et une dépendance de graduation différente.

A ce contexte s'ajoute une baisse de la démographie médicale et des contraintes budgétaires. En effet, malgré une augmentation constante des Objectifs Nationaux des Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM), le taux des dépenses est toujours supérieur. Selon le rapport de l'Inspection Générale des Affaires sociales (IGAS) de 2012,<sup>1</sup> ce taux représente plus de 35% de la dépense de santé contre 29% en moyenne pour les pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE).

En conséquence, pour maintenir la solidarité de l'accès aux soins pour tous, la loi "Hôpital, Patient, Santé, Territoire " (HPST) promulguée le 21 juillet 2009, impose une organisation de l'offre de soins sur l'ensemble d'un territoire de santé, harmonisée et graduée entre le secteur privé et le secteur public tant du point de vue sanitaire que médico-social. La loi HPST modifie considérablement l'organisation hospitalière et incite au développement d'une prise en charge ambulatoire des patients.

Pour rendre opérationnelles les orientations de la loi, l'article 118 énonce la création des Agences Régionales de Santé (ARS) dont la mission est de piloter et de rendre plus efficient le système de santé sur un territoire. Ces agences doivent garantir une approche plus cohérente et plus efficace des politiques de santé et permettre une plus grande fluidité du parcours de soin afin de répondre aux besoins des patients. Les ARS élaborent un Projet Régional de Santé (PRS) qui donne les orientations stratégiques de la région et représente le socle des actions pluriannuelles. Le PRS d'Ile de France souligne ainsi sa volonté de permettre aux patients de bénéficier d'un parcours de santé sécurisé, c'est à dire de s'assurer de la cohérence des moments et lieux de l'intervention et de la bonne articulation des étapes du parcours de soins.

---

<sup>1</sup> INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, 2012, L'hôpital, Paris : la documentation française, 293p

En parallèle à l'évolution des connaissances médicales, des thérapeutiques et des technologies médicales, la Tarification A l'Activité appliquée depuis l'année 2005 a par ailleurs conduit les établissements de santé à diminuer la durée moyenne de séjour des patients. Ce nouveau mode de financement a engendré l'accélération des prises en charge des malades en milieu hospitalier et, par voie de conséquence, mis en évidence l'importance d'une coordination interprofessionnelle et inter unités de soins pour assurer qualité et sécurité.

Si le temps d'hospitalisation permettait autrefois un rythme de travail plus lent, la diminution du temps d'hospitalisation a considérablement réduit le temps consacré aux soins directs. Les professionnels, paramédicaux et médicaux, ont précipité les processus de prise en charge tout en cherchant à maintenir la qualité et la sécurité des soins. Ce contexte modifie les formes de collaboration entre les professionnels de santé et ne laisse plus le temps à l'échange. Le fonctionnement des équipes est bouleversé. La notion d'activités de soins liées au coût, aux entrées et aux sorties continues de patients, influent en permanence sur l'organisation des soignants. Leur capacité d'adaptation est sollicitée quotidiennement.

Les médecins expriment leur attachement à la pratique clinique et attendent de l'organisation des soins qu'elle les libère des tâches afférentes aux soins. Ils portent un regard critique sur ce qui rend le système efficient et souhaitent que des professionnels de santé non médicaux s'intéressent à cette organisation. L'attrait des médecins pour leur discipline scientifique, leur obligation de formation conjuguée à l'affaiblissement de la démographie médicale les rendent peu disponibles pour les activités annexes aux soins. Dans ces circonstances, l'organisation des soins, selon le concept du parcours de soins, est déléguée aux professionnels paramédicaux et aux cadres de santé responsables des unités.

L'observation des organisations hospitalières montre que les dysfonctionnements apparaissent lors d'un transfert de patient d'une unité clinique à une autre, d'un déplacement vers les services médico-techniques ou d'un retour à domicile ; nous parlerons ici d'interface entre deux structures de soins organisées indépendamment l'une de l'autre. Ces interfaces représentent les points critiques de l'organisation, les zones à risques de non qualité et d'insécurité.

Dans cet environnement hospitalier, les soignants doivent préparer des transferts de patients dans un laps de temps court en assurant la sécurité et la qualité de la prise en charge, c'est-à-dire préparer le transfert en amont pour assurer le relais de la prise en

charge sans rupture en aval. Il s'agit donc d'assurer ces étapes successives constituant le parcours de soins du patient dans un milieu hospitalier. Or « les gains de productivité ou de performance d'une unité ou d'un collectif de travail se situent actuellement de plus en plus dans les interactions entre les membres d'un collectif de travail, dans la qualité des relations qu'ils entretiennent entre eux. La valeur ajoutée réside non plus dans l'addition de la valeur de chaque opération réalisée, mais dans les interfaces existant entre ces opérations. »<sup>2</sup>

Ces constats, issus en partie de l'expérience professionnelle, renvoient à la question centrale qui sera l'objet de l'étude :

**La prise en charge d'un patient selon la modélisation d'un parcours de soins n'implique-t-il pas la coordination des professionnels de santé ?**

Cependant, qu'en est-il aujourd'hui du parcours de soins, de son application dans le milieu hospitalier, de la coordination des acteurs de santé dans les établissements et quelles en sont les conséquences sur la qualité des soins?

Le principe du parcours de soins pourrait faire émerger un nouveau mode d'organisation permettant aux acteurs hospitaliers d'articuler leurs interventions pour répondre à une prise en charge courte en milieu hospitalier et favoriser le relais vers les soins en secteur ambulatoire. L'appropriation de la notion de parcours de soins par l'ensemble des soignants favorise le décloisonnement des pôles et prévient d'un fonctionnement balkanisé.

Si le directeur des soins a une place à occuper pour favoriser les relations de partenariat entre la ville et l'hôpital, il devra aussi s'assurer qu'un parcours de soins existe au sein de l'établissement, que la culture de l'entreprise favorise la fluidité des prises en charge en milieu hospitalier puis le suivi par des soins ambulatoires.

L'intérêt du parcours de soins réside dans la qualité et dans l'efficacité des soins, il implique une politique de soins en faveur de son développement. N'est-ce pas là une opportunité pour le Directeur des soins de favoriser le travail de coordination et en faire un axe managérial du projet de soins ?

---

<sup>2</sup> LE BOTERF G., 2003, construire les compétences individuelles et collectives, 2ème édition revue et augmentée, Paris, Editions d'organisation, p147



Pour tenter de répondre à cette question, l'étude s'intéresse au processus de prise en charge des patients. Elle s'attache à observer les articulations entre les services de soins de différentes disciplines. Les unités de soins sont choisies en suivant un parcours de soins en milieu hospitalier. L'enquête porte ainsi sur un Service d'Accueil et d'Urgences, un pôle de chirurgie et deux services de Soins de Suites et de Réadaptation.

La rédaction du document débute par la clarification des concepts, donnant un cadre commun de réflexion. Elle se poursuit par la présentation de la méthodologie et les terrains observés. La troisième partie constate et analyse les résultats de l'étude de terrain. Elle trouve sa traduction dans des propositions de projet à l'initiative du Directeur des soins.

# 1 Le parcours de soins, une logique sous tendue dans les organisations

Notre système de santé se modifie progressivement avec les avancées médicales, l'évolution des dépenses de santé et le profil des usagers. Ainsi, pour répondre à ces nouveaux besoins et aux impératifs budgétaires, les modalités de prise en charge des patients se sont organisées pour rendre le système de santé plus efficient, plus performant. Des modes d'organisations se sont structurés autour de concepts comme les réseaux de soins, les filières de soins, le chemin clinique, augmentant la nécessité de coordination entre professionnels. Aujourd'hui nous parlons de parcours de soins, qui semble être un processus de prise en charge des patients respectant une trajectoire fluide et sans obstacle.

La littérature portant sur le parcours de soins fait référence à plusieurs concepts qu'il importe de développer pour mieux en comprendre le sens et adopter un cadre de référence commun. Parmi ces concepts, citons la filière de soins, qui fait plus particulièrement référence à la prise en charge des personnes âgées. La pathologie cancéreuse quant à elle, nous amène à la notion de réseau de soins. Enfin, nous parlons de parcours de soins dans le cas de la pathologie chronique. Mais qu'en est-il des patients ne répondant pas à ces critères, parle-t-on alors de trajectoire de soins ?

## 1.1 La trajectoire, un terme d'action

Le mot trajectoire vient du latin *trajectum*, de *trajicere*, traverser : courbe décrite par un point en mouvement par rapport à un repère donné.<sup>3</sup> La trajectoire représente le déplacement d'un lieu vers un autre, sans description d'étapes successives. Le patient hospitalisé suit un cheminement et se déplace dans l'établissement selon les soins requis par sa pathologie et l'évolution de son état de santé.

## 1.2 Le réseau de soins, premier vecteur d'une relation ville-hôpital

Ce type d'organisation s'est développé de manière informelle dès les années 80 avec l'apparition du Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), mais les textes fondateurs du réseau de soins sont les ordonnances d'avril 1996<sup>4</sup>. Depuis 2002, le terme de réseau de santé est privilégié car il intègre la dimension éducative et préventive.

Les réseaux de santé sont des entités juridiques et sont définis par P. Larcher et P. Poloméni comme : « *le regroupement volontaire de plusieurs personnes ou pôles de*

---

<sup>3</sup> Dictionnaire Larousse

<sup>4</sup> MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITE. Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée [en ligne]. Journal officiel, n°98 du 25 avril 1996.[visité le 10.01.2013]

*compétences en vue de répondre à un besoin de santé publique identifié sur une aire géographique déterminée. »<sup>5</sup>*

Ce que nous pouvons retenir de cette définition, c'est le caractère volontaire de la démarche. Nul ne peut obliger des professionnels de santé à adhérer à un réseau de soins. Cette distinction est importante car elle peut être un obstacle à la coordination d'un parcours de soin. Ce volontariat est aussi un des facteurs de vulnérabilité des réseaux, un frein à leur pérennité.

Les réseaux ont trois objectifs :

- permettre que des professionnels travaillent ensemble à la prise en charge d'une maladie ;
- coordonner les soins en permettant des échanges entre les professionnels ;
- favoriser une prise en charge globale du patient.

Le rôle des réseaux est donc de permettre la coordination autour du patient pour assurer la continuité des soins. Il représente un lien entre le milieu de vie quotidien du patient et l'hôpital.

### **1.3 La filière de soins une approche de complémentarité**

L'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) définit la filière comme l'ensemble des activités complémentaires qui concourent, d'amont en aval, à la réalisation d'un produit fini. Si on transfère ce concept au domaine du soin, on peut dire qu'une filière de soins est un ensemble d'activités complémentaires qui concourent d'amont en aval à la prise en charge d'un patient. Elle apparaît dans la mise en œuvre des ordonnances du 24 avril 1996 relative à la maîtrise des dépenses de santé.

L'approche par filière de soins prend forme avec la circulaire du 18 mars 2002 sur la prise en charge des personnes âgées : « La trajectoire de soin des personnes âgées, notamment des personnes âgées fragiles, doit pouvoir s'inscrire dans une filière de soins gériatrique offrant un panel de ressources adaptées à leurs besoins. A tous ses niveaux, l'accent est mis sur l'importance d'une articulation ville-hôpital et d'un travail en réseau qui conditionne une utilisation optimale de cette filière. Enfin, sont précisées les conditions de mise en œuvre de ce dispositif visant à une politique coordonnée de soins gériatriques ».<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup>LARCHER P., POLOMENI P., 2001, La santé en réseaux : objectifs et stratégie dans une collaboration ville-hôpital, Paris, Edition Masson, 186 p.

<sup>6</sup> DIRECTION GENERALE DE L'HOSPITALISATION ET DE L'OFFRE DE SOINS. Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique. Non parue au journal officiel

Une filière se construit autour d'un partenariat au travers de conventions établies entre établissements, structures intra et extrahospitalières sur un territoire de santé répondant aux besoins spécifiques du patient. Elle doit garantir un parcours sans rupture et une prise en charge adaptée à la situation de santé de la personne. Les filières de soins ont donc pour objectif d'articuler différentes structures de soins selon le niveau de santé gradué des patients.

Le concept de réseaux tels que la filière fait appel à une coordination d'acteurs pour guider et accompagner un patient dans les dédales d'un système de soins complexe. Ces réseaux visent à assurer la continuité des soins entre la ville et l'hôpital. Ils permettent à la personne malade d'emprunter une trajectoire selon un parcours de soins déterminé par la maladie ou la graduation de la situation de santé en tenant compte du contexte environnemental et social de la personne.

En parallèle, les établissements de santé ont mis en place des organisations efficaces par profil type de patients aux pathologies peu complexes. Elles correspondent à la formalisation de chemins cliniques.

#### **1.4 Le chemin clinique, une organisation par pathologie**

Cette approche a pour objectif l'amélioration de la qualité des soins. Elle s'applique pour la prise en charge de patients ayant un profil de pathologie identique. L'élaboration d'un chemin clinique s'appuie sur des connaissances scientifiques et des pratiques professionnelles reconnues. Il s'agit de déterminer les interventions nécessaires pour répondre à la situation de santé des patients, de décrire chaque acte de soins diagnostique, thérapeutique et/ou chirurgical dispensé selon une succession d'étapes clairement identifiées.

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS) « le chemin clinique est centré autour du patient, il a pour but de décrire, pour une pathologie donnée, tous les éléments du processus de prise en charge en suivant le parcours du patient. Cette méthode vise à planifier, rationaliser et standardiser la prise en charge pluridisciplinaire de patients présentant un problème de santé comparable. Elle repose sur la description d'une prise en charge optimale et efficace à partir des recommandations professionnelles. »<sup>7</sup>

Cependant, le chemin clinique ne s'intéresse pas aux situations de soins complexes qui nécessitent une prise en charge atypique et demandent une approche personnalisée. Pour ces patients non éligibles à une prise en charge selon le modèle du chemin clinique,

---

<sup>7</sup> HAUTE AUTORITE DE SANTE. Le chemin clinique [03 août 2013], disponible sur internet : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/chemin\\_clinique\\_fiche\\_technique\\_2013\\_01\\_31.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/chemin_clinique_fiche_technique_2013_01_31.pdf)

de la filière de soins ou d'un réseau de soin, nous pouvons alors évoquer le terme de parcours de soins.

## **1.5 Le parcours de soins comme paradigme de la prise en charge des patients**

Ces modes d'organisation que sont les réseaux de soins, les filières de soins ou les chemins cliniques ont tous pour objectif de fluidifier la prise en charge des patients par le biais d'une coordination pluri professionnelle.

Leur mise en place tente de répondre à un manque de relais de communication susceptible d'allonger les délais d'intervention des professionnels et de favoriser des incohérences dans la poursuite des soins, donc de devenir une perte chance pour le patient. Le principe de fonctionnement sous-jacent dans ces organisations s'apparente à l'élaboration et le suivi d'un parcours de soins.

Le parcours de soins est à distinguer du parcours de santé qui s'étend à des démarches préventives et du parcours de vie qui fait référence aux grandes étapes de la vie d'un individu de sa naissance à sa mort.

Le parcours de soins est donc la trajectoire d'une personne dont l'état de santé est altéré.

### **1.5.1 Passer d'une logique séquencée à une logique de parcours**

Le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) a soumis sa réflexion au débat public sous forme d'une note qui souligne l'intérêt de « *passer d'une médecine pensée comme une succession d'actes ponctuels et indépendants à une médecine dite de parcours* ». Pour le HCAAM « *la recherche d'une qualité soignante et sociale globale, c'est-à-dire axée sur l'ensemble du parcours de soins, constitue une orientation centrale pour tout le système soignant* »<sup>8</sup>.

L'augmentation constante des dépenses de santé, malgré la nécessité de les réduire pour maintenir un système de prise en charge solidaire en France, amène les pouvoirs publics à considérer le concept de parcours de soins comme un processus à développer.

Par ailleurs, les besoins de la population ont évolué avec l'avancée considérable des thérapeutiques médicales et chirurgicales. Elle a fait naître un accroissement des maladies chroniques, un allongement de notre espérance de vie et par là même une progression des degrés de handicap et de dépendance. Dans ce contexte, les patients

---

<sup>8</sup> HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE, mars 2012, Avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM, MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, ET DE LA SANTE, 31 p.

atteints de maladies chroniques et/ou de handicap n'envisagent pas d'être tributaires et résidents permanents du milieu hospitalier. Ils aspirent à poursuivre leur vie à domicile tout en bénéficiant de soins en temps voulu.

De plus, la loi HPST et la tarification A l'Activité (T2A) ont été des mesures incitatives à la réduction des durées d'hospitalisation et à une modification de l'organisation des établissements de soins pour réguler les dépenses. Elles obligent à sortir de l'hospitalo-centrisme pour aller au devant des professionnels de santé exerçant en ville.

Le parcours de soins apparaît avec la loi n 2004-810 du 13 août 2004 relative à la réforme de l'assurance maladie. Elle aborde comme un des moyens de réduction des dépenses le parcours de soins coordonnés, avec pour corollaire l'implantation du dossier médical personnel et le développement de la coordination ville-hôpital. Ce dossier médical personnel est un dossier numérisé, appartenant au patient et contenant son suivi médical. Il est accessible par l'utilisateur lui-même et par les professionnels de santé avec l'accord du patient. C'est un outil de coordination de prise en charge médicale. La notion de parcours de soins coordonnés attribuable au médecin traitant confère à celui-ci un rôle pivot de référent du patient. Cette référence médicale devrait réguler les prescriptions inutiles ainsi que les consultations spécialisées auto prescrites et inappropriées.

Progressivement, pour sortir d'une prise en charge séquentielle, la notion de parcours de soins s'impose dans les volontés politiques ; La Ministre de la Santé, dans le pacte de confiance pour l'hôpital, du 4 mars 2013, s'exprime ainsi : « *La stratégie nationale de santé, c'est un choix, celui de réorganiser notre système de santé autour du patient, et de structurer une médecine de parcours... Il faut organiser; enfin, notre système de santé pour assurer à chaque usager la bonne prise en charge, par le bon professionnel de santé, dans la bonne structure, au bon moment. Le monde hospitalier doit prendre toute sa part de responsabilité dans cette stratégie.* »<sup>9</sup>

## **1.6 Un processus de prise en charge du patient en milieu hospitalier**

Un parcours de soins s'analyse au regard d'un processus. En effet, l'entrée d'un patient dans un établissement de santé l'amène à suivre un chemin au cours duquel il rencontre des professionnels aux activités définies. Développer le terme de processus dans le milieu hospitalier, c'est faire référence à la qualité et à la sécurité des soins tout au long du parcours de soins du patient. Ce mot, processus, signifie aller vers l'avant, avancer. Il donne une dynamique et du sens à la prise en charge des malades. Il est également à l'origine du mot procédure qui désigne plutôt la méthode d'organisation, la stratégie du

---

<sup>9</sup> Pacte de confiance

changement. Autrement dit, le processus répond à la question « que faire ? », tandis que la procédure répond à la question « comment faire ? ». Ainsi, selon le concept du processus, le parcours de soins en milieu hospitalier commence à l'entrée du patient en hospitalisation et se termine à la sortie de celui-ci.

L'accueil du patient pour une hospitalisation s'effectue soit à partir du service des urgences, soit au décours d'une consultation externe, soit directement dans l'unité de soins lors d'une entrée programmée.

Durant son séjour le patient subit différents examens complémentaires nécessaires à un traitement chirurgical ou médicamenteux. Ainsi, selon la thérapeutique adoptée, le malade suit un parcours de soins transitant par les services médico-techniques, le bloc opératoire, les unités d'hospitalisation voire même, si la situation de santé est complexe, le service de réanimation pour une surveillance continue.

A la fin de son hospitalisation, c'est à dire après la phase aiguë de la maladie, le patient peut être orienté vers un service de soins de suite et de réadaptation, vers un centre de convalescence ou vers son domicile. Dans ce dernier cas, il bénéficie selon son degré d'autonomie, d'aide aux soins de la vie quotidienne ou de soins dispensés par le personnel libéral.

Cet itinéraire suivi par le patient répond à une logique de parcours de soins en milieu hospitalier, à un processus de prise en charge dans lequel plusieurs unités de soins, les services médico-techniques, les services logistiques et les services administratifs sont impliqués. Ce parcours de soins correspond à une modification du mode d'accompagnement des usagers dans leur maladie et leur état de santé. Elle implique de sortir d'un fonctionnement cloisonné des structures de soins, d'amplifier le travail en commun pour une logique transversale et interagit, de ce fait, sur les frontières des pôles. Le parcours de soins dépasse le soin clinique et technique, il apparaît comme un itinéraire fait d'étapes sans rupture de la prise en charge où les interventions des professionnels de santé s'articulent et se coordonnent autour de la problématique de santé des patients.

Mais, au-delà d'un processus, le parcours de soins ne peut exister et être mis en mouvement que par les acteurs de la prise en charge. Dans les hôpitaux, les acteurs de santé sont des professionnels reconnus par des métiers inscrits dans le code de la santé publique et ayant bénéficié d'une formation qualifiante. Tous ont un objectif de soins centré sur le patient au regard de leur expertise. La spécialisation de la médecine a amené ces professionnels à élargir leurs champs de compétences, leurs expertises avec

pour conséquences une démultiplication des postes spécifiques de travail. L'hyperspécialisation conduit à parcelliser les soins. Ce phénomène, malgré l'amélioration des compétences professionnelles, scinde la prise en charge des patients et fait perdre l'approche globale du soin.

Cependant, dans ce contexte où les parcours de soins sont devenus complexes, l'ensemble des intervenants peut maintenir un accompagnement individualisé et personnalisé des patients par des actions collectives et coordonnées.

## **1.7 La coordination pour mettre en mouvement le parcours de soins**

Au sein d'une organisation, « la plupart des activités humaines ne sont pas des activités individuelles et solitaires : elles sont le produit des actions concertées et coordonnées de plusieurs personnes » (Romelaer, 2002)<sup>10</sup> Concertation et coordination ne peuvent donc se faire sans une étroite collaboration entre les acteurs concernés.

Le rapport de 2012 de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) souligne l'idée que l'hyperspécialisation favorise le cloisonnement des unités de soins. A cela s'ajoute, avec l'hyperspécialisation médicale, la complexification des parcours de soins et une augmentation du rythme d'accueil des patients en milieu hospitalier. Ce constat amène à concevoir d'autres modes d'organisation et à faire évoluer la coordination de la multiplicité des intervenants. Il faut donc articuler les professionnels de santé, fédérer les équipes des différents services autour d'objectifs communs pour donner une cohérence à la prise en charge des patients.

Nous pouvons ainsi nous interroger sur la manière de travailler non pas en succédant à une autre équipe experte spécialisée mais en étant en cohérence avec celle-ci. Avec pour objectif final d'avoir, malgré l'expertise et le temps d'intervention réduit auprès du patient, une vision générale et globale de son parcours de santé tant en amont qu'en aval. Comment rendre au patient son entité tout en donnant aux soignants leur place dans la prise en charge ? Chaque professionnel a au sein de l'équipe une place qu'il ne doit pas occuper au détriment des autres. Cette phrase exprime l'idée que chaque professionnel à une expertise reconnue par sa formation, son métier et qu'à ce titre il doit être entendu par l'équipe, mais que les autres membres de ce groupe ont également une place avérée. Le partage des connaissances et des savoir-faire est essentiel dans un travail de coopération.

---

<sup>10</sup> WACHEUX F., facteur influençant la collaboration interprofessionnelle : cas d'un hôpital universitaire [03 août 2013] disponible sur internet : [http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/17/03/57/PDF/article\\_3fevfinal.pdf](http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/17/03/57/PDF/article_3fevfinal.pdf)



La coordination suppose une fluidité dans l'accueil et le suivi des patients. Elle implique un mécanisme d'engrenage des actions, où chaque tâche en suit une et en précède une autre. Ces successions doivent être fluides et sans rupture pour assurer au patient un parcours de soin qualitatif.

Aborder la santé sous l'angle du parcours de soins induit la coordination des professionnels exerçant leur activité dans les établissements de santé, les établissements médico-sociaux et le secteur libéral.

Anne-Claude GRIESSER définit la coordination comme un mécanisme d'organisation des soins, un processus qui vise à assurer la continuité des soins et à favoriser les liens entre les unités de soins. Elle reprend le modèle de CONTANDRIOPOULOS pour décrire trois niveaux de coordination inhérents au degré de complexité de la situation de santé et de la stabilité du patient.

Tableau 1 : Les niveaux de coordination des soins

Coordination séquentielle	Enchaînement d'actions successives, chaque professionnel intervient l'un après l'autre. Correspond aux situations de faible incertitude et à la résolution de problèmes ponctuels. Ex : le chemin clinique
Coordination réciproque	Situations avec interactions de plusieurs spécialités. Prise en charge de patient en urgence.
Coordination collective	Responsabilité conjointe de la prise en charge du patient. Situations complexes dont l'évolution est incertaine. Maladies chroniques, cancéreuses qui requièrent l'expertise de plusieurs spécialités médicales.

Source : intégration des soins : dimensions et mise en œuvre (Contandriopoulos et al, 2001)<sup>11</sup>

Pour ZARIFIAN P., la coordination est la version « faible » de la coopération, elle correspond à un ordonnancement des actes de travail dont la responsabilité n'est pas partagée. Cette version faible répond « à des organisations en « flux tendus »...« en juste à temps », qui sont des organisations au sein desquelles on a ajusté au plus juste les passages de relais sans modifier de façon substantielle les rôles et l'espace d'accueil de chacun. »<sup>12</sup>

<sup>11</sup> GRIESSER A.C., 2010, Petit précis d'organisation des soins interdisciplinarité, Rueil-Malmaison, Edition Lamarre, 206 p

<sup>12</sup>ZARIFIAN P., 1998, travail et communication, collection sociologie d'aujourd'hui, 2<sup>ème</sup> édition, Paris, Edition Presse Universitaire de France, 224 p.

Quant à la version « forte » de la coopération, ZARIFIAN P., la décrit comme une dynamique de co-construction qui permet d'établir « des accords solides sur :

- La nature des problèmes à traiter et des savoirs à développer,
- Les objectifs,
- Le sens donné aux actions,
- Les implications subjectives des individus qui agissent ensemble ».

Les notions de sens et de subjectivité donnent une dimension émotionnelle à la coordination, elles dépassent la description d'un processus pour la traduire en relations humaines.

Si la coordination peut induire de la dépendance à l'autre, on peut la percevoir comme un mode organisationnel où chacun a un rôle et fait ce qu'il doit faire. La coopération est, outre un partage des tâches, un échange sur le bien fondé de l'action ou non.

Ces concepts de coordination, bien que définis de manières différentes par les deux auteurs, ne sont pas antinomiques. Ils se complètent en ce sens que l'un gradue la coordination et permet, après analyse des organisations de soins, de comprendre les différences de fonctionnement des professionnels et que l'autre approche la coordination sous l'angle de la relation entre les individus au travail et de leur degré d'échange.

Ces concepts nous amènent, dans une organisation hospitalière, à nous poser les questions suivantes :

- Le parcours de soins ne ressemble t-il pas davantage à une coordination des acteurs qu'à une coopération ?
- Une coordination sous forme de succession de tâches suffit-elle dans le cadre d'une approche par le parcours de soins ? Une coopération n'est-elle pas dans ce cas plus pertinente ?

Ainsi, si la coordination conduit à une description et une organisation parcellaire des soins sans véritable préoccupation pour le professionnel qui prendra le relais, nous pouvons nous interroger sur le sens donné par les professionnels de santé aux soins prodigués.

Par ailleurs, la coordination des acteurs en milieu hospitalier fait appel à la transversalité, c'est-à-dire à l'interprofessionnalité et la pluridisciplinarité. Aborder l'angle de la pluriprofessionnalité permet de comprendre que les établissements de santé travaillent avec des personnes issues de différents métiers, bénéficiant d'une autonomie liée à leur qualification qui leur confère une responsabilité propre. La pluridisciplinarité fait appel à un

panel de spécialisations médicales qui se complètent dans les prises en charge des patients où les professionnels développent une expertise.

Dans cet environnement, la HAS (Haute Autorité de Santé) s'appuie sur les orientations de la loi "Hôpital, Patient, Santé, Territoire " pour promouvoir un parcours de soins avec une prise en charge continue intra et extrahospitalière des patients. Ce parcours de soins se doit d'être respectueux des bonnes pratiques, adapté à chaque situation et composé de différentes interventions coordonnées.

Pour la HAS, il en ressort trois enjeux essentiels :

- Evoluer vers une gestion prospective et coordonnée de la prise en charge passant par une juste articulation des professionnels entre eux.
- Harmoniser les pratiques autour des points critiques du parcours de soins tout en prenant en compte la nécessaire personnalisation des prises en charge.
- Favoriser la participation et l'implication du patient dans sa prise en charge.<sup>13</sup>

La mise en place d'un dispositif centré sur le parcours de soins bouscule l'organisation sans son ensemble et la faire évoluer implique plus qu'une coordination, une coopération des acteurs est nécessaire pour faire bouger les frontières des métiers et des unités de soins. Ce changement induit insécurise les agents en modifiant leurs repères de fonctionnement, leur champ d'autonomie leur semblant menacé.

Pourtant la HAS s'appuie également sur les Enquêtes Nationales sur les Evènements Indésirables liés aux Soins (ENEIS de 2005 et 2009), pour corroborer l'idée que le véritable travail d'équipe est un gage de sécurité et de qualité des soins.<sup>14</sup>

C'est à la lumière d'expériences professionnelles, d'enquêtes centrées sur des entretiens auprès des usagers et des professionnels de santé d'établissements hospitaliers que cette étude dresse l'état actuel de l'intégration de la coordination dans les pratiques professionnelles dans le cadre du parcours de soins.

---

<sup>13</sup> HAUTE AUTORITE DE SANTE. Maladies chroniques, parcours de soins [03 août 2013], disponible internet : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r\\_1501098/fr/maladies-chroniques-parcours-de-soins](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1501098/fr/maladies-chroniques-parcours-de-soins)

<sup>14</sup> HAUTE AUTORITE DE SANTE. La HAS déploie PACTE, un programme autour du travail d'équipe [22 juin 2013], disponible sur internet : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1601344/fr/la-has-deploie-pacte-un-programme-autour-du-travail-en-equipe?xtmc=&xtcr=2](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1601344/fr/la-has-deploie-pacte-un-programme-autour-du-travail-en-equipe?xtmc=&xtcr=2)

## **2 Le parcours de soins et la coordination dans le monde hospitalier**

### **2.1 Méthodologie utilisée**

Les enquêtes se sont déroulées dans des unités de soins au cœur de l'activité hospitalière, c'est-à-dire sur le lieu même de l'accueil des patients. Les investigations se sont réalisées au sein de trois établissements de santé différents, deux centres hospitaliers généraux et un centre hospitalier universitaire. Afin d'identifier la coordination des professionnels dans le cadre d'un parcours de soins en milieu hospitalier, nous avons choisi de sélectionner des services de soins significatifs.

Nous retrouvons ainsi le retour de professionnels de santé pour:

- 6 infirmiers travaillant dans un service d'accueil et d'urgences,
- 1 cadre de pôle, 1 cadre de santé, 3 infirmiers travaillant au sein du pôle de chirurgie organisé en filière de prise en charge,
- 1 cadre de pôle, 4 infirmiers, 2 cadres de santé, 1 cadre supérieur assistant social, une assistante sociale et 2 médecins, dans deux services de SSR (soins de suite et de réadaptation) digestive et cardiovasculaire, intégrés dans deux pôles différents, appartenant à un même groupe hospitalier universitaire.

Pour être au plus près de la problématique et du vécu des patients, nous avons effectué des entretiens auprès de cinq patients hospitalisés en SSR cardiovasculaire et cinq autres en SSR digestive. L'intérêt de cette enquête dans les services de soins de suite était de recueillir des informations sur l'intégralité d'un parcours de soins en milieu hospitalier, d'identifier les dysfonctionnements aux interfaces des unités de soins. La recherche a porté sur des patients adultes n'entrant pas dans une filière gériatrique.

Par ailleurs, un établissement m'a transmis des plaintes de patient et des fiches d'évènements indésirables faisant référence à une continuité des soins considérée comme défailante par l'usager.

Une méthode d'investigation portant sur des entretiens semi-directifs a été choisie. Cette méthode consiste, en partant de thèmes prédéfinis par l'objet de recherche, à conduire des entrevues sans utiliser de questions fermées. Elle permet une expression moins contrainte de l'interviewé, lui laisse la place de la réflexion et diminue les risques de réponses systématisées. Cette méthodologie d'enquête présente donc l'avantage de libérer la parole des personnes interrogées, de permettre la reformulation et de favoriser les échanges pour les enrichir.

Ainsi, pour être fidèle à la méthodologie de l'enquête par entretiens semi-directifs, un guide a été élaboré, reprenant le thème de la coordination et du parcours de soins (Annexe I), avec pour objectif de mettre en évidence la représentation du parcours de soins pour les acteurs hospitaliers, les actions réalisées qui leurs permettent d'exprimer qu'ils sont inscrits dans une dynamique de parcours de soins et les obstacles à la coordination entre les services de soins. L'objectif était également de déterminer si nous étions dans un contexte de coordination ou de coopération.

Enfin, pour répondre à la question centrale du mémoire professionnel, au vu des cadres conceptuels de référence et des guides d'entretiens élaborés, les résultats de l'enquête ont été analysés autour des thèmes suivants :

- Patient au cœur du dispositif
- Organisation des soins
- Professionnels de santé
- Coordination ou coopération
- Outils et méthodes de prise en charge continue

## **2.2 Limites de l'étude**

La méthodologie utilisée éclaire les modes d'organisation et illustre le parcours de soins mais elle n'explique pas les causes profondes des obstacles à un parcours fluide et à une coordination efficace.

Durant la progression de l'enquête, nous mettons en évidence la complexité des établissements de santé et l'importance du périmètre des champs à étudier pour construire des parcours de soins personnalisés. Les professionnels de santé nous livrent des éléments factuels d'obstacles à la fluidité des prises en charge de patients, mais l'étude ne permet pas de les analyser dans leur ensemble. C'est dans ce contexte que nous avons recentré nos investigations sur les éléments d'une coordination des professionnels dans le cadre d'un parcours de soins.

La sélection des patients a été faite par les cadres de santé et les médecins des unités : aucun malade choisi ne présentait de troubles cognitifs. Ceci peut être un biais aux résultats relevés lors de l'enquête.

Interroger des patients sur un temps déterminé de leur hospitalisation, sans connaître les informations qui leur ont été transmises, ne permet pas de discerner si le problème appartient à l'organisation infirmière ou si le malade est en situation de non acceptation de sa maladie, donc en situation de rejet de l'information donnée.

## 2.3 Une expérience, un service d'accueil et d'urgences

Cette étude s'intéresse à l'interface entre un service d'accueil et d'urgences et une unité d'hospitalisation de très courte durée, dans un établissement de santé de 476 lits MCO situé dans une région en pleine expansion démographique. Elle a permis de mettre en évidence comment l'absence de coordination peut engendrer une rupture dans le parcours de soins du patient et devenir un critère de non qualité de la prise en charge. Par ailleurs, l'éloignement géographique de ces deux unités complexifie le relais de la prise en charge.

L'unité d'hospitalisation de très courte durée (UHTCD) a pour mission d'accueillir des patients dont l'hospitalisation doit être comprise entre 24 et 48h. Les patients arrivent dans ce service principalement en fin d'après-midi et la nuit. Ils sont tous en phase aiguë de leur maladie. Leur hospitalisation dans cette unité répond à plusieurs indications :

- Absence de place dans un service spécialisé correspondant à la pathologie du patient.
- Nécessité d'une hospitalisation de 24 heures pour une surveillance ou un traitement court.
- Patient au diagnostic médical indéterminé ou non clarifié.

Les patients sont hospitalisés dans l'unité d'hospitalisation de très courte durée sur avis médical après leur passage à l'accueil des urgences. Ainsi deux équipes distinctes, l'une afférente à la zone d'accueil des urgences, l'autre à la zone de surveillance de très courte durée, mais dépendantes toutes deux du même secteur de soins, prennent en charge le patient.

Dans le fonctionnement de l'UHTCD, on perçoit une rupture dans la continuité des soins avec la zone d'accueil des urgences : la transition entre ces unités se solde par des pertes et/ou insuffisances d'informations médicales et paramédicales. Les infirmiers illustrent ces données en parlant de dossiers incomplets qui les obligent à rappeler les urgences pour poursuivre la prise en charge et appliquer les prescriptions médicales. Ils signalent aussi le manque d'éléments sur la situation sociale du patient. L'équipe de l'UHTCD souligne qu'elle n'a plus l'entourage familial pour évaluer l'environnement du patient et ses conditions de vie. Ce sont des données primordiales qui devraient être recueillies lorsqu'il s'agit d'une personne n'ayant pas ses facultés de raisonnement. En fait, pour répondre à la mission de l'UHTCD, l'équipe paramédicale doit recueillir le plus de données possibles afin d'analyser rapidement la situation de santé du patient. Cette analyse permet d'organiser dans un délai de 24h à 48heures, le transfert ou la sortie du patient.

En zone d'accueil des urgences, l'équipe paramédicale assure les soins pour environ 120 patients par jour, contre 12 personnes hospitalisées en UHTCD, avec une problématique majeure de disponibilité de lits d'hospitalisation donc d'encombrement en fin d'après-midi.

Ces deux secteurs d'activités, différents par leurs organisations, le profil de leurs patients et de surcroît éloignés géographiquement, ont une vision parcellaire du SAU et rompent la continuité des soins par le transfert non organisé, non attendu dans l'unité d'aval. Pour le personnel des urgences, l'UHTCD est perçu comme une aide à la fluidification du flux des patients : il souhaite que le malade soit conduit dans le service d'aval dès que la décision médicale est prise.

Ainsi l'équipe d'accueil des urgences oppose l'afflux imprévu et important des patients pour justifier une hospitalisation, sans délai ; quant à l'équipe de l'UHTCD, elle argumente sur l'impératif besoin de temps pour accueillir le patient, prendre connaissance de son état de santé et appliquer les prescriptions médicales, avant d'accepter l'hospitalisation d'autres patients. Cette présentation met en lumière le cloisonnement de deux unités de soins d'un même pôle, où chaque professionnel revendique ses impératifs de travail avec un sentiment d'incompréhension des collègues du service voisin. Ces deux services appartenant à un même pôle fonctionnent comme deux entités distinctes, les équipes paramédicales n'ayant qu'un contact téléphonique.

A contrario, du fait de son planning de travail qui offre une permutation de poste régulière entre le service d'accueil des urgences et l'UHTCD, l'équipe des médecins urgentistes ne partage pas cette vision. D'ailleurs, les infirmiers avouent se servir des médecins comme médiateurs.

Ce pôle ne présente pas de formalisation de l'organisation des soins. Des fiches de postes propres à chaque unité existent, mais elles se juxtaposent et aucun lien de coordination entre les professionnels n'y est décrit. Ces deux équipes sont préoccupées par leurs missions, la situation géographique ne leur permet pas de rencontrer leurs collègues dans leurs activités quotidiennes, ce qui nuit en partie à la prise en charge coordonnée des patients. Cette interface entre les deux unités peut être identifiée comme une zone à risques avec perte de qualité des soins. Les temps d'attente du patient dans le SAU sont augmentés et les temps de soins dans l'UHTCD sont allongés. Nous pouvons repérer une première rupture dans le parcours de soins du patient en milieu hospitalier, lié à un manque de coordination professionnelle.

Face à l'insatisfaction commune, les équipes évoquent l'idée d'élaborer des règles communes de fonctionnement. Elles proposent également, à l'instar des médecins, d'organiser une mobilité du personnel par une rotation sur les postes des différentes unités de soins, à savoir l'UHTCD et le SAU.

Un autre point a retenu notre attention : il concerne le mécontentement des infirmiers de l'UHTCD face à l'hospitalisation d'un patient au-delà de 48 heures. L'équipe ne comprend pas pourquoi les médecins des services d'aval ne s'organisent pas pour accueillir un patient relevant de leur spécialité.

Nous ressortons de cette réflexion l'incompréhension et le manque de connaissance du fonctionnement des autres unités. Nous avons l'impression de retrouver un cloisonnement par missions et spécialités de services.

Pour poursuivre cette réflexion de coordination entre les professionnels des unités de soins selon le paradigme du parcours, l'étude s'étend sur deux établissements de santé, un centre hospitalier de référence sur son territoire et un centre hospitalier universitaire.

Ce service se situe à un niveau de coordination réciproque. Les situations des patients correspondent à des incertitudes quant à l'évolution de leur pathologie. Cette instabilité et ce mouvement important de patients confèrent aux professionnels de l'attention soutenue source de stress. Mal placé, et n'apporte pas grand chose...

## **2.4 La filière chirurgicale, centre d'une organisation hospitalière**

Le Centre hospitalier étudié est un établissement public de santé intercommunal de référence de 1419 lits et places dont 731 lits MCO (médecine, chirurgie, obstétrique). Les activités de l'établissement sont organisées autour de 7 pôles cliniques et médico-techniques et 4 pôles administratifs. Le vieillissement de la population du bassin géographique couvert, les pathologies et les modes de prises en charge spécifiques au grand âge impactent fortement l'activité de l'hôpital. La durée moyenne de séjour est de 4,7 jours.

L'établissement participe à différents projets relatifs à l'offre de soins et à la prise en charge des patients. Ainsi l'ouverture d'un nouveau bâtiment médico-chirurgical est-elle prévue pour le second semestre 2014. Dans ce cadre, l'hôpital prépare le transfert et la mise en service de l'ensemble des activités de médecine polyvalente et spécialisée ainsi qu'une extension de la chirurgie ambulatoire vers les nouveaux locaux.



Un projet architectural est l'opportunité pour un établissement de santé de reconsidérer ses organisations pour les adapter aux attentes et aux besoins de santé. Cet hôpital élabore ainsi un modèle d'organisation centré sur le parcours patient en s'appuyant sur le modèle déjà existant de sa filière chirurgicale.

En effet, la chirurgie a supprimé depuis 3 ans ses unités de soins spécialisées pour les configurer au regard du mode d'entrée des patients. Ce pôle comprend 59 lits répartis en 5 secteurs, certains d'entre eux étant dédiés à la chirurgie spécialisée. A ce jour, il existe un service dit de « post-urgences » qui accueille les malades venant des urgences et dont l'hospitalisation n'a donc pas été programmée. Les patients restent hospitalisés dans cette unité jusqu'à leur sortie prononcée par le chirurgien spécialisé. Les autres services prennent en charge les patients pour une intervention chirurgicale programmée. On y trouve :

- deux services d'hospitalisation conventionnelle à temps plein, l'un d'entre eux étant centré sur les patients aux situations de soins complexes.
- un service d'hospitalisation de semaine.
- un service d'hospitalisation de jour.

L'objectif de ce dispositif en filière est d'adapter la capacité d'accueil au profil des patients, de développer une prise en charge homogène et adaptée au mode d'admission des malades.

Dans ce fonctionnement de pôle chirurgical, les cadres de proximité assurent le lien entre les différentes unités d'hospitalisation. Ils ont développé une politique de mobilité interne au pôle et leur management est centré en partie sur la mutualisation des ressources humaines. Pour ce faire, les services ont des architectures et ergonomies semblables, de sorte qu'un infirmier peut travailler dans tous les secteurs du pôle sans perdre ses repères.

Mais, pour répondre à sa logique de filière, le secteur de chirurgie a, outre la modification des organisations de soins, opéré un redéploiement des effectifs pour créer de nouveaux postes de travail.

Des postes spécifiques d'infirmier de coordination, d'infirmier de programmation et d'infirmier de planification ont été déployés et attribués aux unités selon leur mission, au regard des profils de patient accueillis. Nous trouvons ainsi des postes d'infirmier de coordination au sein du service de post-urgences, d'infirmier de programmation dans le service d'hospitalisation de semaine et d'hospitalisation complète pour les patients programmés et d'infirmier de planification pour l'hôpital de jour.

Les agents qui occupent ces fonctions sont tous issus du pôle de chirurgie : ils alternent selon leur planning de travail, par journée, avec des activités de soins directs au patient. Ces infirmiers ne sont jamais affectés à ce poste plus de deux journées consécutives.

L'infirmier de coordination a pour missions d'aller à la rencontre des patients lorsqu'ils sont aux urgences, de les accueillir à leur arrivée dans le service de post-urgences, de constituer leurs dossiers et de prendre les rendez-vous d'examen avant de transmettre les informations et le relais de leur prise en charge à l'infirmier d'un des secteurs de soins. L'infirmier de coordination est l'interlocuteur unique des urgences, des médecins qui souhaitent faire admettre dans l'urgence leur patient de consultation ou des divers services d'hospitalisation et des médecins traitants pour une admission directe avec accord du chirurgien.

Cependant, cette organisation a dévié de son objectif initial : les infirmiers de coordination ayant un sentiment de travail inachevé quand l'ensemble des soins n'était pas réalisé à la transmission du patient à un collègue de secteur, ils ont progressivement augmenté leur périmètre d'intervention.

A ce jour, l'infirmier de coordination ne va plus aux urgences et réalise dans le service l'accueil de l'ensemble des patients arrivant dans le service. Les infirmiers trouvent ce poste épuisant et ce d'autant que leurs horaires de travail sont en corrélation avec le pic d'activité le plus important. Le second argument avancé correspond à une mauvaise collaboration entre le personnel des urgences et le service post-urgences.

Les infirmiers de coordination négocient l'heure d'arrivée des patients dans l'unité d'hospitalisation afin d'assurer la disponibilité du personnel pour l'accueil du patient. A leur grand regret, cette heure n'est pas toujours respectée par le service des urgences, ils « poussent » disent-ils en parlant des collègues du service d'amont.

Un autre argument non explicite mais relevé par le cadre de santé est le fait que ce poste est à un rôle de pivot dans l'organisation du service post-urgences : le personnel en responsabilité de cette fonction a le sentiment d'être en position de supériorité hiérarchique vis-à-vis de ses collègues.

Pour l'organisation des hospitalisations programmées, le pôle de chirurgie a mis en place des infirmiers dits de « programmation ». Les objectifs de ce dispositif sont de :

- fluidifier le parcours du patient entre son arrivée dans le service et son passage au bloc-opératoire,

- prévenir des obstacles potentiels à l'intervention, comme le manque de résultats d'examens ou l'arrêt de traitement anticoagulant.

Les infirmiers de programmation ont ainsi la responsabilité de vérifier la constitution des dossiers, d'appeler les patients la veille de leur intervention et de vérifier avec eux si les consignes préopératoires sont bien respectées en utilisant un questionnaire préétabli. L'heure d'intervention est communiquée au patient après vérification que celui-ci a bien compris l'intervention chirurgicale qu'il va subir et les suites opératoires à en attendre.

Cette fonction de programmation, occupée par les agents des unités de soins d'hospitalisation programmée, correspond à deux postes d'horaires différents sur la journée qui ne sont jamais occupés plus de deux jours consécutifs par mois par les mêmes professionnels. Pour les infirmiers rencontrés, cette fonction de programmation découpe les activités des professionnels en tâches identiques et répétitives, elle multiplie les interfaces soignantes. Toutefois, ce travail préalable à l'admission d'un patient allège la charge de travail des infirmiers à l'accueil de celui-ci. La rotation sur ce poste de travail leur permet d'être plus attentifs à la constitution des dossiers en vue d'anticiper les besoins des collègues qui prendront le relais.

Selon le cadre de santé, cette alternance entre l'unité de soins et le poste de programmation a pour inconvénient principal d'obliger de transmettre plus fréquemment et régulièrement les consignes mais aussi les protocoles de médecins.

Le poste l'infirmier de planification existe quant à lui uniquement dans le service de chirurgie ambulatoire. Cet infirmier programme l'heure d'accueil des patients, les examens complémentaires si besoin et répartit la responsabilité de la prise en charge des patients sur l'ensemble de l'équipe de soins. Il équilibre la charge de travail pour assurer la qualité de l'accueil et la sécurité des soins. Ce service fonctionne avec du personnel dédié à cette activité ambulatoire.

Cette organisation en filière requiert une polyvalence accrue des infirmiers : pour ce faire, les cadres de santé ont pris soin de mettre dans chaque unité de soins des professionnels ayant des compétences complémentaires dans les différentes spécialités chirurgicales. Intervenant dans les différentes disciplines, les infirmiers ont un champ de compétences chirurgicales générales. Ils peuvent assurer le remplacement de leurs collègues sur l'ensemble des postes du plateau chirurgical.

Les infirmiers expriment leur satisfaction à être mobiles sur le pôle, ils disent mieux appréhender la situation des patients, être plus performants dans le suivi et les conseils à leur donner. Ils ont une connaissance plus approfondie de la discipline, leur travail est varié et sans routine. Les infirmiers disent retrouver du sens à leur travail avec des valeurs de solidarité et de travail d'équipe en général. Cette solidarité doublée d'une polyvalence de personnel est appréciée par le cadre qui peut aisément modifier les postes d'affectations lors des arrêts maladies ou en cas de répartition inégale des charges de travail.

Dans tous les entretiens avec les cadres de santé et les infirmiers, la notion de parcours n'est pas abordée, elle est transformée en coordination. Toutefois la coordination correspond pour eux à l'accueil du patient mais nullement à sa sortie. Aucun professionnel ne traduit de difficultés de sortie des patients. L'hospitalisation programmée est probablement un facteur favorisant l'organisation de l'après intervention. Toutefois, vers la fin de l'entretien, un cadre de santé a souligné le fait qu'il n'a pas été créé de poste d'infirmier de coordination de parcours de soins. Nos échanges l'ont-ils fait progresser dans sa réflexion et fait naître l'idée chez lui ?

Durant les entretiens, le patient n'est pas au centre des échanges. La préoccupation porte davantage sur la coordination entre le service d'amont et la prise en charge du patient au bloc opératoire, l'unité d'hospitalisation étant une étape de transition. Cependant, il apparaît qu'à la question « Avez-vous perçu une amélioration de la qualité des soins ? », la réponse est « De la qualité des soins non, mais de la qualité de prise en charge oui. Le patient est attendu, c'est plus facile de travailler l'organisation de la sortie, on s'interroge très vite sur son avenir ».

Lorsqu'il existe des situations de santé post opératoire complexes, le personnel fait appel aux assistants sociaux. Ceux-ci analysent la situation du patient, établissent un diagnostic social et organisent soit un retour à domicile avec des aides ou des accompagnements de professionnels libéraux, soit une prise en charge par un service d'hospitalisation à domicile, soit une admission en service de soins de suite interne ou externe à l'établissement. Pour la demande d'admission en service de soins de suites et de réadaptation (SSR) les assistants sociaux et les cadres utilisent un logiciel, «ORIS», décrit comme un outil de régulation des inscriptions. Le personnel des services de chirurgie, et notamment l'encadrement, considère cet outil comme un bon moyen de communication et de coordination avec les structures d'aval.

Pour communiquer avec les services de l'établissement, le pôle de chirurgie utilise un dossier papier, contrairement aux autres pôles de l'établissement où le dossier patient est dématérialisé. Ceci n'est pas évoqué comme une contrainte majeure.

Le personnel du pôle de chirurgie ne mentionne pas de réunions d'échanges autour de la situation des patients. Il existe des réunions centrées sur les organisations, illustrées par des cas, mais pas centrées sur des échanges de situations cliniques ou de projets de soins de malades. Le patient circule dans l'établissement en suivant un processus de soins.

La création des filières a permis une fusion, un véritable échange de compétences et l'acculturation des professionnels pour aller vers une philosophie commune de l'organisation. Pour autant, nous mettons en évidence au fil de nos entretiens les difficultés rencontrées à l'accueil d'un patient non prévu en hospitalisation, les infirmiers parlant alors de manque de communication et non d'absence de coordination.

Les hospitalisations programmées s'apparentent quant à elles à une coordination séquentielle qui ne présente pas de difficulté dans le parcours de soins : le processus de prise en charge est dans ce cas clairement identifié et connu des professionnels.

## **2.5 Préparation à la sortie du milieu hospitalier**

Le groupe hospitalier étudié est composé de 5 établissements de santé, répartis sur 2 départements. La gouvernance de l'établissement est organisée selon 13 pôles médicaux cliniques. Sa capacité d'accueil totale est de 3210 lits dont 1208 lits de soins de suite et de réadaptation (SSR).

Dans ce Centre Hospitalier Universitaire (CHU), nos investigations se sont portées sur deux services de SSR intégrés dans deux pôles d'activités différents, un pôle de cardiologie vasculaire et un pôle de disciplines variées (oncologiques, néphrologiques et urologiques, hépato-gastro-entérologiques et chirurgicales) dont la discipline de rééducation et réadaptation digestive.

Selon la définition de la HAS, l'activité de SSR a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion. Une structure autorisée en SSR assure « des soins médicaux, curatifs et palliatifs ; de la rééducation et de la réadaptation ; des actions de prévention et

d'éducation thérapeutique ; la préparation et l'accompagnement à la réinsertion familiale, sociale, scolaire ou professionnelle."<sup>15</sup>

Le champ d'actions des soins de suite et de réadaptation représente un secteur stratégique de l'offre de soins en raison de sa position, entre soins de courte durée d'une part et retour à domicile, unités de soins de longue durée (USLD) ou secteur médico-social d'autre part. Cette position lui confère une mission clé de participation à l'animation des filières de prise en charge. Le secteur du SSR connaît un développement continu, en raison des besoins de soins croissants dus aux maladies chroniques, aux événements de santé invalidants et au vieillissement de la population. Cette offre est également de plus en plus sollicitée du fait de la diminution des durées moyennes de séjour dans les secteurs Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) au profit de prises en charge de plus en plus techniques.<sup>16</sup>

Cette enquête de terrain est conduite en s'intéressant aux professionnels de santé, aux professionnels socio-éducatifs mais aussi aux patients présents dans les services de soins de suite. Ce choix méthodologique permet de percevoir la réalité vécue par les patients et pas uniquement l'interprétation des soignants. Les professionnels de santé analysent les situations au regard de leur expertise en omettant parfois la perception des usagers. Par ailleurs la HAS, dans ses orientations citées précédemment, souhaite rendre le patient acteur de sa situation de santé. A ceci s'ajoute le changement des modalités d'évaluation de la qualité des prestations des établissements de santé menée par la HAS. Cette évaluation est centrée sur le patient et a pour principe l'analyse de la qualité et de la sécurité de la prise en charge tout au long du parcours de soins ; elle parle de «patient traceur»<sup>17</sup>

Les services de soins de suite et de réadaptation accueillent des patients aux situations de santé plus aiguës qu'avant la mise en place de la Tarification A l'Activité (T2A), leur durée d'hospitalisation est donc augmentée et la charge de travail du personnel également. De ce fait, il revient à ces unités d'évaluer le soutien ambulatoire possible dans l'entourage du patient. La coordination entre les professionnels de santé du milieu hospitalier et du secteur extrahospitalier devient primordiale pour ne pas surcharger les services de soins de suite et de réadaptation. Le travail de sortie du patient doit donc s'anticiper, se construire dès l'accueil du malade à l'hôpital : il est de la responsabilité de

---

<sup>15</sup>HAUTE AUTORITE DE SANTE. Les soins de suite et de réadaptation [03 août 2013], disponible internet : <http://extranet-has.seevia.com/extranet/Documents/Fiches/fiche-SSR-fevrier2004.pdf>

<sup>16</sup> Circulaire DHOS/O1 n°2008-305 du 3 octobre 2008 relative aux décrets no2008-377du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation

<sup>17</sup> HAUTE AUTORITE DE SANTE. Certification des établissements de santé : la version 2014 à la loupe [10 octobre 2012], disponible sur internet : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1346440/fr/certification-des-etablissements-de-sante-la-version-2014-a-la-loupe](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1346440/fr/certification-des-etablissements-de-sante-la-version-2014-a-la-loupe)

l'ensemble des acteurs intervenant dans le processus du parcours de soins. Nous voyons que, dans l'amélioration des performances médicales, l'évolution des technologies et la réduction du temps d'hospitalisation encadrée par la loi HPST, les patients accueillis dans les unités de soins ont un profil différent et des besoins de soins différents. Cet impact sur la charge de travail est soulevé lors de tous les entretiens auprès du personnel soignant et du personnel médical.

Lorsque le patient vient de l'établissement, les transmissions entre les unités d'hospitalisation transitent par le dossier informatisé, mais ces informations ne sont pas accessibles rapidement du fait de la configuration du système informatique de l'établissement. Lorsque le patient est adressé par un autre hôpital, ces transmissions arrivent sous forme d'un compte-rendu mais il arrive que ce document soit transmis postérieurement à l'accueil du malade.

Les SSR accueillent des patients dont l'hospitalisation est programmée. Ce travail de programmation est assuré par des secrétaires hospitalières, le plus souvent des aides-soignantes ayant une inaptitude physique. Elles travaillent en complémentarité avec le cadre de santé de l'unité. Elles ont pour fonction de programmer les entrées et de remettre aux patients les documents nécessaires à leur sortie. Cette organisation met en relation les secrétaires hospitalières avec les services d'amont, services avec lesquels, par contre, les infirmiers du SSR ont très peu de communications.

Les entretiens avec les assistants sociaux ont quant à eux mis en lumière un travail cloisonné par l'expertise du métier. En effet, selon les propos du cadre supérieur responsable des assistants sociaux, le service social se doit d'être « un service transversal aux pôles afin d'assurer continuité et assistance technique permanentes aux services. Pour préserver leur autonomie de décision et leur responsabilité professionnelle propre, les assistants sociaux ne sont pas rattachés à un pôle ». Le service social fait partie de la direction de la qualité de l'établissement.

Pour exercer leur activité, les assistants sociaux élaborent un dossier confidentiel et transmettent les informations qu'ils jugent utiles à la prise en charge par les soignants. Ils assurent également une traçabilité de leurs interventions dans le dossier de soins. Cependant, au moment de l'enquête, la fiche sociale avait disparu du dossier informatisé, il n'y avait plus alors que des transmissions orales. Le service social est l'auteur d'un projet social qui n'est pas diffusé.

L'assistante sociale référente de l'unité de SSR juge ses échanges avec ses collègues de l'établissement utiles et suffisants pour assurer la continuité des soins. Sa principale problématique réside dans la collaboration avec les organismes territoriaux qui répondent aux dossiers avec au mieux 3 mois de délai. L'assistante sociale a la particularité dans le milieu hospitalier d'aller au devant du patient lorsqu'un signalement lui est fait par les médecins ou les soignants. L'assistante sociale de l'unité s'occupe de l'organisation de la sortie du patient tant du point de vue administratif que des soins ambulatoires.

L'assistante sociale est bien repérée dans ces fonctions. Ainsi, lors des entretiens, les patients ont tous évoqué l'assistante sociale pour préparer leur dossier administratif en vue d'aides financières et d'aide aux soins. Les soignants, quant à eux, ne s'occupent pas de la sortie, ils s'en remettent à l'assistante sociale et n'ont aucun contact avec les professionnels de santé de ville.

Pour le SSR de cardiologie, la sortie n'est pas une difficulté car les patients sont « jeunes » et retournent à leur domicile. Du point de vue des patients, la sortie est angoissante mais ils ont à la fois un médecin traitant et un cardiologue qui les suit en ville. Tous les patients étudiés ont connaissance des urgences et s'orienteront vers ce service en cas de besoin.

Pour le SSR digestive, l'organisation des sorties est plus complexe à cause du profil plus fragile des patients. En effet, tous les malades enquêtés ont subi une greffe hépatique consécutive à un éthylysme chronique, 3 patients sur 4 vivent dans une situation sociale précaire et solitaire, l'un d'entre eux est sous la tutelle d'une protection juridique.

Le profil des patients détermine les difficultés de prise en charge et augmente le besoin de coordination entre les professionnels pour assurer le suivi de la prise en charge.

Dans ces services, nous percevons des prises en charge séquencées par les professionnels. Ce sont les patients qui, en repérant les activités des professionnels, gèrent leur prise en charge. Il n'y a pas de réunion de synthèse clinique, c'est-à-dire de réunion de concertation pluriprofessionnelle autour de situation de patient dans aucun des deux SSR étudiés. En SSR de cardiologie, il existe une réunion dite sociale qui analyse les cas de patients aux situations complexes.

Nous constatons qu'un poste de secrétaire hospitalière a pour fonction de programmer et de coordonner l'accueil d'un patient et qu'il revient à l'assistante sociale d'organiser la sortie. Chacun a un rôle identifié reconnu par l'équipe mais seule l'assistante sociale trouve que son rôle dépasse ses fonctions. Les infirmiers disent « heureusement qu'il y a



ces deux personnes » ce que le cadre de santé traduit par « la fonction de coordination est consommatrice de temps et d'énergie ». D'autre part, le personnel soignant se plaint de l'écart entre les situations des patients annoncées en hospitalisation et leur état de santé effectif à leur arrivée : celui-ci peut s'expliquer par le délai existant entre la demande faite par l'intermédiaire du logiciel et l'arrivée en SSR.

Les patients interrogés sont des personnes volontaires, sans troubles cognitifs, atteints de pathologies chroniques ayant entraîné des hospitalisations d'urgences. 7 patients interviewés sur 10 présentent une pathologie pouvant engager leur pronostic vital (pontage coronarien, greffe cardiaque, greffe hépatique). Leur situation clinique peut expliquer l'expression de leur satisfaction envers le système de santé. Cependant, lors des échanges, des critiques sont venues pondérer leurs satisfactions.

Un des patients interrogés parle d'un passé douloureux, il cherche à reprendre possession de son identité car toute sa prise en charge s'est déroulée sans son intervention. Il souhaite redevenir acteur et être décisionnaire dans l'évolution de son état de santé. Il souligne le manque d'information sur le suivi de sa prise en charge.

Au fil des entretiens, les malades expriment avoir été obligés de transmettre les mêmes documents administratifs à toutes les unités de soins dans lesquelles ils avaient séjournés. Et pour quatre d'entre eux, l'hôpital où ils séjournaient avait adressé ces demandes de documents à leur domicile. Ces faits les interpellent sur la communication au sein de l'hôpital et les inquiètent parfois quant au suivi de leur état de santé.

## **2.6 Les plaintes de patients comme indicateurs**

Pour compléter les investigations, les directions de la qualité et des relations avec les usagers m'ont permis d'étudier des courriers de plaintes et les fiches d'évènements indésirables faisant état d'un manque de coordination entre les professionnels de santé.

L'étude de ces évènements avait pour objectifs de :

- recenser l'existence de plaintes de patients centrées sur le parcours de soins.
- connaître la nature des dysfonctionnements.
- illustrer les conséquences d'une mauvaise coordination des soins entre les unités voire les établissements de santé.

La synthèse d'un entretien auprès d'un patient atteint de pathologie coronarienne nous permet d'illustrer ces propos. Monsieur X..., âgé de 52 ans explique que durant son hospitalisation en service de chirurgie cardiaque, il a été informé de sa date de sortie et du parcours incontournable vers un séjour de trois semaines en service de réadaptation

cardiaque avant de pouvoir envisager une reprise de travail. Monsieur X... avait pour principal objectif de reprendre rapidement son activité professionnelle de gérant en restauration. Il avait acté cette obligation de soin et organisé son absence. Deux jours avant son transfert vers le service de SSR d'un autre établissement, le médecin lui annonça qu'il avait fait le nécessaire pour sa sortie future. Mais l'assistante sociale lui expliqua le lendemain que, l'ensemble de la procédure de transfert n'étant pas totalement finalisée, sa sortie devait être différée. Le patient, en colère envers le médecin exprime que sa confiance avait été rompue. Dans le non-dit, Monsieur X..., voyait sa reprise de travail reportée d'autant. Le chirurgien avait bien transmis la prescription de sortie du patient à l'assistante sociale mais avait omis d'expliquer au malade le processus de demande d'accueil en service de soins de suite. Ce malentendu a conduit le patient à porter plainte car il considérait que le médecin lui avait menti. Cet exemple montre la différence de compréhension et d'interprétation de la situation selon le prisme, le regard de chacun. L'énoncé du médecin était conforme à ses activités, mais pour le malade l'information était incomplète ; en contrariant ses objectifs de reprise du travail, la communication avec lui a été rompue et sa confiance perdue.

Par ailleurs, l'accueil en marge de l'organisation des services et des circuits connus engendre des situations délétères pour les patients qui ne se dirigent pas vers les urgences en cas de difficulté, mais directement soit vers le service qui les suit au long court et dont ils attendent des faveurs d'un suivi, soit vers le dernier service où ils ont été hospitalisés ;

Deux exemples peuvent illustrer ces propos : une femme d'environ 80 ans se présente dans un service de soins de suite. Trouvant sa pression artérielle trop élevée, elle indique avoir téléphoné à son médecin traitant ; celui-ci, absent, oriente via un répondeur téléphonique ses patients vers le SAMU. Ne voulant pas déranger ce service d'urgence, la patiente s'est rendue dans le service de soins de suite pour rencontrer le médecin qui l'avait prise en charge lors de son hospitalisation. Le cadre de santé de l'unité est venu à sa rencontre et la patiente a consulté un médecin de l'unité après une heure d'attente.

Autre exemple : un patient a déposé une plainte suite à une souffrance décrite comme atroce après l'ablation d'un rein dans le cadre d'un don d'organe. Il se rend par ses propres moyens dans l'unité de néphrologie. Ce parcours de soins n'étant pas reconnu dans l'établissement, il n'est pas entendu et attendra 3 heures et l'arrivée de sa compagne pour être pris en charge et être enfin soulagé.

Ces plaintes d'usagers démontrent le manque d'information transmis au patient pour assurer son suivi médical. Elles mettent également en avant l'absence de communication

et de coordination entre les professionnels du secteur hospitalier et les professionnels de santé du secteur libéral. Nous voyons que pour ces deux patients, il y avait une détresse : comme ils n'identifiaient pas l'interlocuteur médical privilégié, plusieurs personnes ont dû intervenir dans leur prise en charge. Les organisations hospitalières ont quant à elles tendance à orienter les patients vers les urgences en cas d'imprévus ou de complications.

Le manque de coordination se définit le plus souvent par un manque de transmissions d'informations aux patients. Dans les situations étudiées, l'utilisateur ou son entourage n'identifie pas l'attribution de la responsabilité et met surtout en avant les préjudices subis.

Les fiches d'évènements indésirables montrent comment un enchaînement de dysfonctionnements peut insécuriser le patient voire aggraver des situations de soins.

Autre exemple, celle d'un patient hospitalisé en chirurgie cardiovasculaire : dans un courrier de plainte, il exprime avoir perdu confiance en son médecin dès la première consultation, choqué par son approche financière au détriment d'une information sur le déroulement de son intervention et des suites opératoires qui lui fait craindre une intervention chirurgicale « au rabais ». Son angoisse de l'opération s'est accentuée lors de la consultation d'anesthésie : le médecin n'ayant pas le dossier médical, le patient lui a remis les résultats d'examens qu'il avait en sa possession. 2 jours avant son intervention le patient s'entendit poser la question « Au fait, rappelez moi pourquoi je vous ai fait entrer 2 jours plus tôt ? ». Monsieur X... étant sous anti-coagulants pour une valvulopathie, une hospitalisation anticipée avait été décidée pour adapter le traitement.

Cette dernière situation illustre le défaut d'information, de communication et de coordination entre les services de soins. Elle interroge en parallèle sur la connaissance et la reconnaissance de la personne de confiance par les professionnels de santé. Par exemple, une patiente a transité d'un service de médecine à un service de réanimation, un SSR puis un autre SSR dans un autre établissement sans que sa personne de confiance ait été prévenue de ces transferts. Seules ses recherches ont permis à celle-ci de trouver le lieu d'hospitalisation de son amie. En parallèle, lors des changements, la patiente a perdu l'ensemble de ses papiers administratifs, son chéquier et ses lunettes de vue. Ces témoignages de préjudices de degrés différents subis par les malades confirment l'importance de l'écoute des patients et de la réflexion autour du parcours de soins qui de fait, devrait entraîner la coordination des acteurs voire le développement d'un travail de coopération gage d'une organisation adaptée aux besoins et aux attentes des usagers

### **3 Analyse transversale des organisations**

Aborder le parcours de soins lors des interviews auprès des professionnels n'a pas présenté de difficulté particulière ; cependant aborder la notion de coordination entre les professionnels amène de la retenue chez les interviewés, retenue qui tend à disparaître au fil des échanges. Certains entretiens avec les acteurs du soin se sont transformés en réunion d'équipe qui a mis en évidence l'intérêt des professionnels pour cette thématique. Les entretiens ont dévoilé des organisations qui reflètent plus des notions de continuité des soins et de coordination entre les professionnels que de coopération.

#### **3.1 Organisation des soins**

Au cours des échanges avec les professionnels de santé, nous percevons que la qualité et la sécurité des soins font partie de leurs préoccupations quotidiennes. Cette culture, induite par la Certification des établissements de santé datant des ordonnances de 1996, a progressivement centré les soignants sur ces objectifs de qualité et de sécurité. Elle leur a permis d'acquérir une méthodologie d'analyse des organisations en décrivant les processus et les tâches inhérentes à un soin, une prise en charge globale au sein de leur unité. Cette démarche descriptive ne présente pas de difficultés. Les cadres de santé élaborent des fiches de postes délimitant le champ d'activités des paramédicaux et impliquent les professionnels dans l'élaboration de procédures de soins.

Nous pouvons relever de ces entretiens une absence de rencontres entre les personnels des unités de soins. Les agents semblent ignorer les problématiques propres aux unités de soins d'amont et d'aval. Les infirmiers disent : « Le service des urgences pousse et force l'admission des patients. ». Le personnel des SSR proclame sa sensation de service « déversoir » des unités de court séjour, et déplore une charge de travail augmentée et un manque de temps pour bien accueillir les patients. Quant aux patients, ils soulignent la redondance des demandes de documents administratifs et le manque d'informations sur leur suivi après l'hospitalisation. Nous avons l'impression que chacun ignore le travail d'amont et d'aval. Pour autant, il n'y pas de demande formulée pour connaître les fonctionnements, besoins et attentes des structures voisines. Chacun dit « J'imagine que » selon ses propres représentations et expériences professionnelles

Cette analyse m'amène à reprendre l'idée émise par Anne-Claude Griesser dans son livre « L'organisation des soins, l'interdisciplinarité » selon laquelle « Il ne s'agit pas de laisser la coordination à la seule appréciation des soignants et au personnel dépendant. Il est important qu'un socle de procédures soit construit pour ne pas transformer le parcours de

soins en un chemin aléatoire et tributaire des représentations, des expériences individuelles, de l'appréciation des soignants présents sur la trajectoire »<sup>18</sup>.

Dans trois services le SAU, le pôle de chirurgie et les SSR, il n'y a pas de réunions centrées sur les projets de soins des patients. Certaines unités avaient expérimenté ces échanges, mais à cause de leur baisse de fréquentation ils ont cessé d'exister. Paradoxalement, ces réunions sont reconnues par les professionnels comme un lieu de partages de savoirs, de compétences, un lieu de réflexion qui prend en compte l'individualité du patient et son vécu de la maladie. Les infirmiers et les médecins trouvent ces réunions également utiles pour assurer un suivi et l'un d'eux est allé jusqu'à dire qu'elles seraient « rassurantes ». Ces éléments montrent l'importance d'une complémentarité professionnelle au profit de la qualité des soins, mais aussi au profit des soignants par le partage des responsabilités.

A l'analyse des données recueillies, nous percevons que les équipes sont davantage centrées sur l'accueil des patients que sur l'organisation de la sortie. Nous avons l'impression que la mission des médecins et des auxiliaires médicaux est terminée dès que le malade ne correspond plus au profil requis. Nous constatons dans les établissements qu'il n'y a pas d'infirmier de coordination centré sur la sortie. Celle-ci est confiée à l'assistante sociale, quelle que soit la situation du patient pour l'un des établissements, et seulement lors d'un contexte compliqué pour l'autre.

Le parcours de soins est décrit par tous les professionnels comme une succession d'actes, d'étapes à franchir, qui définit les organisations. Pourtant, chacun confirme que le parcours de soins ne sera effectif que s'il existe une coordination des acteurs. Cependant lorsque l'on se réfère aux documents rédigés par la HAS sur les parcours de soins centrés sur des pathologies chroniques, l'observation conduit aux mêmes constats, à savoir listes d'actes médicaux, d'opérateurs et procédures de transmission de l'information. Mais la coordination revient au médecin généraliste qui a la responsabilité d'établir un projet personnalisé de soins consultable par tous les professionnels. Or la coordination se construit autour de la volonté des acteurs de coopérer entre eux, de co-construire avec le patient un projet de soins personnalisé. Il y a donc probablement un axe de coopération à développer.

---

<sup>18</sup> Ibid. p 13

### **3.2 Les professionnels de santé**

De nombreux professionnels médicaux, paramédicaux, socio-éducatifs et administratifs gravitent autour du patient. Ils centrent leurs interventions sur leur domaine d'expertise et se juxtaposent dans le parcours des patients.

La fonction singulière de chaque agent est bien repérée par le malade qui ne situe pas le cadre de santé comme pivot de sa prise en charge. Pour lui les acteurs principaux sont : le médecin qui détient le savoir, la connaissance de sa maladie et le pouvoir de guérison ; l'assistante sociale qui instruit sa situation sociale et organise sa sortie et l'infirmier qui distribue des médicaments et assure les soins prescrits. Il y en a d'autres, aux rôles spécifiques : le diététicien qui donne des conseils alimentaires, le kinésithérapeute qui permet une récupération de son autonomie physique, l'aide-soignant qui assure les soins d'hygiène. Les soignants laissant percevoir une vision segmentée de leur travail, les patients ne se trompent pas d'interlocuteur pour obtenir des renseignements. Toutefois, ils se plaignent du manque de communication entre les professionnels qui les obligent à demander plusieurs fois la même chose. Cette non coordination les insécurisant, ils finissent par poser les mêmes questions à des interlocuteurs différents. Cette description montre une prise en charge parcellisée des patients car les professionnels de santé restent dans les compétences de leur métier. Pourtant, accepter et reconnaître l'autre professionnel comme expert dans son métier et sa spécialité favorise l'écoute, la compréhension et peut conduire à la coopération entre professionnels.

Des fonctions paramédicales coexistent aux interfaces amont des accueils dans les unités de soins, mais de nouveaux postes ne sont pas envisagés pour l'orientation des usagers après l'hospitalisation. Des postes comme l'infirmier de coordination, de programmation, et de planification sont positionnés aux interfaces des unités et soulignent la fonction capitale de ces professionnels dans le dispositif de coordination du parcours de soins des patients. Toutefois, leurs missions et leurs rôles sont bien différents d'un établissement à l'autre, voire d'un service à l'autre. La littérature montre que la tendance est d'uniformiser une fonction autour de l'infirmier de coordination avec des missions et des profils de compétences professionnelles semblables.

Les soignants parlent du sous-effectif comme un frein à la coordination, ils soulignent leur manque de disponibilité pour communiquer avec leurs collègues des autres structures. Ce ressenti des soignants mériterait d'être objectivé par une évaluation de la charge de travail et des organisations.

### **3.3 Coordination ou coopération**

Les professionnels parlent aisément de coordination entre les services. Ils sont capables de décrire un parcours selon un processus mais n'identifient pas le travail de coopération nécessaire pour garantir une prise en charge personnalisée du patient, donc un parcours adapté. Faute de connaître le fonctionnement et les problèmes du service d'amont, ils en incriminent les personnels.

Dans le parcours de soins le patient suit le chemin qui lui est dicté et en vit toutes les étapes ; à contrario, les soignants ne partagent pas le vécu de la trajectoire du patient. Les professionnels sont en effet assignés à un poste et font partie d'un épisode de la prise en charge. La coordination des acteurs aux interfaces du parcours de soins demande une prise de conscience de cette nécessité pour prévenir la rupture des soins. Cette prévention requiert la motivation du personnel pour développer une véritable culture de coordination interprofessionnelle.

### **3.4 Outils pour une prise en charge continue**

Pour les unités de soins de suites, l'outil qu'est le dossier patient est un problème majeur dont les services d'amont n'ont pas conscience. La création de dossier par les logiciels d'inscription à une admission dans un SSR (ORIS et TRAJECTOIRE) satisfait les unités d'aval. Cependant les SSR n'ont pas d'informations en temps réel et l'état de santé des patients est parfois complètement modifié à leur arrivée dans le service. Les IDE dénoncent la différence de temporalité entre l'arrivée du patient et la consultation possible du dossier. Bien que l'établissement de santé ait déployé le dossier patient informatisé sur l'ensemble des unités, son accès reste fastidieux, les temps d'ouverture et de saisie des données étant très longues. Les infirmières se disent découragées par son utilisation : ce dysfonctionnement les dissuade de retranscrire leurs observations et d'ébaucher un projet personnalisé de soins. Les infirmières vues en entretien sont unanimes face à ce constat.

La coordination des professionnels dans le cadre d'un parcours de soins ne peut pas s'envisager sans outils de communications harmonisés et consultables par les acteurs dès l'arrivée du patient dans une unité de soins. En effet, pour assurer la sécurité des soins lors des relais de prise en charge, les professionnels ont besoin d'informations sur la situation de santé du patient, les soins qui ont été faits, les prescriptions médicales à poursuivre et si possible l'avenir prévu pour le patient. Les patients ont l'impression de revivre une nouvelle admission car les infirmiers et le personnel administratif recueillent les mêmes informations que le service de provenance. Les équipes réclament un outil informatique avec des logiciels « métiers » faciles d'utilisation, rapides dans leur exécution, composés de la totalité des composants du dossier patient. A ce jour, la

dématérialisation totale du dossier unique patient n'a été trouvée dans aucun des trois établissements de santé. Ce dispositif appelle des outils performants.

### **3.5 L'approche des patients**

Dans leurs courriers de plainte, nous constatons que les usagers nomment facilement les médecins tandis qu'ils parlent d'équipe lorsqu'ils évoquent les professionnels paramédicaux. Les patients s'informent, font référence aux recommandations de la HAS sur les prises en charge et s'appuient sur le livret d'accueil de l'établissement pour rappeler les valeurs du service public et les droits des usagers.

Aujourd'hui les usagers adressent leurs lettres de mécontentement à la HAS, à l'ARS, à la Commission des Relations avec les Usagers et la Qualité de Prise en Charge (CRUQPC) et parfois même à l'ordre des médecins. De ce fait, la HAS a collecté des informations pour les associer à des études scientifiques américaines qui l'ont conduite à proposer le développement d'un Programme d'Amélioration Continue du Travail d'Equipe (PACTE) qui a pour objectif l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

On perçoit que les modes d'organisation des soins favorisent la prise en charge des patients selon un parcours de soins. L'exemple de la chirurgie en filière et de la mobilité interne des agents au sein du pôle permet de développer une véritable solidarité d'équipe par la coopération entre ses membres.

Ainsi, au terme de l'analyse nous pouvons dire que les acteurs sont tantôt dans une démarche de coordination qui rassure les professionnels de santé dans leur rôle et le déroulement de la prise en charge, tantôt dans une démarche de coopération qui leur permet d'exprimer leur art professionnel, de donner du sens aux soins et d'être innovants dans les organisations.



## 4 Développer une culture de coordination dans le parcours du soin

### 4.1 Légitimité du Directeur des soins

Le Directeur des soins a une place à occuper pour favoriser les relations de partenariat entre la ville et l'hôpital ; auparavant, il devra s'assurer qu'un parcours de soins existe au sein de l'établissement, que la culture de l'entreprise favorise la fluidité des prises en charge en milieu hospitalier pour orienter ses actions dans une continuité des soins ambulatoires.

Cette étude a permis de dégager plusieurs axes de travail dont l'objectif est de faire évoluer l'organisation des soins en développant une véritable culture institutionnelle du parcours de soins.

Le Directeur des soins a un rôle déterminant dans l'analyse des obstacles à la fluidité de prise en charge des patients. En effet, il est responsable *"de la conception, de la mise en œuvre du projet de soins et des objectifs de qualité et de sécurité des soins définis dans ce cadre. Il en coordonne la mise en œuvre et l'évaluation. Il veille à la continuité des soins et à la cohérence des parcours de soins des patients"*.<sup>19</sup>

En impliquant les professionnels dans l'organisation des parcours de soins, le Directeur des soins peut stimuler une dynamique de travail interprofessionnel qui donnera du sens à la prise en charge des patients à l'intérieur de l'établissement en impliquant les professionnels dans l'organisation des parcours de soins. Il peut ainsi permettre la continuité des soins en favorisant la prise en charge des patients en ambulatoire par le développement de la coordination et de la coopération intra hospitalière. Il anime la direction des soins et donne des objectifs d'orientation et d'expertise.

Par sa fonction, le directeur des soins impulse une démarche de projet. Il élabore un projet commun fédérateur en amenant des échanges autour d'un objectif partagé pour développer une synergie des compétences entre les unités dans une vision institutionnelle de pôle. L'objectif du directeur des soins est donc de conduire une politique d'amélioration de la qualité de prise en charge des patients en permettant aux professionnels de s'approprier la culture de raisonnement en terme de parcours de soins et de la coopération indispensable à son application.

---

<sup>19</sup> Référentiel métier Directeur des soins en établissements, EHESP.

Le changement de culture autour de la prise en charge des patients prend du temps, par son expertise du soin, sa situation stratégique, sa participation au directoire et sa présidence à la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIMRT), le Directeur des soins peut concevoir clairement des plans d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins à l'échelle de l'établissement.

## **4.2 Des valeurs de management coopératif**

En effet, le terme de coopération s'associe très souvent aux termes de collaboration et de coordination. La particularité de la coopération est sa notion individuelle : elle ne peut exister que si les individus d'un collectif le souhaitent. C'est ensuite dans le collectif que la coopération s'exprime. Coopérer c'est vouloir partager, donner et prendre pour atteindre des objectifs. Cette coopération favorise le développement de compétences collectives et renforce le sentiment d'appartenance à une organisation. La coopération est une Valeur que le Directeur des soins doit défendre par son management. Elle montre que le monde hospitalier n'est pas qu'une organisation rationnelle faite d'enchaînements d'actions et de procédures. Elle donne de la valeur aux projets institutionnels. Fort de cela, le directeur des soins peut orienter son management vers l'accompagnement de l'encadrement paramédical pour créer un climat propice au développement d'une coopération professionnelle. Stéphanie Dameron, Maître de conférences de l'Université Paris IX Dauphine, distingue deux types de coopération :

- la coopération complémentaire où l'individu recherche des ressources pour son propre compte est guidée par une stratégie individuelle de gains de pouvoir,
- la coopération communautaire où l'individu est en quête d'une identité communautaire et développe une identité commune autour d'objectifs partagés dans un espace d'interactions avec d'autres groupes.<sup>20</sup>

Lors de la conception de ses projets, elle a mis en évidence que les équipes alternent entre ces deux types de coopération. Si développer des relations coopératives peut être une stratégie managériale pour le Directeur des soins, il lui faudra cependant être vigilant pour maintenir un climat institutionnel serein et constructif.

## **4.3 Un projet médico-soignant**

En s'appuyant sur les enquêtes de terrain, nous percevons que la fluidité d'un parcours de soins dépend de facteurs multidimensionnels et pluri professionnels. Dans ce contexte d'évolution des organisations hospitalières, le directeur des soins peut proposer l'élaboration d'un projet médico-soignant. En effet, l'évolution d'un établissement de santé

---

<sup>20</sup> DAMERON S., « Structuration de la coopération au sein d'équipes projet », *in* Dauphine Université Paris, XIIème Conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique (AIMS), 3, 4, 5 et 6 juin, 2003 Tunisie, Paris : CREPA, 23 p.

dépend de l'activité médicale. Il s'agit donc de concevoir un projet soignant complémentaire et indissociable du projet médical. Ceci implique une coopération des professionnels médicaux et paramédicaux pour concevoir ce projet. Cette méthodologie permet de donner de la cohérence au développement de la coordination des acteurs dans le cadre d'un parcours de soins formalisé et reconnu. Il s'agit pour le Directeur des soins de se rapprocher de la communauté médicale par l'intermédiaire du Président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) : en prenant cette orientation nous pouvons inclure dans le projet cette volonté de développer le parcours de soins pour qu'il devienne un élément structurant de l'organisation. Il s'en suit des propositions en terme de modalités d'action ayant pour finalité la coopération de l'ensemble des acteurs autour d'objectifs communs.

Ce projet médico-soignant porterait sur le développement de la coordination des acteurs dans le cadre du parcours de soins qui est le support de la trajectoire du patient au sein de l'hôpital. Il n'a d'existence qu'à travers la coordination de tous les acteurs de santé. Ce projet, piloté par le Président de la CME et le Directeur des soins doit également inclure l'expertise socio-éducative des assistants sociaux : leur rôle, comme le montre l'étude, est au centre des problématiques des situations sociales complexes des malades. Ils établissent des diagnostics sociaux permettant d'agir précocement sur les orientations de sortie des patients, au-delà des besoins de soins ambulatoires. Ce sont des acteurs clés de la continuité des soins. Par ailleurs, il est convenu que l'ensemble des paramédicaux est concerné par ce projet médico-soignant. Dans l'élaboration de ce projet, les représentants des usagers sont également intégrés afin que le patient soit au centre du dispositif.

Le pôle, pilotage médico-économique de l'hôpital, est la structure opérationnelle d'un établissement de santé ; selon la gestion du principe de subsidiarité, le Directeur des soins et le président de la CME peuvent travailler à partir de cette entité pour accroître la culture du parcours de soins, formaliser la coordination des acteurs, favoriser la qualité des soins et répondre aux besoins des usagers. Le contrat de pôle est un support de négociation visant à atteindre des objectifs de qualité en développant la culture du parcours.

#### **4.3.1 Une équipe mobile identifiée « parcours de soins »**

L'étude montre également les besoins de coordination aux interfaces des unités, c'est-à-dire lors des transferts de patients. Le relais de prise en charge n'est pas fluide, cette transition entre les services de soins demande du temps et l'attention des soignants. Pour y remédier, certains pôles ont créé des postes d'infirmier coordinateur, d'infirmier de

programmation, d'infirmier de programmation et de secrétaires hospitaliers. Cette activité de liens interservices représente un temps important consacré aux soins indirects, au détriment des soins directs aux patients. Cependant, au terme de l'enquête, nous percevons que l'admission d'un patient est relativement bien coordonnée mais que l'organisation de sa sortie est plutôt délaissée. Dans les situations d'hospitalisation programmée, la sortie d'un patient n'est pas considérée comme problématique ; par contre lors des admissions urgentes la situation peut devenir très complexe.

Dans ce contexte médico-soignant, nous pouvons mettre un dispositif de coordination au service d'un groupe de disciplines spécialisées, constituer une équipe composée d'un médecin, d'un infirmier et d'un assistant social coordonnés par un cadre de santé. Les missions de cette équipe se situent dans la recherche des obstacles au parcours de soins afin de décloisonner les services dans un objectif de coopération pluriprofessionnelle. Pour faciliter la compréhension des situations, les membres de cette équipe doivent être choisis en fonction de leur discipline d'expertise et de leur connaissance de l'institution. Cette équipe peut s'entourer, pour enrichir la réflexion, de différents professionnels volontaires pour étudier un parcours. Il s'agit de les positionner comme personnes ressources pour améliorer les prises en charge. Le défi est de rendre ces démarches pédagogiques en impliquant tous les acteurs de l'établissement.

Ces professionnels peuvent être en veille sur le recueil de situations de patients complexes au sein des unités. Ils peuvent suivre les patients dans leur parcours de soins et participer à l'analyse des courriers de plaintes. Ces observations peuvent s'analyser sous le prisme de plusieurs paramètres, la fluidité d'un parcours de soins dépendant de plusieurs facteurs :

- la discipline médicale
- le profil des patients accueillis,
- l'organisation des soins
- les professionnels de santé
- les fonctions supports

Une période de pré diagnostic peut être envisagée pour observer des parcours de patients et mesurer la plus-value possible de ce dispositif.

Le directeur des soins, en collaboration avec le président de la CME, peut prévoir des temps d'échanges, de « reporting », avec cette équipe transversale pour analyser les situations révélées et fixer ses orientations en l'accompagnant d'un plan d'actions qui sera soumis à la CME et à la CSIRMT. Les bases de la progression de la construction du projet seront déterminées et des étapes intermédiaires envisagées

La constitution de cette équipe transversale repose sur des pourcentages de temps de travail dégagés par les pôles. Le gain peut se retrouver à terme dans le développement d'une meilleure coordination professionnelle, un meilleur flux des patients et une diminution probable de la durée moyenne de séjour.

#### **4.4 La HAS comme soutien méthodologique**

Pour faire suite à ses orientations, la HAS a fait un appel à projet sous forme de site pilote pour élaborer le PACTE (Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe, le 18 juin 2013) dont l'objectif est de promouvoir la coordination et la collaboration des professionnels de santé en milieu hospitalier. Ainsi, en intégrant l'amélioration du travail d'équipe pour favoriser la coordination dans le cadre d'un parcours de soins, le Directeur des soins peut proposer que l'établissement soit site pilote et bénéficie de la compétence et de l'expertise de la HAS pour être accompagné dans cette démarche. L'intérêt de participer à ce projet pilote réside dans le fait de pouvoir construire la démarche méthodologique d'approche. En effet, le chef de projet du PACTE au sein de l'ARS nous a transmis que la démarche d'approche était à construire et que l'agence attendait d'avoir sélectionné les sites pilotes pour établir, en concertation avec eux, les modalités de l'étude. Ainsi, le Directeur des soins peut proposer une analyse sociologique d'une organisation pour mettre en lumière les limites et les freins au travail d'équipe. Pour le Directeur des soins, il s'agit d'inscrire cette approche dans le projet médico-soignant. Ce projet est soumis au Directeur de l'établissement et au Président de la CME pour étudier l'éventualité de cet investissement et ses conséquences sur l'hôpital.

#### **4.5 Positionnement de l'encadrement paramédical**

Le Directeur des soins a un rôle influent sur les missions des cadres de santé. Il peut concevoir un projet managérial reconnaissant à l'encadrement de proximité sa compétence clinique et sa compétence dans l'animation des équipes pour être au plus près de la coordination des professionnels dans le cadre d'un parcours de soins. A ce jour, les cadres de santé tendent à sortir de la coordination des soins cliniques pour s'approprier des démarches d'efficience aux dépens d'une approche personnalisée des soins. Il semble que les effets pervers de la diminution des durées moyennes de séjour et de l'augmentation nécessaire de l'activité aient amené ces professionnels à développer des compétences organisationnelles pour une meilleure efficience en perdant l'approche globale du patient. Le cadre de santé peut donc être le pivot de la coordination pluriprofessionnelle dans le service et aux interfaces des unités de soins. Le cadre paramédical de pôle a quant à lui une fonction centrée sur l'analyse de l'activité, sa performance et veille dans ce cadre à la qualité et à la sécurité des soins. Le cadre

paramédical de pôle est cependant garant de la cohérence institutionnelle au sein du pôle.

## **4.6 Les professionnels de santé des unités de soins**

### **4.6.1 Mobilisation d'un savoir par processus dans les unités de soins**

Pour favoriser l'appropriation de ce concept et surtout développer une véritable coopération professionnelle, il serait en parallèle intéressant de mobiliser les soignants des unités de soins autour de la conception d'un parcours de soins en utilisant la méthode de description d'un processus. Cette méthodologie présente l'avantage d'être accessible par les professionnels car acquise avec le développement de la culture qualité et la Certification des établissements de santé. Pour autant, nous pouvons accompagner les cadres dans cette démarche en proposant une actualisation ou une formation méthodologique dispensée par les membres de la direction qualité. L'analyse d'un parcours de soins selon un processus permet de décrire les différents moments de la prise en charge, de déterminer qui doit faire quoi, et d'identifier les étapes critiques donc à risque de rupture dans la trajectoire de soins. Plus il y a de documents formalisés sous forme de procédures, plus l'organisation gagnera de temps et donc d'efficacité. Il s'agit également de déterminer les liens, les relations et les interactions professionnelles mobilisés pour la coordination dans le cadre du parcours de soins. Mais pour rendre ce dispositif opérationnel, lui donner du sens et du dynamisme, il ne faut pas occulter la capacité du professionnel à adapter le travail prescrit en travail réel qui fera appel à son expertise. En effet, le patient considéré comme une entité engendre des situations de soins singulières avec lesquelles les soignants, médicaux et non médicaux, devront composer.

Nous pouvons identifier des parcours de soins gradués en commençant par des situations simples faisant appel à une coordination séquentielle, pour aller vers une coordination réciproque et enfin une coordination collective. Cette approche peut être expérimentale au niveau d'un pôle, mais portée par plusieurs cadres paramédicaux de pôle dont l'intérêt est de s'interroger sur les interfaces de ceux-ci. Cependant la coordination a plus de valeur si elle se construit sur la base d'une coopération professionnelle qui elle, induit un véritable travail d'équipe.

### **4.6.2 La coordination par le personnel infirmier**

#### **A) La coordination à partir de l'hôpital**

Comme dans deux des établissements étudiés, nous pouvons faire le choix de créer des postes de coordination et y affecter du personnel dédié. Cependant, il apparaît qu'ajouter

des professionnels spécialisés dans la coordination est un risque d'augmenter le nombre d'interlocuteurs et la confusion du parcours donc allonger in fine les délais de prise en charge. Par ailleurs, créer une expertise autour de la fonction de coordination peut induire une déqualification et un appauvrissement du métier d'infirmier. Ce nouveau mode d'organisation peut être source de désengagement des professionnels et de désintérêt pour le problème de la sortie du patient que seule une personne dite compétente prend en charge. Cela pourrait être un facteur de désertification de la profession. La formation initiale des professionnels infirmiers développe en effet des compétences autour d'une approche globale du patient via l'élaboration d'un projet de soins de patient incluant des objectifs de soins personnalisés. Dans ce contexte de découpage des postes et de parcellisation des soins, les professionnels ont une vision cloisonnée de la prise en charge donc un risque d'incohérence. Ce dispositif de création de métier spécifique à l'orientation des patients peut présenter l'inconvénient de reléguer l'activité de coordination à une seule personne sans pour autant modifier les dysfonctionnements aux interfaces des unités de soins. Cette organisation peut renvoyer le professionnel de l'unité à une distribution d'actes sans lien avec le projet personnalisé de soins du patient. Par ailleurs, ces personnes aux interfaces des services intra et extra hospitaliers sont au centre des incertitudes telles qu'elles sont définies en sociologie des organisations et pourraient ainsi générer des conflits de pouvoir au sein d'une équipe soignante et produire l'effet opposé aux besoins de coordination. Par contre, l'évolution du métier autour de la coordination des activités dans le cadre d'un parcours de soins devrait conduire à repenser les fonctions et non créer des métiers. Plutôt que créer de nouveaux postes ou métiers pour assurer cette coordination, nous pouvons reconnaître à chaque infirmière cette indispensable activité et la mesurer comme une charge de travail. Cette dernière aurait certes une influence sur le dimensionnement des équipes mais aussi un impact sur la qualité des soins et l'attractivité du métier. Il semble important de conserver le sens de la prise en charge d'un patient afin que les paramédicaux gardent une vision globale de l'entité du malade.

#### B) La coordination avec l'extrahospitalier

Selon ce même principe, afin de conserver une prise en charge globale du patient par le personnel paramédical, celui-ci doit être encouragé à sortir d'une vision hospitalo-centrée. Le Directeur des soins, dans un axe managérial du projet de soins, peut choisir non seulement d'ouvrir l'établissement de santé aux partenaires extérieurs mais également d'aller au devant de ces professionnels de santé exerçant dans les collectivités territoriales, le secteur médico-social ou libéral. Nous pouvons prendre exemple sur le modèle de la sectorisation en psychiatrie qui, dans sa volonté de prévenir la désocialisation des patients, a développé des collaborations avec les communes inscrites

dans la géographie du secteur. Les professionnels de la psychiatrie s'inscrivent ainsi dans une coordination intra et extrahospitalière des professionnels dans le cadre d'un parcours de soin. Cette comparaison d'organisation revient à sortir les professionnels hospitaliers de l'hôpital pour les autoriser à suivre le patient au-delà de l'hospitalisation afin d'assurer un relais étayé dans les soins ambulatoires. Le Directeur des soins peut impulser cette dynamique en explorant avec l'encadrement paramédical les impacts de ce type de prise en charge sur l'activité, l'organisation des soins, le dimensionnement des effectifs et les compétences requises.

#### C) Le partage de l'expertise

Par ailleurs, l'identification des besoins et des attentes des professionnels envers leurs collaborateurs conduit à prévoir des temps de rencontre et d'échange pluriprofessionnels sur le thème des professions et de leurs déclinaisons dans un poste de travail. Le Directeur des soins peut accompagner cette démarche de formation pluriprofessionnelle, pluridisciplinaire composée de professionnels susceptibles de travailler ensemble aux interfaces des unités sur des situations complexes. Cette formation pourrait s'inscrire dans un programme de développement professionnel continu et d'analyse de pratiques.

#### **4.6.3 Les supports de la coordination des acteurs**

L'enquête a mis en lumière l'importance de disposer d'un outil de communication fiable et utilisable rapidement : en effet, les professionnels de santé doivent se transmettre l'évolution de la situation de santé du patient pour prendre le relais des soins. Ainsi, le dossier patient informatisé est à ce jour le support à déployer sur l'ensemble des établissements de santé. Le Directeur des soins doit veiller à l'appropriation et l'utilisation de cet outil par l'ensemble des professionnels de santé et s'assurer d'une temporalité de déploiement en harmonie avec la mise en œuvre du projet médico-soignant.

#### **4.7 Evaluation du dispositif centré sur le parcours de soins**

Nous pouvons, au cours de la mise en œuvre du projet, prévoir une évaluation centrée sur la satisfaction des patients. L'impact de la coordination des professionnels de santé sur la qualité du parcours de soins et de la prise en charge du patient peut être identifié auprès des usagers par plusieurs indicateurs de résultats :

- Le patient peut identifier les professionnels intervenant dans sa prise en charge (nombre de patient répondant positivement sur le nombre total de patient accueillis)
- Le patient peut énoncer clairement les modalités de sa sortie et de son suivi médical
- Le patient sait s'orienter dans la complexité de son parcours de soins
- Le patient se sent impliqué, serein et en confiance face à sa prise en charge



L'analyse des plaintes de patients et les échanges avec les acteurs de terrain sous forme de réunions inter équipes permet de mettre le patient au cœur du dispositif. Cependant, pour rendre la mesure pédagogique, il convient d'objectiver les propos des plaintes. Il s'agit de tenir compte de celles-ci pour proposer des améliorations adaptées aux attentes des usagers.

#### **4.8 Rôle du Directeur des soins**

La place du directeur des soins dans l'institution et sa fonction lui donnent la légitimité de collaborer avec le président de la CME pour développer la culture du parcours de soins.

Le directeur des soins inscrit sa fonction dans un établissement de santé implanté sur un territoire de santé devant répondre aux besoins de santé publique d'une population. Il a la coresponsabilité de construire et de développer la coordination des soins au sein de l'institution hospitalière mais également entre la ville et l'hôpital. C'est à la fois dans une démarche de rapprochement et de décloisonnement des structures hospitalières vers l'extrahospitalier que le Directeur des Soins oriente la stratégie d'implantation de l'établissement de santé sur le territoire de santé.

Si le Directeur a une expertise et une responsabilité sur l'organisation des soins, il fait partie d'une équipe de direction où il exprime sa stratégie et peut ainsi, au cours des réunions de direction et du directoire, transmettre l'effectivité de la coordination interprofessionnelle et énoncer les obstacles au parcours de soins des patients. Des débats peuvent s'en suivre pour aboutir à des actions concertées car c'est l'institution qui définit son organisation pour soutenir la coordination des acteurs dans le cadre des parcours de soins.

Le Directeur des soins conçoit, conduit et évalue le projet de soins. Cette démarche de projet permet de maintenir une dynamique institutionnelle et d'accompagner le changement. En effet, notre système de santé est en mutation, il n'a de cesse de s'adapter aux besoins de la population et à l'obligation de maîtrise des dépenses de santé. Or, cette évolution entraîne une modification des organisations hospitalières dans laquelle le Directeur des soins a un rôle essentiel. Sa responsabilité dans l'élaboration du projet de soins lui permet de fixer des orientations en cohérence avec les objectifs de santé fixés par les ARS et le projet d'établissement. Dans ce cadre, il contribue à définir la qualité et la sécurité des soins dans le champ paramédical, intègre et facilite l'appropriation des recommandations de la HAS.

La conception du projet de soins est un appui managérial pour le Directeur des soins, c'est un moyen de fédérer des équipes autour de projets communs et d'instruire comme fil conducteur la dimension de la coordination des professionnels dans le cadre d'un parcours de soins. La phase d'élaboration du projet est également une opportunité pour le Directeur des soins de développer un management fait de complémentarité professionnelle et non de concurrence. Il doit permettre à chaque personnel paramédical d'occuper une place au sein de l'institution et d'être reconnu dans son expertise. Ce principe managérial peut être le levier d'un travail axé sur la coordination des acteurs dans le parcours de soins. Il donne du sens à la prise en charge des patients à l'intérieur de l'établissement en impliquant les professionnels dans l'organisation. Par ailleurs, le Directeur des soins veille à la communication interne et externe du projet réalisé qui valorise l'établissement et les professionnels. Le projet de soins contribue à la reconnaissance du travail réalisé et renforce le sentiment d'appartenance des personnels de l'hôpital.

Par ailleurs, les liens de coordination du Directeur des soins avec les membres de la direction lui permettent de susciter l'adhésion des équipes socio-éducatives au projet médico-soignant afin de ne pas morceler la prise en charge du patient, de construire un projet cohérent dans une même temporalité et de favoriser l'acculturation entre les professionnels.

Ces changements d'accompagnement des patients impliquent une culture différente des soins, une organisation du système de santé où l'hôpital et les structures de soins de la ville se complètent au lieu de se juxtaposer. Bien qu'on sache quand et pourquoi le changement a été initié, on ne mesure pas ses effets qui se feront sur plusieurs années. Le Directeur des soins, lui même impliqué dans ce changement, doit se l'approprier pour mobiliser les équipes dans l'évolution des organisations.

## Conclusion

Ce travail décrit en partie le fonctionnement hospitalier et aide à voir sa mise en mouvement dans un univers d'organisation complexe. Il renforce l'idée que le parcours de soins doit devenir un élément structurant de notre système global de santé. Il confirme que cette mise en mouvement trouvera son efficacité dans la coordination mais surtout la coopération des professionnels de santé et dans l'implication des usagers.

Le champ large des investigations ne permet pas de faire une analyse exhaustive de la coordination des professionnels dans le cadre d'un parcours de soins. Bien qu'ayant une méthodologie insuffisamment ciblée, l'enquête a mis en évidence les difficultés afférentes aux disciplines. Aussi, pour approfondir l'analyse des organisations et la prise en charge des patients selon le modèle d'un parcours de soins coordonné, il aurait été intéressant de travailler selon une approche monographique de patient qui se rapproche de la Certification version 2014, avec sa notion de « patient traceur ». Les contraintes de temps n'ont cependant pas permis ce réajustement de la méthodologie.

A ce jour, l'étude portant sur la coordination des professionnels autour d'un parcours de soins permet de faire le constat suivant : les organisations de soins sont en réflexion sur la nécessité d'une coordination des acteurs aux interfaces des unités. Il existe certes des avancées dans les organisations de soins des établissements de santé mais des leitmotifs sur les effectifs du personnel paramédical surgissent en permanence dans les discours.

Le parcours de soins est une opportunité managériale pour le directeur des soins de favoriser le travail interprofessionnel. Il permettra à terme de favoriser la reconnaissance des professionnels. Jusqu'à ce jour, les établissements de santé étaient dans une culture de collaboration professionnelle interne aux unités de soins. Mais aujourd'hui, le système de soins n'est plus centré sur l'hôpital, la collaboration doit se faire avec des partenaires extérieurs dépendants d'une autre institution, d'autres tutelles, ou du secteur libéral. Cette situation est nouvelle et demande aux professionnels des établissements de santé d'apprendre à collaborer, coopérer avec des personnes d'une culture de travail différente. Le Directeur des soins a le rôle, essentiel, d'investigation de ce champ. Il doit coopérer avec le Président de la CME pour mobiliser l'ensemble des personnels autour de la réussite des parcours de soins personnalisés.

Toutefois, l'institution du parcours de soins et de la coordination des acteurs de santé ne doit pas perdre de vue la liberté du patient. Alexis FERRAND<sup>21</sup> décrit les enjeux pour le patient de la coopération entre les soignants. A priori, la coordination et la coopération des soignants ne peut qu'être encouragée par les patients puisque chacun concourt aux mêmes objectifs de restauration de la santé. Pour autant, l'auteur décrit trois raisons à l'évitement de cette coopération par le patient : ce dernier souhaite garder des marges de manœuvre, maintenir et contrôler l'information, sa liberté d'informer et garder la possibilité de morceler sa confiance, c'est à dire de l'attribuer exclusivement à une ou des personnes ciblées. Cette approche théorique de l'auteur peut montrer combien il est important de considérer le patient comme une entité, de le laisser acteur de sa santé en favorisant son implication et en respectant ses choix.

Le parcours de soins en milieu hospitalier correspond à un processus de prise en charge dans lequel plusieurs unités de soins, les services médico-techniques, les services logistiques et les services administratifs sont impliqués. Il requiert une organisation de soins efficiente, une coordination et surtout une coopération des acteurs pour que le patient ait une prise en charge fluide, sans rupture de soins, où il puisse à chaque étape avoir le sentiment d'être attendu et que sa situation de santé soit connue de tous les professionnels de santé.

L'étude a porté sur plusieurs établissements ayant des cultures d'entreprise différentes, c'est-à-dire des modes de management et des organisations spécifiques. L'étude sur un établissement permet d'identifier les freins et les leviers d'une organisation pour développer la coordination dans le cadre d'un parcours de soins.

---

<sup>21</sup> Cresson, G., Drulhe, M., Schweyer, F-X., *Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé*, Paris, édition ENSP, 2003, p.221

---

# Bibliographie

---

<b>Textes législatifs et réglementaires</b>
---

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITE. Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réf. orme de l'hospitalisation publique et privée [en ligne]. Journal officiel, n°98 du 25 avril 1996.[visité le 02.11.2013]

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005620817&dateTexte=20100517>

DIRECTION GENERALE DE L'HOSPITALISATION ET DE L'OFFRE DE SOINS Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique. Non parue au journal officiel.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeurs des soins de la fonction publique hospitalière. Journal officiel de la République Française, n°95 du 23 avril 2002.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel de la République Française, n°0167 du 22 juillet 2009.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière. Journal officiel de la République Française, n°0227 du 30 septembre 2010.

MINISTERE DU TRAVAIL DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE ET MINISTERE DU BUDGET DES COMPTES PUBLICS ET DE LA REFORME DE L'ETAT. Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes. Version consolidée au 08 décembre 2012. Journal officiel de la République Française, n°223 du 25 septembre 2011.

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. Circulaire n°DHOS/O1/2008/305 du 03 octobre 2008, relative aux décrets n° 2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation.

## Ouvrages

BALLE M., CHAMPION-DAVILLER M-N., 2004, Organiser les services de soins : le management par la qualité, 2<sup>ème</sup> édition, Paris, Edition Masson, 214 p.

BOURRET P., 2006, les cadres de santé à l'hôpital, un travail de lien invisible, Paris, édition Seli Arslan, 269 p.

CRESSON G., DRULHE M., SCHWEYER F-X., 2003, Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé, Paris, Edition ENSP, 285 p.

GRIESSER A.C., 2010, Petit précis d'organisation des soins interdisciplinarité, Rueil-Malmaison, Edition Lamarre, 206 p

HENART L., BERLAND Y., CADET D., janvier 2012, Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire. Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer, MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, ET DE LA SANTE, 57 p.

HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE, mars 2012, Avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM, MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, ET DE LA SANTE, 31 p.

INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, 2012, L'hôpital, Paris : la documentation française, 293 p.

LE BOTERF G., 2003, construire les compétences individuelles et collectives, 2<sup>ème</sup> édition revue et augmentée, Paris, Editions d'organisation, p147

NORBERT A., 2009, Donner et prendre la coopération en entreprise, Paris, Edition La Découverte, 225 p.

NORBERT A., 2012, Sociologie du monde du travail, 2<sup>ème</sup> édition, Paris, Editions PUF, 368 p.

LARCHER P., POLOMENI P., 2001, La santé en réseaux : objectifs et stratégie dans une collaboration ville-hôpital, Paris, Edition Masson, : 186 p.

VEGA A., 2000, une ethnologue à l'hôpital, l'ambiguïté du quotidien, Paris, Edition des archives contemporaines, 201 p.

ZARIFIAN P., 1998, travail et communication, collection sociologie d'aujourd'hui, 2<sup>ème</sup> édition, Paris, Edition Presse Universitaire de France, 224 p.

### Mémoires

BALLOUZ N., 2004-2005, « Parcours de soins du patient hospitalisé et implication de l'entourage familial : quelle contribution pour la Direction des soins ? », Filière directeur des soins, Ecole Nationale de la Santé Publique : Rennes, 63 p.

CONTE V., 2008, « Optimisation du parcours de l'utilisateur à l'hôpital : un parcours à construire. Rôle du directeur des soins », Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique : Rennes, 37 p.

CAILLAVET-BACHELLEZ V., 2010, « Le parcours de soins du patient : un dispositif fédérateur pour les Communautés Hospitalières de Territoire », Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique : Rennes, 35 p.

### Sites Internet

DESBONNET T, 2005, Coopération, interprofessionnalité et management du soigner, disponible sur internet : <http://www.cadredesante.com>.

HAUTE AUTORITE DE SANTE. Projet stratégique 2013-2016 [20 octobre 2013], disponible Internet : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1648360/fr/reguler-le-systeme-de-sante-par-la-qualite-et-lefficience-la-has-presente-son-projet-strategique-2013-2016](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1648360/fr/reguler-le-systeme-de-sante-par-la-qualite-et-lefficience-la-has-presente-son-projet-strategique-2013-2016)

HAUTE AUTORITE DE SANTE. La HAS déploie PACTE, un programme autour du travail d'équipe [22 juin 2013], disponible sur internet : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1601344/fr/la-has-deploie-pacte-un-programme-autour-du-travail-en-equipe?xtmc=&xtcr=2](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1601344/fr/la-has-deploie-pacte-un-programme-autour-du-travail-en-equipe?xtmc=&xtcr=2)

HAUTE AUTORITE DE SANTE. Certification des établissements de santé : la version 2014 à la loupe [10 octobre 2012], disponible sur internet : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1346440/fr/certification-des-etablissements-de-sante-la-version-2014-a-la-loupe](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1346440/fr/certification-des-etablissements-de-sante-la-version-2014-a-la-loupe)

HAUTE AUTORITE DE SANTE. Le chemin clinique [03 août 2013], disponible sur internet : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/chemin\\_clinique\\_fiche\\_technique\\_2013\\_01\\_31.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/chemin_clinique_fiche_technique_2013_01_31.pdf)

HAUTE AUTORITE DE SANTE. Maladies chroniques, parcours de soins [03 août 2013], disponible internet : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r\\_1501098/fr/maladies-chroniques-parcours-de-soins](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1501098/fr/maladies-chroniques-parcours-de-soins)

HAUTE AUTORITE DE SANTE. Les soins de suite et de réadaptation [03 août 2013], disponible internet : <http://extranet-has.seevia.com/extranet/Documents/Fiches/fiche-SSR-fevrier2004.pdf>

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Stratégie nationale de santé, feuille de route [23 septembre 2013], disponible sur internet : <http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-version-longue.pdf>

MUTUALITE FRANCAISE. Réforme du système de santé : vers une « médecine de parcours » [03 août 2013], disponible sur internet : <http://www.mutualite.fr/L-actualite/Kiosque/Revues-de-presse/Reforme-du-systeme-de-sante-vers-une-medecine-de-parcours/%28language%29/fre-FR>

WACHEUX F., facteur influençant la collaboration interprofessionnelle : cas d'un hôpital universitaire [03 août 2013] disponible sur internet : [http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/17/03/57/PDF/article\\_3fevfinal.pdf](http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/17/03/57/PDF/article_3fevfinal.pdf)

<b>Un article de périodique</b>
---------------------------------

CREMADEZ M., BICHER E., mai juin 2012, « Du séjour au parcours de soins », Revue Hospitalière de France, n°546, pp.44-48.

BONATO A., novembre 2009, « La direction des soins, garante du parcours personnalisé de soins », Revue soins Cadres, n°72, pp.26-27.

KABENE S., octobre 2011, « Comment concilier développement d'une culture de collaboration interprofessionnelle et celui d'un système de management des processus à l'hôpital », Revue cahiers hospitaliers, n°282, pp.12-19.



## Communication à une conférence

Lebel, P. (2002). La formation interdisciplinaire ou interprofessionnelle. Communication présentée au colloque sur les Nouvelles tendances en enseignement de la santé de la Société d'implantation du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (SICHUM), Montréal, 15 février.

DAMERON S., « Structuration de la coopération au sein d'équipes projet », *in* Dauphine Université Paris, XIIème Conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique (AIMS), 3, 4, 5 et 6 juin, 2003 Tunisie, Paris : CREPA, 23 p.

Fortier, L. (2004). Des alliances...au quotidien. La base de la collaboration interprofessionnelle Communication présentée au congrès annuel de l'AQIISM, Montréal, 20 mai. <http://www4.banq.qc.ca/pgq/2005/3132352/3132352.pdf>.>

---

# Annexes

---

## Guide d'entretiens

<b>Guide d'entretiens patients</b>
------------------------------------

- Pouvez vous me racontez le parcours que vous avez suivi avant d'être hospitalisé dans le service
- Quels sont les éléments qui vous ont interpellé durant ce parcours
- Comment s'organise votre sortie
- Avez-vous des suggestions pour améliorer votre prise en charge
- Avez-vous suffisamment d'informations pour votre sortie
- Qu'allez-vous faire à votre sortie d'hospitalisation

<b>Guide d'entretiens professionnels de santé</b>
---

- Est-ce que le transfert d'une unité à une autre suit un processus fluide
- Comment s'organise l'accueil et la sortie du patient
- Travaillez-vous avec des professionnels des autres unités dans le cas d'un transfert de patient
- Selon vous est-ce que le patient est pris en charge selon un parcours de soins
- Quels sont les acteurs d'une coordination professionnelle dans la prise en charge en milieu hospitalier d'un patient
- Quel sont selon vous les facteurs faisant obstacles au parcours de soins ?
- Quels sont les facteurs favorisant la collaboration entre les professionnels de santé
- Quelle place occupez-vous dans le parcours de soins
- Faites vous une différence entre collaboration et coopération

• MILLIET

• Chantal

• Décembre 2013

## Directeur des soins

Promotion 2013

### **La coordination dans le parcours de soins : un axe managérial pour le directeur des soins**

#### **Résumé :**

La notion de parcours de soins occupe une place prépondérante dans notre système de santé, il répond à deux enjeux l'amélioration de la qualité des soins et la maîtrise des dépenses de santé. Ces enjeux sont rendus nécessaires par l'augmentation des maladies chroniques, l'allongement de la durée de vie et la modification de besoins et attentes de la population. L'hôpital n'est plus aujourd'hui le seul lieu de soin il s'intègre dans un parcours de soins coordonné et individualisé. Ce positionnement, confère aux établissements de santé un rôle dans la coordination des professionnels du soin en amont et en aval d'une prise en charge hospitalière. Cependant l'hyperspécialisation de la médecine et l'expertise développée au regard, a conduit à des organisations parcellisées et cloisonnées au sein des hôpitaux. Il s'agit donc pour le directeur des soins de conduire un projet pour sortir d'un modèle « balkanisé » et se diriger vers une coordination volontaire dans le cadre d'un parcours de soins, c'est-à-dire conduire les équipes autour d'une coopération interservice et interpôle. Cette culture du parcours de soins permettra de sortir d'un professionnalisme hospitalo-centré pour intégrer les établissements de santé dans le système globale de santé.

#### **Mots clés :**

Coordination, coopération, directeur des soins, organisation hospitalière, parcours de soins,

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*