



EHESP

Filière Directeur des Soins

Promotion : **2018**

Date du Jury : 11 décembre 2018

**Structurer les parcours de soins :
Un nouvel enjeu pour le directeur des
soins**

Franck LANGLOIS

Remerciements

Je tiens tout particulièrement à remercier Florence, Lilou, Benjamin et Tom, ma petite famille qui a supporté notre vie en pointillé depuis 2 ans et m'a soutenu à chaque instant...

Merci à Caroline, Brigitte, Marie-Lise et Patrick pour leur compagnonnage aussi riche que bienveillant.

Merci enfin à Arielle, Caroline, Céline, Michelle, Nathalie, Sylvie, Christophe, Jean, François, Luc-Olivier pour avoir enrichie cette année à l'EHESP de leurs authentiques valeurs humaines.

Sommaire

Introduction	1
1 Entre filières de soins, parcours de soins et parcours de santé, une organisation territoriale à définir.....	5
1.1 Un paysage sanitaire et médicosocial polymorphe organisé en silos	5
1.1.1 Territoires et territoires de santé	5
1.1.2 De la filière au parcours, la traduction d'une inversion de logique.	7
1.1.3 L'objectif annoncé des politiques publiques	9
1.2 La coordination des acteurs un enjeu majeur d'évolution du système de santé... 10	
1.2.1 Coopération ou coordination, des concepts à définir	10
1.2.2 Des outils de coordination dissociés, créés sur presque 20 ans.....	12
1.2.3 Des expériences innovantes au service du décloisonnement et de la coopération	15
1.2.4 La responsabilité populationnelle : Rechercher une organisation intégrée dans un contexte extrêmement fragmenté.....	17
2 Exploitation des entretiens	19
2.1 Méthodologie	19
2.2 Restitution des entretiens.....	21
2.3 Discussion	28
2.3.1 Des freins multiples qui limitent l'ambition de disposer d'un système intégré	29
A) Des freins relationnels	29
B) Des freins financiers.....	30
C) Des freins techniques.....	30
2.3.2 Des leviers possibles	31
2.3.3 Un enjeu financier pour les établissements hospitaliers	32
3 Le directeur des soins : un acteur stratégique de la construction des parcours.....	33
3.1 Une contribution à la démarche de construction des parcours : une approche nécessairement stratégique.....	33
A) Un positionnement stratégique à trouver lorsqu'il existe une direction des parcours	33
B) Une direction qui peut potentialiser les expériences singulières et valoriser les initiatives.....	34
C) Une direction qui peut rassembler les acteurs hospitaliers intervenant dans la construction des parcours.....	35

D) Un parcours professionnel qui facilite le dialogue avec les partenaires et l'évaluation des besoins du patient.....	35
3.2 Le management du directeur des soins : un levier pour la construction des parcours sur le plan opérationnel	36
A) Une phase d'exploration des ressources mobilisables	38
B) Une politique managériale qui s'inscrit dans un projet de soins centré sur les parcours	39
C) Les cadres de santé : Des acteurs clés pour la construction des partenariats et la structuration des parcours	44
D) De nouveaux métiers à développer et encadrer qui bousculent la dynamique des équipes de soins.....	45
Conclusion	47
Bibliographie.....	49
Liste des annexes.....	53

Liste des sigles utilisés

ARS	Agence Régionale de Santé
CDS	Cadre De Santé
CGS	Coordinateur Général des Soins
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLSM	Conseil Local en Santé Mentale
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CPP	Cadre Paramédical de Pôle
CSIRMT	Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
CSP	Code de la Santé Publique
CSS	Cadre Supérieur de Santé
DG	Direction Générale
DGA	Directeur Général Adjoint
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DPI	Dossier Patient Informatisé
DS	Directeur des Soins
EPS	Etablissement Public de Santé
ESPIC	Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
FIR	Fond d'Intervention Régional
GH	Groupe Hospitalier
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
GTT	Gestion du Temps de Travail
IDE	Infirmier(e) diplômé(e) d'Etat
IPA	Infirmier(e) de Pratique avancée
LFSS	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
LMSS	Loi de Modernisation de notre Système de Santé
MAIA	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
PAERPA	Parcours des personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie
PCME	Président de la Commission Médicale d'Etablissement
PH	Praticien Hospitalier
PMP	Projet Médical Partagé
PMSP	Projet Médico-Soignant Partagé
PTA	Plateforme Territoriale d'Appui
RU	Représentant des usagers
URPS	Union Régionale des Professions de Santé

Introduction

La question de la territorialisation de l'offre de soin est au cœur des politiques publiques de santé. Des points saillants du contexte sanitaire et social rendent cette question décisive.

Notre système de santé fait face à une triple transition : Démographique, Epidémiologique et Technologique.

En 2016, 23.5% de la population française avait plus de 60 ans. En 2060, ce sera plus de 32% de la population, cette population augmentera à elle seule de 10,4 millions entre 2007 et 2060, ce qui représentera plus de 23 millions de personnes. L'augmentation attendue la plus forte concerne les plus âgés : les plus de 85 ans passant de 1,3 à 5,4 millions sur la même période¹.

Les progrès de la médecine et l'apport des maladies dites civilisationnelles amènent à une forte évolution des maladies chroniques. Cette transition épidémiologique est d'autant plus importante que son incidence est élevée chez les personnes âgées (1 sur 2 et 2/3 des décès). Le vieillissement de la population fait de la prise en charge des maladies chroniques un enjeu majeur de santé publique.

Par ailleurs, la mortalité prématurée est parmi la plus élevée d'Europe et concerne 20% des décès avant 65 ans. Dans 41% des cas, un cancer est en cause (1 sur 3 chez les hommes et 1 sur 2 chez les femmes) suivi des morts violentes pour 15,4% et des maladies de l'appareil circulatoire pour 13,4%. La réduction des comportements à risques, grâce à des actions de prévention fréquentes, diminuerait d'un tiers cette mortalité évitable.

Quant à la transition technologique, elle impactera l'ensemble des composantes de notre système de santé. Il s'agit de ce que l'on appelle les NBIC pour Nanotechnologies, Biotechnologies, Internet/numérique et sciences Cognitives. La télémédecine et les objets connectés s'invitent dans le paysage sanitaire.

Enfin, les inégalités d'accès aux soins restent fortes malgré les différentes politiques de santé mises en œuvre.

Pour faire face à ces évolutions, les tentatives de territorialisation de l'offre de soins ont été nombreuses depuis les années 70 et ont fait émerger différents modèles.

Avec l'élaboration des Schéma Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) de troisième génération (2003), le territoire devient le cadre réglementaire de l'organisation des soins et se substitue à la carte sanitaire de 1970. Le territoire de santé est pensé comme élément structurant de l'organisation des soins sur la base d'objectifs quantifiés de l'offre de soins et d'un projet médical de territoire. Le territoire est aussi envisagé comme un espace de concertation entre les acteurs de santé au travers des conférences sanitaires

¹ Source : INSEE, estimations de population et statistiques de l'état civil et projection de population 2007-2060

de territoire. D'abord centré sur l'hôpital via les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), le découpage territorial s'étend à des activités de santé publique et d'accompagnement médico-social avec notamment la création des Agences Régionales de Santé (ARS) par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST).

La loi HPST pose le cadre réglementaire des complémentarités entre acteurs : les ARS ajoutent au périmètre des ARH, la médecine de ville et les activités médico-sociales.

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (LMSS) engage une dynamique plus large. Les communautés professionnelles territoriales de santé (art. 65) ont pour objectif de développer les synergies entre les professionnels de santé, les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé, les maisons de santé, les acteurs sociaux et médico-sociaux afin de coordonner leurs actions, structurer les parcours de santé et mettre en œuvre les Programmes Régionaux de Santé (PRS). Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) mais aussi les Equipes de Soins Primaires (ESP) et les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) réunissent l'ensemble des acteurs de territoire.

La stratégie nationale de santé 2018 priorise la mise en place d'une politique de promotion de la santé, incluant la prévention dans tous les milieux et tout au long de la vie (Axe 1) et veut garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé (Axe 3)². Ceci impose d'assurer la continuité des parcours en santé en organisant les transitions ville-hôpital et en anticipant ou prévenant la dégradation de l'état clinique des patients suivis, afin notamment de limiter le recours à l'hospitalisation.

Ainsi, la prise en charge du patient se veut globale, pluri-professionnelle et coordonnée tout au long de son parcours. L'organisation des soins laisse place aux parcours de soins coordonnés voir au parcours de santé lorsqu'il s'agit de prendre également en compte la prévention et l'éducation à la santé en cohérence avec la mise en œuvre du schéma unique³.

Reste à mettre en œuvre ce projet ambitieux et nécessaire en réunissant l'ensemble des acteurs autour d'une préoccupation commune: le patient et ses besoins, à l'instar de ce que la santé mentale a su développer au travers des Conseil Locaux de Santé Mentale (CLSM) et des projets médicaux de territoire pour la santé mentale.

² MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, 2018, Stratégie Nationale de santé 2018-2022, 104p, [visité le 07.05.2018], disponible sur internet : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf

³ Le Schéma régional de santé est l'unique schéma du Projet régional de santé 2 : il a donc vocation à couvrir l'ensemble des champs des anciens schémas (prévention, offre de soin, accompagnement médico-social), en offrant une approche décloisonnée basée sur le parcours de santé de l'usager du système de santé

Issus de la loi de modernisation de notre système de santé, les groupements hospitaliers de territoire ont notamment pour vocation de structurer la démarche.

Mais force est de constater que l'élaboration des Projets Médico-Soignants Partagés (PMSP) est restée centrée sur la définition des filières de soins sur le territoire en organisant notamment l'offre des différentes structures hospitalières au sein du GHT, sans que soient associés, à quelques exceptions près, les partenaires extérieurs (sociaux et médico-sociaux).

L'aval de l'hospitalisation est abordé sous l'angle des soins de suite. Les structures sociales, l'accompagnement à domicile sont peu questionnés. La coordination des prises en charge entre l'hôpital et la médecine de ville n'est pas nécessairement au centre des projets des établissements à l'heure même où s'impose le développement de la chirurgie ambulatoire.

Si la mise en œuvre des parcours coordonnés est à l'initiative des établissements publics de santé, elle devra être pilotée, structurée et déclinée opérationnellement à l'échelle du territoire par des responsables hospitaliers qui possèdent une expertise des organisations de soins dans toutes ses dimensions ainsi qu'une vision stratégique et politique.

Le Directeur des Soins (DS), au cœur de l'organisation des prises en charge hospitalières, apparaît comme un acteur clé dans la structuration des parcours de soins à l'hôpital.

Ces différents constats conduisent à interroger la place du DS dans cette évolution du système de santé au travers de la question suivante :

En quoi le management du DS favorise-t-il la structuration de parcours de soins de territoire cohérents au sein des différentes filières ?

Plusieurs hypothèses à explorer accompagnent ce questionnement:

- L'établissement de santé est à l'initiative de la construction des parcours de soins
- La démarche de construction des parcours de proximité est portée par le DS au sein de sa direction.
- Dans le cadre de la politique managériale du DS, les Cadres De Santé (CDS), jouent un rôle clé dans la construction des parcours
- De nombreux dispositifs de coordination et coopération existent déjà au sein de l'hôpital portés par les équipes de soins.

Aborder la question de la territorialisation de l'offre de soins nécessite de définir les concepts mobilisés, les dispositifs réglementaires existants et de s'intéresser aux expériences innovantes. (I). Une enquête qualitative nous permettra d'explorer nos différentes hypothèses, d'interroger les limites de la démarche dans le contexte présent et d'interroger la place du DS (II). Enfin, nous tenterons d'élaborer une stratégie à mettre en œuvre par le DS pour favoriser la structuration de parcours de soins au sein des différentes filières (III).

1 Entre filières de soins, parcours de soins et parcours de santé, une organisation territoriale à définir

1.1 Un paysage sanitaire et médicosocial polymorphe organisé en silos

1.1.1 Territoires et territoires de santé

Difficile d'identifier la réalité qui se cache derrière la notion de territoire tant celle-ci est polymorphe et évolutive. Quelques repères historiques permettent d'identifier ce qu'elle recouvre.

En 1963, l'État français se dote d'une Délégation interministérielle à l'Aménagement du Territoire et à l'Action Régionale (DATAR), destinée à mettre en œuvre la politique d'aménagement du territoire définie au cours des années 60. La santé est absente de cette démarche. Ce n'est qu'en 1970 que la loi hospitalière aboutit à la création de la carte sanitaire, faite de secteurs sanitaires de tailles variables mais surtout infra départementaux.

Ce découpage s'appuie sur deux critères : les effectifs de la population et l'attraction supposée des établissements de soins. Il n'existe pas de données pour objectiver cette répartition.

Il faut attendre les cartes produites par les Observatoires Régionaux de Santé⁴, pour que se révèlent de fortes disparités de santé, tant sur l'état de santé de la population française, que sur l'offre de soins. Apparaît alors l'existence d'iniquités spatiales et plus seulement sociales. L'année 1984 va constituer un tournant avec l'introduction du Programme Médicalisé du Système d'Information (PMSI). Nous savons d'où vient le patient hospitalisé et sa pathologie.

Il s'agit d'un tournant majeur et d'un véritable changement de paradigme : adapter l'offre de soins aux besoins de la population.

Le soin devra s'appréhender globalement, l'expression d'une maladie ou de l'état de santé s'inscrit dans un contexte plurifactoriel où s'intriquent une multitude de déterminants.

⁴ En 1981, le rapport du député Guy-Pierre Cabanel au Premier ministre Raymond Barre préconisait l'analyse de la situation du système de soins en France et de l'état sanitaire des régions pour mieux définir les objectifs et apprécier les résultats de la politique de santé

La loi du 31 juillet 1991, portant réforme hospitalière, régionalise différentes instances et outils de planification sanitaire : SROS, CRS, URML puis agences régionales de l'hospitalisation et URCAM composent le maillage institutionnel chargé de prendre en considération la dimension territoriale des besoins de santé des populations.

Le 5 mars 2004, la circulaire n°101 de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) invite à *«emprunter une voie innovante dans la définition de territoires de santé qui sont appelés à remplacer les secteurs sanitaires. Sur chaque territoire, les orientations générales du SROS pourront se traduire par un projet médical de territoire»*.

La loi portant la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, du 21 juillet 2009 crée les ARS et réinterroge les territoires de santé, privilégiant le découpage départemental. Il s'agit de prendre également en compte la répartition des populations, leurs pratiques spatiales dans leur environnement de vie et les problématiques d'accessibilité. Le territoire de santé devient un territoire de concertation.

Ainsi la question du maillage des soins de premier recours devient centrale et oblige à analyser les caractéristiques et besoins populationnels à l'échelle locale allant jusqu'au quartier pour les zones denses.

La loi de modernisation de notre système de santé fait évoluer, quant à elle, le concept de territoire en dissociant celui qui sert de base à la planification de l'offre de soins, des territoires de démocratie sanitaire.

Ainsi l'article L1434-9 du CSP issu de la LMSS dispose que l'ARS délimite :

- *« Les territoires de démocratie sanitaire à l'échelle infra régionale »*, de façon à couvrir l'ensemble du territoire régional
- les *« zones »* qui permettent d'une part la répartition des activités et des équipements et celles qui permettent d'autre part, la répartition des laboratoires de biologie médicale.

Ces zones sont à différencier de celles définies par l'article L1434-4 du CSP permettant d'évaluer la densité de l'offre de 1^{er} recours et de définir l'accès aux dispositifs d'incitation ou de régulation des installations.

Ainsi l'échelle du département est amenée à disparaître au profit d'une plus grande proximité.

Mais en réalité comment définir un territoire de santé entre pouvoir administratif, découpage institutionnel et espace vécu par les populations ?

1.1.2 De la filière au parcours, la traduction d'une inversion de logique.

La filière :

L'organisation centrée sur l'hôpital laissait quelque peu à la marge les besoins du patient. La nécessaire rationalisation des dépenses de santé, allant de la maîtrise (fin 1970) à la recherche de performance, a engagé les acteurs hospitaliers à penser des filières de soins efficaces. Ainsi s'organisent, au sein des structures, des parcours hospitaliers par filière prônant notamment la mutualisation des moyens. Reste au patient à s'inscrire dans une trajectoire établie pour lui, par l'institution hospitalière.

La filière de soins est un mode d'organisation essentiellement interne à un établissement de santé. Elle décrit les différentes étapes qui vont intervenir pour une prise en charge donnée. Il s'agit d'identifier un processus d'interventions coordonnées des différents services et acteurs qui interviendront à chacun des temps de la prise en charge. Une filière de soin peut se prolonger à l'extérieur de l'institution dans le cadre d'un réseau structuré.

Développés de façon informelle, alors que les années 80 connaissent l'épidémie de VIH, les réseaux de soins doivent leur existence légale aux ordonnances de 1996⁵. La loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, pose la base même des réseaux de santé et ajoute à la dimension curative de ces réseaux, leur implication dans la prévention et l'éducation.

Les réseaux de santé sont définis comme « *le regroupement volontaire de plusieurs personnes ou pôles de compétences en vue de répondre à un besoin de santé publique identifié sur une aire géographique déterminée* »⁶.

La construction des filières est l'objet des projets médico-soignants de territoire des groupements hospitaliers de territoire instaurés par la loi N°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (Article 107). L'extérieur se limite encore, dans ce cas, aux autres établissements qui doivent tous s'inclure dans une nouvelle coopération au sein d'un territoire.

⁵ Ordonnance N°96-945 du 24 avril 1996, (art. L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale)

⁶ LARCHET P, POLEMI P, 2001, *La santé en réseaux : objectifs et stratégie dans une collaboration ville-hôpital*, Paris, Edition Masson, p.186.

Le parcours :

En parallèle, le patient s'inscrit dans un parcours de prise en charge singulier, dont les frontières sont bien plus larges, à la hauteur de ses besoins de santé et de ses habitudes de vies.

La notion de parcours recouvre de multiples définitions selon la façon que nous avons de le qualifier : parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie.

Elle peut se définir comme une succession d'étapes, un trajet, ce qui n'en fait pas pour autant un processus linéaire.

C'est la loi du 4 mars 2002 qui sera à l'origine de la logique de parcours. Elle inscrit le développement des réseaux de soins comme une de ses priorités, ce qui oblige les professionnels de santé à collaborer sur un même territoire. Dans la continuité, la loi du 13 août 2004, portant réforme de l'assurance maladie, impose à toute personne de plus de 16 ans, la désignation d'un médecin traitant chargé de mettre en œuvre un parcours de soins coordonnés⁷.

La loi Hôpital Patient Santé Territoire de 2009⁸ permet la création de maisons de santé pluridisciplinaires⁹ et encourage les coopérations entre les professionnels des établissements de santé et les libéraux.

Par la suite, rationalisation nécessaire des coûts et réponses aux inégalités d'accès aux soins sur le territoire font naître le concept de médecine de parcours. La haute autorité de santé promeut en 2012 les parcours de soins qui permettront un suivi personnalisé et coordonné de l'utilisateur.

Plus proche de nous, la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 se fixe comme objectif de « *promouvoir les soins primaires et favoriser la structuration des parcours de santé* ». Dans son article 1, elle précise que ces parcours « *visent, par la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en lien avec les usagers et les collectivités territoriales, à garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficacité de la prise en charge de la population, en tenant compte des spécificités géographiques, démographiques et saisonnières de chaque territoire, afin de concourir à l'équité territoriale* »¹⁰

Ainsi se précise la notion de parcours dans une approche globale de la prise en charge du patient. Une logique inclusive qui concerne l'ensemble des acteurs du territoire.

La notion de parcours de santé est à différencier d'autres éléments de langage.

⁷ LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale)

⁸ LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

⁹ Article L. 6323-3 du code de Santé Publique

¹⁰ LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, article Art. L. 1411-1 du CSP

Le **parcours de soins** évoque la dimension curative. Il se définit comme « *une succession d'étapes que le patient va suivre tout au long de la trajectoire déterminée par sa maladie et par la spécificité de sa situation, depuis son admission dans un établissement de santé, jusqu'à sa sortie, en passant par les différentes structures et professionnels qui assureront la prise en charge en amont et en aval* »¹¹.

Le parcours de soins est à l'image de la singularité de chacun des patients. Il s'agit bien de répondre aux besoins de l'individu en tenant compte de son environnement familial, social, économique et culturel. Il s'inscrit globalement dans l'environnement de vie du patient (hors recours spécialisé).

Souvent confondu avec le parcours de soins, le **parcours patient** décrit essentiellement une prise en charge au sein d'un établissement tout comme la notion de **circuit patient** qui aborde de façon précise le parcours physique du patient à chaque étape de son parcours au sein de l'institution.

1.1.3 L'objectif annoncé des politiques publiques

C'est la stratégie nationale de santé, dans son axe « *garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé* », qui en lien avec les différentes transitions auxquelles notre système de santé est confronté, affirme la volonté de mettre en place une organisation moins centrée sur l'hôpital et décloisonnée.

La nécessité de mettre en œuvre un système plus intégré apparaît comme une priorité de réforme structurelle.

La mise en œuvre des GHT a pu constituer une première étape centrée sur l'organisation du territoire et la rationalisation de l'offre hospitalière.

Maître mot de la réforme, les coopérations entre professionnels semblent être une réponse attendue aux nouveaux besoins de la population.

Ainsi devra se construire une articulation entre les différents acteurs sanitaires, sociaux, médico-sociaux et libéraux permettant « *des parcours de santé fluides, lisibles, sans redondance et sans rupture* »¹².

Les moments de transitions sont des phases à risque de rupture, notamment s'agissant des passerelles ville-hôpital. La coordination des interventions à domicile, le partage d'informations, le financement des actes ou la convergence des dispositifs d'appui à la coordination territoriale (PTA, MAIA, PAERPA, réseaux) sont au cœur de la problématique et sont autant d'objectifs inscrits dans la stratégie nationale de santé.

¹¹ AISSOU M., DANOS J.P., JOLIVET A., 2016, *Structurer les parcours de soins et de santé*, Bordeaux, LEH Edition, 240p, p.44.

¹² MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, 2018, *Stratégie Nationale de santé 2018-2022*, 104p, [visité le 09.05.2018], disponible sur internet : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf

1.2 La coordination des acteurs un enjeu majeur d'évolution du système de santé

1.2.1 Coopération ou coordination, des concepts à définir

Si les termes « coordination » et « coopération » partagent un préfixe commun « co », du latin « cum » qui signifie « avec », ce qui laisse entrevoir que dans les deux cas une action est commune, il n'en demeure pas moins qu'ils désignent deux concepts très différents.

Alors que coordonner implique d'organiser les actions ou les acteurs logiquement, on opère conjointement dans l'autre cas.

Coopération

Le terme de coopération reste difficile à définir tant « *il désigne tout à la fois une action ou un mode d'action, un système, une pratique, une théorie, un moyen, un processus, une finalité, un état des choses idéal et stable à construire, une façon de vivre ensemble* »¹³.

D'après le Grand Larousse de la langue française, la signification étymologique du terme coopération est « *part prise à une œuvre commune* ». Coopérer, c'est chercher à se rallier à une œuvre commune. Les résultats sont partagés, on recherche une forme d'égalité entre les acteurs et que « *chacun prenne sa place sans se prendre la place* »¹⁴. Sous l'angle économique, une coopération désigne un système qui regroupe les personnes autour d'un objectif commun et qui nécessite une répartition des ressources proportionnelle à leur investissement.

Au sein d'un groupe social, il s'agit de s'entendre pour réaliser une action commune.

La coopération met en exergue le collectif mais laisse entendre, implicitement une volonté individuelle de participer à l'œuvre collective, l'envie de collaborer et de partager. La notion de coopération, dont le préfixe « co » implique un rapport d'égalité entre les participants, ne laisse pas de place à la concurrence ou aux rivalités.

Ainsi la coopération existe au travers de la mise en commun ou le partage d'idées, d'expériences, de connaissances. La capacité individuelle se potentialise au contact du collectif. Nous voyons ici, l'effet potentiel d'une coopération sur l'empowerment individuel, celui ci étant défini comme « *un processus de changement individuel interne (le pouvoir en), d'augmentation des capacités (le pouvoir de) et de mobilisation collective (le pouvoir avec) dans le but de modifier une relation de dépendance et de subordination*

¹³ DELCOURT L., Coopération : une ébauche de problématisation, [visité le 07.08.2018], disponible sur internet : <https://www.cetri.be/Cooperation-une-ebauche-de>

¹⁴ Dr Roland Bonnin, Président de l'ordre de médecins des Deux-Sèvres

(le pouvoir sur) »¹⁵. Peut-être faut-il y voir l'opportunité de créer la motivation à l'inscrire dans un processus de coopération entre les acteurs, à réunir autour d'un objet commun.

Coordination

Le dictionnaire Larousse définit la coordination comme « l'harmonisation d'activités diverses dans un souci d'efficacité ». Du latin *cum*, avec, et *ordinare*, mettre en ordre, arranger, organiser, la coordination peut également être définie comme l'action de coordonner, d'ordonner, d'agencer les parties d'un ensemble en vue d'un objectif particulier.

Lorsque ce terme s'applique à un groupe, il s'agit, dans un souci d'efficacité, d'orienter les actions ou les initiatives de l'ensemble de ces membres vers l'accomplissement d'un objectif commun. Cette organisation nécessite qu'un coordonnateur favorise et facilite les interactions entre les différents intervenants.

Un des objectifs de la coordination est la recherche de synergies, ce terme désignant l'effet cumulatif des actions coordonnées dont le résultat obtenu est plus important que la somme des effets attendus de l'action de chacun des participants pris individuellement.

Parce que la coordination est au cœur du sujet que nous traitons, il convient de l'aborder sous l'angle du management des organisations permettant l'action collective.

Enjeu majeur de la coordination organisationnelle, la recherche de cohérence d'ensemble ou de convergence des interventions peut être mise à mal par des facteurs de risques de désorganisation voir d'éclatement : la sur-spécialisation (source d'isolement, de rigidité, de perte de flexibilité), la différenciation au sens social du terme¹⁶, la non intégration¹⁷. Coordonner nécessitera ainsi de combattre les effets indésirables de la spécialisation, de réguler les conséquences de la différenciation et de mettre en place une politique managériale favorisant les processus et facteurs d'intégration.

Pour Henri Fayol, coordonner c'est « *relier, unir, harmoniser tous les actes et tous les efforts* » et « *mettre de l'harmonie entre tous les actes d'une entreprise de manière à en faciliter le fonctionnement et le succès* »¹⁸

Henry Mintzberg, distingue six mécanismes fondamentaux de coordination¹⁹ :

¹⁵ Ibid

¹⁶ Tendence à accentuer les différences entre les membres de leur propre groupe et les différences par rapport aux membres des autres groupes produisant une discrimination favorable à leur propre groupe d'appartenance

¹⁷ D'un individu ou d'un groupe vis à vis d'une autre communauté

¹⁸ FAYOL H., 1970, *Administration industrielle et générale*, Paris, Dunod, 133p, p.5.

¹⁹ MINTZBERG H., 2004, *Le management : Voyage au Centre des Organisations*, Paris, Editions d'Organisation, 704p.

- L'ajustement mutuel qui consiste à s'accorder par une communication informelle tant dans des situations simples que dans des contextes complexes
- La supervision directe où un supérieur hiérarchique donne ses consignes aux collaborateurs et contrôle leurs résultats
- La standardisation des procédés (méthodes de travail, procédures auxquelles les acteurs doivent se conformer)
- La standardisation des résultats qui définit l'objectif à atteindre mais laisse place à l'initiative quand à la manière de les atteindre
- La standardisation des qualifications définissant à priori les savoirs, savoirs faire et niveaux de compétence attendus

Nous verrons que ces deux concepts seront mobilisés lorsqu'il s'agira d'élaborer une stratégie permettant de mettre en œuvre une approche coordonnée et intégrée des parcours de soins.

1.2.2 Des outils de coordination dissociés, créés sur presque 20 ans

Depuis les années 2000, différents dispositifs ont été créés, chacun en réponse à une problématique de santé publique, centrée sur une population définie.

La circulaire DAS-RV 2 N° 2000-310 du 6 juin 2000 crée les centres locaux d'information et de coordination (CLIC). Sur le principe du guichet unique, il s'agit de coordonner différents dispositifs existant concernant les personnes âgées. Dès 2001, on compte 165 sites d'implantation.

En 2002, l'article 84 de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé introduit au CSP un article définissant le rôle et le fonctionnement des réseaux de santé qui ont pour objet de « *favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires* »²⁰. En 2011, on comptait 716²¹ réseaux financés par le fond d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (devenus fonds FIR en 2012).

Les parcours de soins coordonnés sont créés par la loi du 13 août 2004, relative à l'assurance maladie. Le médecin traitant désigné par chaque assuré est chargé notamment de mettre en place et gérer le dossier médical personnel prévu à l'article L.161-36-1 du CSS.

²⁰ CODE DE LA SANTE PUBLIQUE : Article L 6321-1.

²¹ Source : ministère des affaires sociales et de la santé

Afin de favoriser l'autonomie des personnes handicapées, un autre dispositif réunissant une équipe pluridisciplinaire chargée d'accompagner, d'informer et de conseiller patients et familles est créé: les maisons départementales pour l'autonomie des personnes handicapées (MDPH).

Les maisons de santé, créées en 2007 vont permettre aux professionnels libéraux, un exercice coordonné. Médecins, auxiliaires médicaux ou pharmaciens se regroupent au sein d'une structure dotée de la personnalité morale et soutenue par l'ARS dans le cadre d'un contrat. Elles regroupaient en 2015, 2650 professionnels dont 750 médecins²².

Le 3^{ème} plan « Alzheimer » 2008-2012, propose la création des MAIA, maisons pour l'autonomie et l'intégration de malades Alzheimer. Lieu de coordination associant le secteur sanitaire et le secteur médico-social. Ce dispositif va évoluer en 2015. L'article 77 de la loi N°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) élargit leur champ d'action. Il ne s'agit plus seulement de s'intéresser aux malades Alzheimer mais à l'ensemble des personnes âgées en perte d'autonomie. MAIA devient une « Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de Soins dans le champ de l'Autonomie ».

Expérimenté en 2013 dans le cadre de la LFSS, suite au rapport du HCAAM²³, le programme PAERPA (parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie) a pour objectif de préserver l'autonomie des personnes âgées en renforçant notamment la prise en charge coordonnée s'appuyant sur une coordination clinique de proximité et une coordination nationale d'appui. Si initialement 9 territoires pilotes avaient été retenus en 2014, le Pacte territoire santé 2, pose l'objectif à minima d'un dispositif par région. La volonté affichée par cette méthode est de répondre à 5 objectifs : Renforcer le maintien à domicile, améliorer la coordination des intervenants et des interventions, sécuriser la sortie de l'hôpital, éviter les hospitalisations inutiles et éviter les polymédications inutiles.

La loi N° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé consacre son livre II à la mise en œuvre des parcours de santé. Différentes mesures permettant de favoriser le décloisonnement sont proposées :

- Créer des équipes de soins primaires qui regroupent un ensemble de professionnels de santé autour de médecins généralistes de premier recours sous forme, par exemple, de maisons ou de centres de santé. Il s'agit de structurer les parcours de soins et de coordonner les acteurs (Article 64).
- Créer les communautés professionnelles territoriales de santé, à l'initiative des professionnels eux-mêmes, là encore pour aider à la coordination (article 65).

²² Source : Ministère des affaires sociales et de la santé / DGOS PF3 & USID

²³ Haut Conseil pour l'Avenir de Assurance Maladie

- Créer les plateformes territoriales d'appui (PTA) qui à l'initiative des ARS, ont pour objet de mobiliser les professionnels des champs sanitaires, sociaux et médicosociaux pour prévenir les hospitalisations inutiles ou évitables ainsi que les ruptures de parcours de santé complexes (article 74).
- Donner un cadre réglementaire à la démarche « *une réponse accompagnée pour tous* », qui concerne au sein des MDPH les personnes se trouvant sans solution adaptée ou en risque de rupture de parcours (article 89)
- Donner une base légale aux instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques (ITEP), afin de favoriser un parcours fluide pour des enfants, adolescents et jeunes adultes qui se trouvent « *engagés dans un processus handicapant qui nécessite le recours à des actions conjuguées et un accompagnement personnalisé* ²⁴ »
- Faciliter le partage d'information entre les intervenants, notamment avec l'instauration de la lettre de liaison entre praticiens de ville et hôpital (article 95), tout en garantissant au patient le respect de ses droits (article 96).

Si la Stratégie Nationale de Santé, inscrit comme objectif, dans son axe 3, l'amélioration de la transversalité et de la continuité des parcours de santé, nous voyons qu'en pratique, le décroisement entre les différents secteurs et acteurs est un objectif complexe à atteindre. La multiplication des dispositifs centrés pour certains sur des populations spécifiques et la complexité de l'articulation des interventions rendent difficile la mise en œuvre d'un système plus intégré.

L'hôpital semble en retrait de ces démarches, à l'image des conclusions du rapport de la DREES qui évaluait qualitativement la mise en œuvre des dispositifs PAERPA en 2017. Il mettait en avant la nécessité « *que soient mobilisés et impliqués les plus hauts niveaux médicaux et administratifs de l'hôpital* » et de « *créer, renforcer ou élargir (...) le rôle d'une instance impliquant des représentants des différents services afin de légitimer la problématique et d'avancer sur le décroisement* ».

²⁴ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, Décret N° 2017-620 du 24 avril 2017 relatif au fonctionnement des établissements et services médico-sociaux en dispositif intégré, journal officiel, n°0098 du 26 avril 2017, texte 13.

1.2.3 Des expériences innovantes au service du décloisonnement et de la coopération

D'ores et déjà, des dispositifs singuliers existent, parfois depuis plusieurs années sur le territoire et à l'initiative d'équipes hospitalières. Il s'agit pour la plupart de dispositifs originaux dont l'objectif est de tisser des liens entre les acteurs du territoire.

La commission extramunicipale de Cannes : un outil de décloisonnement

Créée en 2014, cette commission regroupe de façon paritaire médecine de ville et médecine hospitalière, secteur privé et public et réunit l'ensemble des professions de santé et les usagers. Son action est définie en 4 axes : accès aux soins d'urgence, gérontologie (autour des problématiques de logement et de maintien à domicile), santé mentale et prévention. Chacun des groupes est co-animé par un médecin de ville et un hospitalier. Cette commission renforce les liens entre acteurs et permet également de mieux identifier les besoins de la population et de recenser globalement l'offre disponible.

La plateforme web du Centre Hospitalier Intercommunal (CHI) de Créteil (Val de Marne): une réponse à un frein majeur à la coopération

En 2016, le CHI de Créteil a développé avec une société privée une plateforme web qui permet à l'hôpital d'envoyer des informations directement au médecin traitant du patient, via une connexion sécurisée. De façon automatisée, l'admission d'un patient et l'entrée d'information dans son DPI déclenchent une notification au médecin traitant et l'envoi d'informations (CR, résultats d'examens). La sortie du patient est également anticipée via ce dispositif. Le CHI tente maintenant de faire évoluer ce système afin de recevoir des informations des médecins de ville et de pouvoir échanger via la plateforme.

La cellule de veille et de suivi du conseil local de santé mentale de Nanterre : une coopération aboutie

Initialement née de la volonté dès 2007, du secteur de psychiatrie et de la municipalité, de créer des liens entre les acteurs pour répondre aux besoins spécifiques du territoire, une réunion mensuelle des partenaires a été mise en œuvre. Cette première démarche servira de fondation à la création d'un conseil local en santé mentale.

Le CLSM de Nanterre, créée en 2009 a permis un rapprochement étroit entre structures municipales (cabinet du maire, CCAS²⁵, tranquillité publique), services sociaux (EDAS), bailleurs sociaux (OPHLM²⁶), médecins libéraux, inter-secteur de pédopsychiatrie, centres municipaux de santé et service hospitalier de psychiatrie.

Emanation du CLSM, la cellule de veille et de suivi, regroupe physiquement tous les acteurs du territoire concernés par le handicap psychique. Une fois par mois elle aborde les cas complexes où plusieurs partenaires sont concernés. Instance de concertation mobilisable par l'ensemble des acteurs de la ville, la cellule de veille et de suivi permet la co construction de réponses individualisées et coordonnées à des situations complexes. Par exemple, suite à un signalement d'un bailleur, pour une personne connue des services sociaux et qui nécessite une évaluation médicale, la cellule de veille est l'espace d'échange, de concertation et de coordination qui va permettre d'élaborer une stratégie de prise en charge commune. La sortie d'hospitalisation des patients peut également être organisée avec le bailleur et les assistantes sociales de la ville lors des ces réunions de concertation.

La psychologue de liaison (dont le temps est partagé entre le secteur psychiatrique et le service de santé de la municipalité) qui coordonne le travail de la cellule, assure également un suivi des situations au long court. Ainsi une veille est organisée tant que le patient reste à risque de rechute ou de dégradation de sa situation que ce soit sur le plan social ou médical.

Niort : une construction de GHT originale

Dès la convention constitutive, la volonté d'élargir le processus à l'ensemble des acteurs de territoire est affirmée. Ainsi sont associés au GHT : les établissements publics médico-sociaux, les structures d'hospitalisation à domicile publiques et privées, les établissements privés et les secteurs médico-sociaux privés, mais aussi les ordres professionnels et les médecins libéraux, pôles et maisons de santé pluri professionnelles.

Ici l'objectif est clair : décroisonner, rapprocher et fédérer l'ensemble des acteurs autour de la prise en charge du patient comme l'évoque le directeur général du CH « *soit on fait de la coordination entre établissements publics et on ne peut pas se projeter dans une logique de santé populationnelle, soit notre ambition est de répondre aux besoins de santé et l'idée est alors que tous les acteurs travaillent ensemble* ». ²⁷

²⁵ Centre Communal d'Action Sociale

²⁶ Office Public d'Habitations à Loyer Modéré

²⁷ DESGREES DU LOU G., "Les Deux-Sèvres innovent avec un GHT ouvert aux libéraux", *Techniques hospitalière* n°765, pp.37-38, p.37.

1.2.4 La responsabilité populationnelle : Rechercher une organisation intégrée dans un contexte extrêmement fragmenté.

Le concept de responsabilité populationnelle, soutenu aujourd'hui par la fédération hospitalière de France, traduit l'action de rechercher ce qui nous unit tous (au delà des rôles) : la ville, l'hôpital, les acteurs de santé, les acteurs médicosociaux et structures associatives.

La notion de responsabilité populationnelle reconnaît la diversité des statuts et des rôles de chacun mais s'appuie d'une part, sur une responsabilité que l'on partage tous face à nos patients et sur un territoire donné, et d'autre part, sur un concept d'intégration clinique au service du patient.

C'est aussi un mode de gestion de notre système de santé autour du patient. Un concept qui intéresse les acteurs cliniques et répond aux besoins d'établissements ou acteurs libéraux.

Le concept de responsabilité populationnelle s'appuie sur 6 principes :

- Affirmer le rôle central des acteurs de première ligne, au contact des patients et de la population
- Se focaliser sur les besoins de la population d'un territoire
- Renforcer la capacité organisationnelle par des dynamiques d'apprentissage en continu (se côtoyer et travailler ensemble sur des stratégies intégrées)
- Mobiliser patients et citoyens
- Prendre des décisions basées sur des données probantes
- Elaborer des politiques favorables

Préalable nécessaire au pilotage des organisations, la connaissance des populations doit s'appuyer sur une étude précise des données disponibles, afin de découper une population générale en stratifiant par populations cliniques (diabétiques, utilisateurs d'urgence, population de patients complexes et coûteux). Ce découpage permet d'identifier des populations pertinentes pour élaborer des interventions spécifiques.

Aujourd'hui les problématiques de santé se traitent autour de la gestion des flux : les patients se présentent à l'hôpital ou chez leur généraliste et le dispositif tente de s'adapter.

Dans une approche populationnelle en mode projet, il s'agit de s'attaquer de façon proactive à ce qui génère les flux et réfléchir à une stratégie intégrée qui s'intéresse aux causes du phénomène et au déroulement de l'ensemble du parcours de prise en charge.

A partir des données objectives, comparées aux moyennes nationales, nous pouvons définir un processus permettant l'atteinte de résultats. Par exemple, dans le cas d'une surconsommation de recours aux urgences pour une population âgées de plus de 80 ans, il s'agira de travailler avec les acteurs de la ville pour réduire ce type de recours et de privilégier une élaboration commune et des retours d'expériences pour adapter le parcours et l'intervention des acteurs.

Nous voyons bien que ce travail ne peut être porté que par les acteurs locaux, ceux qui sont concrètement au contact du patient et que la démarche se fera sur un territoire de grande proximité, les tutelles n'intervenant qu'en appui.

Après avoir étudié la question de la construction des parcours de santé sous l'angle théorique et réglementaire, la rencontre des acteurs hospitaliers chargés de leur mise en œuvre est une étape nécessaire pour compléter notre étude.

2 Exploitation des entretiens

2.1 Méthodologie

La méthode

Etudier le management mis en place par le directeur des soins pour favoriser la construction des parcours de soins nécessite de rechercher le point de vue de nombreux acteurs hospitaliers concernés par cette question.

Si la mise en œuvre des GHT a été l'occasion d'élaborer les filières de soins entre les établissements du groupement, nous avons pu mesurer la complexité de faire travailler en collaboration les acteurs d'un territoire quand bien même hospitaliers. Les points de vue, les perceptions changent selon que l'on soit acteur de l'établissement support ou d'un établissement parti, selon son positionnement institutionnel, son niveau de décision ou encore son expérience.

Dans chacun des établissements le choix a été fait d'interroger un échantillon représentatif des acteurs de la mise en œuvre des parcours de soins, en s'attachant à ce que l'ensemble des directions et des intervenants clés soient interrogés à l'issue de la phase exploratoire :

Tableau de synthèse des entretiens réalisés

Désignation	Type	Localisation	Fonction
CH-A	CHU	IDF	Coordinateur Général des Soins
CH-A	CHU	IDF	Président de la commission médicale d'établissement
CH-A	CHU	IDF	Cadre Supérieur Socio-éducatif
CH-A	CHU	IDF	Cadre de santé responsable de filière AVC
CH-B	CHU	Occitanie	Directeur Général
CH-B	CHU	Occitanie	Directeur Général Adjoint
CH-B	CHU	Occitanie	Président de la commission médicale d'établissement
CH-B	CHU	Occitanie	Coordonnateur Général des Soins
CH-B	CHU	Occitanie	Directrice de la stratégie et de la coopération
CH-B	CHU	Occitanie	Directeur de la coopération
CH-B	CHU	Occitanie	Directeur des parcours
CH-B	CHU	Occitanie	Directeur des systèmes d'information
CH-B	CHU	Occitanie	Directeur chargé des droits des patients
CH-B	CHU	Occitanie	Cadre de pole
CH-B	CHU	Occitanie	Cadre de santé
CH-B	CHU	Occitanie	Représentante des usagers
CH-C	CH	Deux-Sèvres	Directeur Général

Par ailleurs, la mise en œuvre des parcours n'étant qu'en projet dans les établissements rencontrés, nous avons écarté la méthode du questionnaire afin de rechercher le point de vue des acteurs et les amener également à se projeter dans la démarche.

Nous avons retenu la méthode des entretiens semi-directifs afin d'explorer nos 4 hypothèses, un guide d'entretien a ainsi été réalisé (Annexe 1). Il aborde dans un premier temps des questions générales sur la territorialisation de l'offre de soins, les notions de filières, parcours de soins et de santé afin de se mettre d'accord sur la sémantique utilisée et de délimiter le périmètre de ce travail exploratoire.

Viennent ensuite les questions concernant les enjeux à un niveau macro et pour l'établissement, la question des liens ville-hôpital, l'engagement des acteurs hospitaliers, le positionnement de l'institution hospitalière, le rôle des cadres et du CGS et enfin la place de la direction des soins dans la construction des parcours.

La grille d'entretien a été testée lors de notre premier stage afin de la réajuster.

Enfin, nous avons fait le choix de privilégier les rencontres physiques aux échanges téléphoniques, ce qui permet d'ajouter aux échanges verbaux la dimension non verbale, utile à percevoir lorsque le positionnement de l'interlocuteur est complexe.

A chaque entretien, nous avons tenté de créer une relation de confiance en assurant notamment les professionnels du respect de l'anonymat des acteurs et des établissements et fait preuve d'une attention et d'une écoute à la hauteur de leur investissement dans nos travaux.

Les terrains étudiés

La dimension de l'établissement, tout comme sa situation géographique, peuvent influencer également les prises de position. Le type d'établissement intervient également : l'écart est grand entre un établissement intervenant essentiellement en proximité (CH) sur un bassin de vie peu dense et un Centre Hospitalo-universitaire regroupant plus de 10 000 professionnels intervenant à l'échelle d'un département voire d'une région.

Nos premiers entretiens exploratoires laissant apparaître cette complexité, nous avons choisi de centrer notre enquête sur des établissements localisés sur des territoires très différents, notamment en terme de densité de population et de surface.

Le CH-A est un CHU appartenant à un groupement de 5 établissements de la région parisienne. Il prend en charge plus d'un million de patients par an, compte plus de 10 000 professionnels et couvre l'ensemble des spécialités de MCO sur un territoire à forte densité de population : 20 934 Hab. / km²

Le CH-B est également un CHU, de taille équivalente, couvrant les besoins d'un bassin de vie de plus de 900 000 habitants sur un territoire plus vaste dont la densité de population est beaucoup plus faible : 79 Hab. / km²

Le CH-C est un centre hospitalier des Deux-Sèvres choisi pour son PMP qui laisse une part importante à l'objectif d'une prise en charge décloisonnée entre sanitaire, social et médicosocial, permettant une réelle construction de parcours de soins.

Limites de l'enquête

La limite principale que nous avons relevée concerne la représentativité des professionnels interrogés. En effet il aurait été utile de s'appuyer sur un échantillon plus large notamment pour certaines hypothèses comme celle concernant le rôle des cadres de santé dans les liens ville-hôpital. Nous aurions souhaité compléter l'étude grâce à un questionnaire centré notamment sur les initiatives et expériences existant sur le territoire. La contrainte de temps a été le principal frein à cette démarche complémentaire.

Par ailleurs, la mise en œuvre des parcours de soins pour les établissements de santé étant en cours d'élaboration, les entretiens se sont plus appuyés sur des hypothèses élaborées par les professionnels rencontrés que sur de réelles expériences. Ainsi, le recentrage des entretiens sur la thématique des parcours a pu être complexe.

2.2 Restitution des entretiens

Nous avons fait le choix de structurer notre analyse par hypothèse.

L'établissement de santé est à l'initiative de la structuration des parcours.

Si l'avis est quasi unanime chez les chefs d'établissement, les réponses sont plus mesurées s'agissant des représentants de la communauté médicale.

Pour les chefs d'établissement, la structuration des parcours nécessite de s'appuyer sur une stratégie à élaborer entre acteurs, « *le CHU à un rôle d'animation à jouer et des responsabilités vis à vis des autres acteurs* »²⁸. Cette stratégie doit tenir compte de différents facteurs favorisant la démarche mais aussi des freins potentiels. Premier élément à identifier, la composition de l'offre de soin de territoire. L'établissement support ayant déjà en charge la coordination de l'offre il semblait évident aux DG interrogés qu'il soit à l'initiative de la démarche, « *la conférence des DG de CHU a œuvré pour qu'il y ait un CHU par GHT, on est maintenant à la croisée des chemins, le*

²⁸ DGA CH-B

vrai sujet est celui de la construction des parcours et on ne va pas assez loin ». Autre argument avancé, celui de pouvoir s'appuyer sur une organisation disposant des moyens humains et techniques nécessaires, « *qui sinon, a les infrastructures pour le faire*²⁹ », « *ce ne sont pas les médecins libéraux, même regroupés au sein des URPS qui seront à même de porter la démarche* »³⁰. L'ensemble des acteurs interrogés ne pense pas que l'ARS intervient réellement dans cette démarche, en dehors « *d'incitations, de financements et d'outils mis à disposition* »³¹. Deux DG affirment ainsi que l'animation de la démarche ne peut partir que de l'hôpital.

Aujourd'hui, ils mettent unanimement en avant que les liens avec les structures privées et les ESPIC, ou encore avec les structures médico-sociales relèvent d'expériences singulières à l'initiative de certaines équipes. En arrière plan, est questionnée plus largement l'élaboration d'une stratégie de groupe public dans un environnement concurrentiel avec le privé. « *Moi je ne suis pas invité au conseil d'administration du groupe privé d'à côté* »³¹ réagit un directeur général à qui nous posons la question de la collaboration public / privé sur le projet de territorialisation de l'offre de soins.

Concernant la gouvernance de la démarche, nous avons observé différents modèles. Une direction spécifique, nommée direction des parcours (CH-A), est chargée en réalité des coopérations. Le parcours est limité aux filières inter-hospitalières au sein du groupement hospitalier. Interrogé, son directeur met en avant que « *la première étape de construction concerne la réponse hospitalière aux besoins de santé et que les collaborations plus élargies interviendront dans un second temps* ». Pour le CGS, « *l'organisation des parcours concerne majoritairement l'articulation entre les services au sein des pôles inter-établissements. Il s'agit de parcours organisant les différentes étapes de la prise en charge curative* ». S'il a connaissance d'expériences existantes sur son GH (filiale AVC, Gériatrie), elles ne sont pas institutionnalisées et sont limitées à l'échelle du groupement hospitalier : « *l'aval concerne peu les acteurs des pôles, médicaux notamment, qui concentrent leur énergie sur la spécialisation et la haute technicité de leurs missions. C'est le rôle du CHU*³² ».

Au CH-B, une direction de la coopération a été créée, rattachée à la direction des affaires médicales. Cette direction gère les conventions entre établissements. Mais 300 conventions ne garantissent pas de réelles coopérations. Celles-ci ne sont pas suivies sur un plan opérationnel. L'équipe de direction n'est pas mobilisée sur la construction

²⁹ Directeur de la coopération CH-B

³⁰ Directeur des parcours CH-B

³¹ DGA CH-B

³² PCME CH-A

des parcours. La DCGS notamment y est peu associée. DG et DGA mènent des actions à l'attention des médecins généralistes notamment.

Les directeurs rencontrés mettent tous en avant la mauvaise image de l'hôpital dans ses relations avec les partenaires extérieurs, médicaux en particulier. Pour un directeur de la stratégie « on a un problème de représentation : on ne sait pas faire avec l'autre ». Les difficultés relationnelles entre PH et libéraux sont liées au positionnement de l'hôpital : « on est mal vu, à force de mettre en avant l'excellence médicale de l'hôpital ». L'accès pour les libéraux aux praticiens hospitaliers est également très complexe et la volonté de coopération des acteurs hospitaliers est faible, « l'hôpital est centré sur lui et il pense faire mieux et plus important que tout le monde. C'est finalement la démarche de certification qui a imposé de s'intéresser à l'amont et l'aval »³³.

Au CH-B, les médecins ont été équipés de « téléphones mobiles dédiés aux liens avec les médecins de villes qui restent dans les tiroirs³⁴ ». Autre exemple, une équipe médicale des urgences à qui on propose une collaboration avec des structures spécialisées dans la prise en charge des personnes en grande précarité, ne s'investit pas dans le projet alors que ces mêmes structures proposent d'intervenir en appui et de former les équipes à ces prises en charge complexes.

Des réticences sont également évoquées venant des libéraux : il existe également des réticences liées notamment au positionnement des infirmières de coordination qui sont « parfois mal accueillies par les IDE libéraux »³⁵ qu'elles ne trouvent pas légitimes pour intervenir dans la prise en charge.

Autres freins à l'engagement de la communauté médicale, la question de la responsabilité médico-légale lorsqu'il s'agit de développer des projets de télémédecine, notamment dans le champ de la télésurveillance ainsi que la nécessité de disposer de praticiens compétents pour assurer une vacation de télé-expertise.

Enfin si les directeurs rencontrés s'accordent à dire que le CHU, dans sa mission de proximité doit s'investir dans la démarche, ils considèrent comme un frein, l'inertie liée à la dimension de ces institutions universitaires.

Globalement, la démarche engagée par les établissements interrogés se limite à la création des filières inter-hospitalières. Des expériences singulières, souvent issues du champ de la gériatrie ou de filières spécifiques (AVC) sont observables mais elles sont peu connues et encore moins institutionnalisées.

³³ Cadre supérieur Socio-éducatif CH-A

³⁴ Directrice de la stratégie CH-A

³⁵ PCME de CH-A

Néanmoins, dans le champ de la santé mentale, les parcours sont formalisés entre la ville et l'hôpital, portés le plus souvent par l'institution hospitalière et institutionnalisés dans le cadre des CLSM (co-portage hôpital / ville) et les projets médicaux de territoire pour la santé mentale.

La construction des parcours « est un enjeu d'attractivité pour le CHU. Pour cela il faut des circuits courts entre CHU et médecine de ville. Plus on leur rendra service plus l'adressage sera important ». « C'est à nous de porter la démarche mais cela nécessitera de faire évoluer le positionnement médical et l'image du CHU ». La construction des parcours « passe par des expériences entre acteurs : une politique du bac à sable à initier »³⁶

Dans le cadre de la politique managériale du DS, les cadres de santé, jouent un rôle clé dans la construction des parcours

La coordination des parcours de soins pour les cadres de santé, peut s'aborder sous deux angles différents : celui de la qualité et de la sécurité des soins ou celui de l'efficacité avec en arrière plan un enjeu majeur de productivité pour l'hôpital.

Ainsi, dès l'entrée du patient il s'agit de s'intéresser au motif d'hospitalisation, aux compétences qu'il faudra mobiliser, à l'articulation des interventions des professionnels ou encore aux recours aux services médico-techniques. Si la majorité des directeurs et cadres supérieurs rencontrés soulignent l'importance de fluidifier les parcours de soins au sein de l'hôpital et mettent en avant des retards de prises en charge pouvant être liés à un défaut de coordination, tous s'accordent à dire que c'est aux cadres de santé d'assurer cette mission. De la même façon, s'assurer de la préparation de la sortie relève de leur compétence. Ainsi le cadre de santé qui anime le réseau AVC au sein du CH-A, évoque la nécessité de disposer de partenaires réseau : médecins généralistes, ergothérapeutes, infirmières ou encore assistantes sociales qui vont assurer la continuité de la prise en charge à l'issue de la phase critique. Elle s'étonne que ses collègues cadres de santé « ne se chargent pas d'animer le réseau ». Il semble néanmoins que leur implication soit plus importante s'agissant de populations vulnérables ou « on a développé une approche territoriale, notamment en gériatrie avec les SSIAD³⁷, les SSR³⁸, les EHPAD et les réseaux, les cadres connaissant mieux les dispositifs et les partenariats en lien avec les travailleurs sociaux »³⁹.

³⁶ Directrice de la stratégie CHU-B

³⁷ Service de Soins Infirmiers A Domicile

³⁸ Soins de Suite et Réadaptation

³⁹ Cadre supérieur socio-éducatif CH-A

Pour le directeur adjoint du CH-B, le rôle des cadres est questionnant « *je ne sais plus quelle est leur mission* ». Il s'étonne également que dans le passé « *les assistantes sociales se chargeaient avec les CDS de la préparation de la sortie. Elles le font moins, tout comme les cadres de santé* ». Des outils comme trajectoire ont été « *donnés en responsabilité aux médecins sans garantie que ce soit plus efficient* ».

Parallèlement sont apparus de nouveaux métiers au sein de certaines unités de soins, notamment les infirmières de coordination. A l'interface entre le service d'hospitalisation et les structures d'aval, elles organisent la continuité de la prise en charge. Si chaque unité dispose d'un responsable paramédical, les IDE de coordination sont issus du projet de pôle et donc d'une volonté médicale.

Comme l'évoque une coordinatrice générale des soins, les cadres de santé « *doivent questionner leur rôle à l'heure où ces nouveaux métiers se mettent en place⁴⁰* ». Elle considère que ces nouveaux métiers « *occupent un terrain qui ne l'est plus par les cadres de santé* » et s'inquiète du devenir de leur métier et de leur spécificité.

Pour le directeur chargé des parcours du CH-B, les cadres de santé devraient « *se positionner sur l'animation des partenariats, le développement d'expériences de collaboration avec l'extérieur* ». Lui même ancien CGS, il soutient l'idée que « *se mobiliser dans la coordination de la prise en charge jusqu'au retour au domicile, en se centrant sur les besoins du patient redonnerait du sens au travail des cadres de santé* ». Position confirmée par le président de CME du CH-B qui « *comprend moins le positionnement des cadres* » et pense que se recentrer sur les besoins du patient et la coordination des parcours leur « *redonnerait de la légitimité* » en valorisant leur « *parcours soignant* ».

Pour la directrice du droit des patients du CH-B, les cadres de santé ne font plus le travail d'anticipation et d'organisation de la sortie et de création de liens avec l'extérieur. Pour elle la « *coordinatrice générale des soins devrait mobiliser les CSS et les CS sur ces sujets* ». Les cadres donnent l'impression de se « *rassurer au travers de la gestion opérationnelle* » (Planning, GTT, matériel). De la même façon elle évoque les postes de cadre transversaux : « *un vrai métier avec des compétences en coordination de parcours* ».

⁴⁰ CGS CH-B

Il s'agirait au fond « *d'organiser la sortie dès l'entrée, pour fluidifier les parcours et améliorer la qualité de la prise en charge, qui somme toute est aussi de la responsabilité des cadres de santé* »⁴¹.

Une multitude de dispositifs de coordination et coopération existe déjà au sein de l'hôpital.

Chaque professionnel interrogé évoque l'existence de coopérations entre acteurs hospitaliers et professionnels du territoire.

La directrice de la coopération du CH-B avance l'existence de plus de 300 conventions mais reconnaît que peu sont réellement actives. Le CGS du CH-A parle de réseaux construits autour de la filière gériatrique mais rapidement met en avant qu'il s'agit d'initiatives individuelles, peu institutionnalisées. « Il doit effectivement exister des initiatives, des relations privilégiées entre professionnels de certaines unités et les acteurs concernés par la prise en charge ambulatoire. Mais on n'identifie pas ces expériences et donc on ne les capitalise pas » complète le DGA du CH-B.

Lorsque l'on rencontre le cadre de l'équipe de rééducation du CH-A, elle décrit une filière AVC exemplaire associant l'ensemble des acteurs du territoire. Des « *staffs sont organisés avec les partenaires pour assurer la continuité de la prise en charge ainsi que des actions de formation à l'initiative de certains services du CHU à l'attention des EHPAD, des SSIAD pour les personnes AVC⁴² dépendantes, ainsi qu'avec les services de l'état ou encore les médecins généralistes* »⁴³.

Apparaissent dans les échanges avec les cadres de santé, des liens construits entre la pédiatrie et certains établissements à l'instar des services de gériatrie ayant créés des relations de proximité avec certains ESMS ou encore une consultation de kinésithérapie ouverte au SDF en lien avec des structures extérieures chargées de la grande précarité.

Certains directeurs évoquent des liens qui se tissent avec les médecins libéraux mais rapidement abordent les freins rencontrés lorsqu'il s'agit d'une démarche institutionnelle (avec les URPS par exemple). Néanmoins, à l'échelle du service, des partenariats informels existent.

⁴¹ Directrice du droit des patients CHU-B

⁴² Accident Vasculaire Cérébral

⁴³ Cadre de santé CHU-A

Lors d'une rencontre avec les infirmières d'annonce en oncologie du CH-B, celles-ci découvrent qu'elles ont construit chacune dans leurs différents services un maillage territorial dense. Le cadre de santé interrogé explique qu'elles font pourtant partie du même pôle, se rencontrent régulièrement autour de situations cliniques mais qu'elles n'ont pas eu l'occasion de partager leurs expériences partenariales, notamment parce que « *cet espace d'échange n'existe pas* »⁴⁴.

Le cadre de santé d'un service de psychiatrie évoque un partenariat resserré avec le service habitat de la commune lui permettant de favoriser le maintien dans le logement à la sortie d'hospitalisation. Dans ce cas, une coopération historique a été finalement formalisée dans le cadre du CLSM.

La démarche de construction des parcours de proximité est portée par le CGS au sein de sa direction.

Les trois coordonnateurs généraux de soins rencontrés ne considèrent pas porter réellement la démarche de construction des parcours de soins mais y participer à des niveaux différents. L'existence d'une direction ad hoc dans la plupart des établissements est la première raison invoquée. Néanmoins, les réponses recueillies concernent plus la question des filières élaborées dans le cadre du PMSP que celle des parcours de soins. Au travers des projets de soins partagés, il s'agit de traduire opérationnellement les filières de soins définies par le PMP. Les coordonnateurs généraux évoquent différents axes à développer concernant l'organisation des soins dans certains secteurs ou la recomposition de l'offre nécessite d'étudier des mutualisations possibles. Ils évoquent également le sujet des compétences soignantes comme un sujet central qu'il s'agisse de faire évoluer les professionnels vers une polyvalence plus importante ou de les former en lien avec de nouvelles activités portées par l'établissement. Les nouveaux métiers sont également mis en avant, principalement ceux de la coordination.

En CHU les CGS insistent sur la nécessité de fluidifier les séjours du fait de taux d'occupation très élevés dans certains secteurs nécessitant la mise en place d'infirmières de coordination. Celles-ci devant faire le lien entre l'hôpital et les intervenants libéraux ou institutions assurant la continuité de la prise en charge.

Même si la mise en œuvre des parcours de soins apparaît dans les projets de soins, les CGS reconnaissent qu'ils portent peu ou pas, la construction des coopérations ville hôpital ou l'animation de réseau. Plusieurs raisons sont invoquées dont la temporalité de

⁴⁴ CDS CHU-A

la démarche de mise en œuvre des GHT. La démarche de construction est encore centrée sur l'offre hospitalière, la définition, l'organisation et la mise en œuvre des filières du PMP étant « *le préalable à toute élaboration d'une démarche associant les partenaires extérieurs* ». Par ailleurs, cette mission a été confiée à d'autres directions : direction de la coopération rattachée aux affaires médicales en lien avec la direction chargée des droits du patient au CH-B, direction des parcours au CH-A sans liens formalisés sur ces questions avec la direction des soins.

Les CGS, tout comme certains directeurs considèrent qu'ils sont aussi très mobilisés sur des projets prioritaires en lien avec la situation financière des établissements ou des projets stratégiques. Ainsi la démarche de révision de toutes les maquettes organisationnelles du CH-A (Revue des organisations pour 280 unités) embolissent l'activité des DS et CPP.

Les 3 CGS interrogent également la place des cadres de santé dans la construction des parcours de soins. Si la thématique apparaît dans les projets de soins partagés, sa déclinaison opérationnelle n'est pas décrite du fait de la temporalité de l'élaboration du PMP.

Ainsi ils considèrent ne pas être en mesure d'inscrire cette démarche comme un objectif donné aux CDS. Plus globalement, la mobilisation sur d'autres sujets en lien avec la recherche d'efficacité, les réorganisations, les réévaluations du capacitaire de certaines unités font partie des objectifs prioritaires des cadres de pôle et dans la continuité de la ligne hiérarchique, des cadres de santé.

2.3 Discussion

La mise en œuvre des parcours de soins revêt de multiples dimensions, concerne l'ensemble des acteurs impliqués par la prise en charge d'un patient et laisse apparaître une réelle complexité.

Parce que le sujet est finalement l'affaire de tous et qu'il existe un objet commun mobilisable, la qualité de la prise en charge du patient, nous pourrions penser que la démarche profite d'un mouvement naturel. En réalité le contexte de sa mise en œuvre, marqué par la recherche d'efficacité budgétaire ne la facilite pas.

Si les politiques publiques appellent à s'engager dans une prise en charge coordonnée et surtout décloisonnée entre le sanitaire, le social, le médicosocial et la médecine libérale, des freins existent.

2.3.1 Des freins multiples qui limitent l'ambition de disposer d'un système intégré

A) Des freins relationnels

Le principal frein au décloisonnement, semble être le positionnement des établissements hospitaliers vis à vis de la médecine libérale. Le praticien hospitalier, dans sa relation à la médecine de ville affiche symboliquement sa représentation de l'institution et peut renvoyer à l'autre une position dissymétrique. Si une volonté de coopération peut être affichée, dans la réalité les relations sont plus complexes. Ainsi, en dehors des réseaux constitués, la coordination des prises en charges reste difficile. L'adressage à l'hôpital d'un patient par le généraliste ne déclenche pas systématiquement de retour d'information à l'adresseur à l'issue de l'hospitalisation. Les résultats de la campagne 2016 des indicateurs IPAQSS⁴⁵ sont significatifs. Pour rappel, le code de la santé publique précise que « *le praticien qui a adressé le patient à l'établissement de santé en vue de son hospitalisation et le médecin traitant sont destinataires, à la sortie du patient, d'une lettre de liaison comportant les éléments utiles à la continuité des soins, rédigée par le médecin de l'établissement en charge du patient* »⁴⁶. Par ailleurs le décret N°2016-995 du 20 juillet 2016 relatif à la lettre de liaison impose une transmission des informations en amont et en aval de l'hospitalisation entre les professionnels de santé. En 2016, la moyenne nationale pondérée de l'indicateur « document de sortie » est de 35%⁴⁷, la non-conformité étant le plus souvent dû à un courrier incomplet. Seul 14% des établissements ont atteint l'objectif de 80%.

Ce réflexe, pourtant indispensable à la bonne coordination du parcours n'est visiblement pas acquis et illustre le positionnement de la communauté hospitalière vis à vis des professionnels libéraux. Même lorsque l'hôpital met en œuvre des solutions techniques pour créer du lien (téléphone mobile au CH-B), celles-ci ne sont pas forcément investies traduisant la vision hospitalo-centrée des médecins hospitaliers et surtout l'absence de projection dans une continuité de prise en charge du patient.

Ressortent également des échanges entre URPS et EPS, l'impossibilité pour les praticiens de ville de contacter leurs homologues hospitaliers (pas de numéro dédié, appels transmis aux internes). Ainsi de nombreux établissements ont facilité les contacts directs des professionnels en mettant en œuvre des annuaires spécifiques ou des

⁴⁵ Indicateur Pour l'Amélioration de la Qualité et Sécurité des Soins

⁴⁶ CODE DE LA SANTE PUBLIQUE : Article R 1112-1.

⁴⁷ HAS, 2016, "Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins - Dossier patient en médecine, chirurgie, obstétrique", 74p, p.27, [visité le 04.09.2018], disponible sur internet : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-12/rapport_2016_dpa_mco_vf.pdf

numéros uniques par spécialité. La diversité des acteurs tant hospitaliers que libéraux, leur dimensionnement rend cette tâche complexe.

Par ailleurs des réticences existent lorsqu'il s'agit, pour les infirmières libérales d'établir un partenariat avec les IDE de coordination qui peuvent être perçues comme concurrentes.

Mais nos échanges ne démontrent pas de réelle volonté de faire évoluer les relations. Parce que la démarche est pour l'instant limitée aux filières, que les établissements priorisent d'autres projet afin de garantir la pérennité de leurs activités ou encore parce que l'inscription de la construction des parcours se fait à l'échelle du GHT alors que les parcours de soins concernent un territoire à l'échelle de l'environnement de vie du patient. Même si, comme l'évoquait un PCME de CHU, les patients sont très mobiles lorsqu'il s'agit d'accéder à un recours ultra spécialisé, le retour à domicile nécessite un réseau de proximité.

B) Des freins financiers

Mettre en œuvre une coordination des parcours implique également de repenser le financement des actes.

Un parcours coordonné, impliquant l'hôpital, la médecine de ville, les prestataires à domicile nécessite de mettre en œuvre un financement au parcours. Ce dispositif, actuellement au stade de l'élaboration nécessite de fixer pour un épisode de soins déterminé, une rémunération forfaitaire, globale pour tous les intervenants concernés par la prise en charge.

Apparaît immédiatement la complexité des circuits financiers dans des systèmes actuellement non intégrés (soins de ville, T2A pour les soins hospitaliers, tarification du secteur médicosocial) : un système d'information unique devant permettre de tracer les prestations des différents intervenant afin de répartir le forfait.

C) Des freins techniques

La coordination des parcours de soins impose le partage de l'information entre les acteurs. Ceci nécessite le déploiement de système d'information (SI) en santé s'appuyant sur un ensemble de services interopérables et sécurisés. Si depuis 2015 il existe un cadre homogène de gouvernance des SI régionaux au travers d'un

Groupement d'Intérêt Public (GRADeS)⁴⁸ dans le cadre des régions, les systèmes restent peu interfaçables.

Au niveau des GHT, la convergence des systèmes d'information est prévue pour 2020 et les problématiques techniques restent encore difficiles à surmonter, notamment lorsqu'il s'agira de les intégrer à ceux de la région. Des projets de plateforme de partage régional des données entre GHT est à l'étude dans certains territoires (ex : Occitanie pour les 14 GHT), en lien notamment avec les URPS.

2.3.2 Des leviers possibles

Principal enjeu de la coordination des acteurs, la qualité de la prise en charge reste le levier central pour engager la démarche de décloisonnement entre ville, hôpital, social et médico-social. Alors que les patients revendiquent un retour à domicile le plus précoce possible, cette phase de la prise en charge reste une source d'insatisfaction dans 63% des cas.⁴⁹ Un patient sur quatre juge mauvaise, faible ou moyenne, l'organisation de la sortie (annonce de la date, destination). Plus d'un patient sur trois (35%) n'a pas reçu d'information sur les signes ou complication lui imposant de recontacter le service ou son médecin traitant.

Ainsi, le patient, demandeur d'un accompagnement de sa sortie dans toutes ses dimensions, est un atout dans la mise en œuvre de la coordination des parcours.

La communauté médicale hospitalière souhaite recentrer ses interventions sur son cœur de métier. Cet élément de motivation professionnel peut être mobilisé pour les engager dans la préparation de la sortie et l'importance d'articuler prise en charge hospitalière et médecine de ville.

Concernant le financement des parcours, l'article 51 de la LFSS 2018 offre « *un cadre légal à des expérimentations d'organisations innovantes faisant appel à des modes de financement inédits, des expérimentations qui permettront de dépasser les logiques sectorielles de la ville et de l'hôpital*⁵⁰ ».

⁴⁸ Groupement Régional d'Appui au Développement de la e-Santé

⁴⁹ HAS, 2017, "Dossier de presse - Satisfaction des patients hospitalisés et résultats 2017 qualité et sécurité des soins dans les hôpitaux et les cliniques en France", [visité le 06.09.2018], disponible sur internet : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-12/presse_dp_satisfaction_patients_hospitalises_resultats_2017.pdf

⁵⁰ BUZIN A., "Installation du conseil stratégique de l'innovation en santé" - Discours, Paris, 5 avril 2018

Ainsi la ministre de la santé affirme son choix de « *faire confiance aux initiatives venues du terrain* » mettant en avant que les idées « *ce n'est pas ce qui manque dans les territoires* »⁵¹.

2.3.3 Un enjeu financier pour les établissements hospitaliers

Alors que les tensions financières sont fortes sur les établissements de santé, les mesures d'efficacité concernent majoritairement, la maîtrise de la DMS dont l'effet sur les recettes est important et la mise en œuvre du virage ambulatoire.

Concernant la DMS, il est fondamental de maîtriser la durée de séjour en lien avec la T2A. Ceci implique un turn-over important de patients dans les lits d'hospitalisation complète, particulièrement lorsque les taux d'occupation sont élevés. Ainsi les établissements cherchent des solutions pour limiter ceux désormais qualifiés de « Bed Blockers ». Principalement sans solution d'aval ou sans prise en charge à domicile organisée limitant les réhospitalisations, ces patients souffrent d'une articulation perfectible entre l'hôpital et les partenaires institutionnels et libéraux du territoire.

Autre axe majeur, celui du virage ambulatoire. Si l'objectif annoncé est un taux de prise en charge ambulatoire de 70%, certains directeurs rencontrés confirment que la question de l'articulation avec les médecins et infirmiers libéraux n'apparaît pas dans les projets de redimensionnement des programmes capacitaires d'hospitalisation conventionnelle.

⁵¹ Ibid.

3 Le directeur des soins : un acteur stratégique de la construction des parcours

3.1 Une contribution à la démarche de construction des parcours : une approche nécessairement stratégique

A) Un positionnement stratégique à trouver lorsqu'il existe une direction des parcours

Si la compétence 9 du référentiel « *Contribuer au développement des partenariats pour assurer la continuité de la prise en charge de l'usager* »⁵², définit explicitement une des participations possibles du DS à la construction des parcours, l'organisation de la gouvernance des établissements confie souvent cette mission à une direction ad hoc. Direction de la stratégie, des opérations, des parcours, de l'offre de soins sont autant de dispositifs formalisés mis en œuvre par les établissements de santé.

Reste au DS à définir son champ d'action en lien avec les différentes étapes et composantes du parcours de soins.

La structuration des parcours de soins nécessite de différencier 2 axes de travail :

- Un axe organisationnel qui définit les différentes étapes de la prise en charge, leur planification et leur organisation. Cet axe explore également la gestion des risques à tous niveaux de la prise en charge (paramédical, médical, fonctions support, démarche administrative). Il est aussi question de la définition des modes de coordination entre les professionnels voire entre les structures.
- Un axe clinique qui définit les techniques médicales et paramédicales mises en œuvre dans la prise en charge en tenant compte des recommandations de bonnes pratiques et respectant le droit des malades à recevoir « *les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées* ». ⁵³

Ainsi, le DS pourra affirmer son positionnement dans le cadre de la démarche projet sur la structuration des parcours de soins en ciblant la compétence de sa direction en matière :

- D'organisation des soins paramédicaux
- D'évaluation et de prévention des risques dans le cadre de la démarche qualité gestion des risques à laquelle elle est associée

⁵² INSTITUT DU MANAGEMENT, 2011, « Référentiel de compétences des directeurs des soins », EHESP, 26p, disponible sur internet : <https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2017/12/formation-DS-referentiel-de-competences-maj-nov2017.pdf>

⁵³ CODE DE LA SANTE PUBLIQUE : Art L.1110-5.

- De coordination de la prise en charge notamment au travers des outils mis ou à mettre en place (document de liaison, DPI, formation professionnelle, groupe d'échange sur les pratiques inter-équipes, groupe de travail de la CSIRMT)
- D'expertise des soins paramédicaux
- De compétence soignante

L'enjeu est bien de **s'assurer de la représentation de la direction des soins pour chacun des champs de compétences qui la concerne** lors de la structuration de la démarche projet. Ceci impose une vigilance particulière dès l'initiation de la démarche et une mobilisation forte de la communauté paramédicale. Ceci nécessite une communication permettant de mobiliser ses collaborateurs sur l'enjeu de la démarche et d'identifier les personnes ressources à solliciter.

Un des atouts du DS est de bénéficier de l'expérience des professionnels paramédicaux, de leur engagement dans la prise en charge globale des patients et de la créativité des équipes soignantes.

- B) Une direction qui peut potentialiser les expériences singulières et valoriser les initiatives.

Le positionnement de la direction des soins dans la démarche de structuration des parcours peut s'appuyer sur un atout majeur : l'accès, à l'échelle de l'établissement, aux différentes initiatives des équipes soignantes. Nous avons vu que le concept de responsabilité populationnelle met en avant dans ses principes, l'importance des acteurs de première ligne, au contact direct des patients. Le territoire d'action étant celui de la grande proximité. Par ailleurs il s'agit de **renforcer la capacité organisationnelle par des dynamiques d'apprentissages en continu qui passe par le partage d'expérience** : se côtoyer, travailler ensemble. Les moments de transition apparaissent comme des phases critiques du fait du risque de rupture de prise en charge, particulièrement s'agissant des passerelles ville-hôpital.

Au travers des cadres de pôle et des cadres de santé, le directeur des soins a la possibilité de recenser les expériences de collaboration singulières, de les encourager et les valoriser. Celles qui se sont élaborées au fur et à mesure des collaborations et partenariats constitués autour de situations cliniques singulières et parfois transférables. Au travers du projet de soins et de la CSIRMT il est en mesure de **capitaliser les expériences, de mobiliser la communauté paramédicale sur le sujet et de proposer des organisations favorisant les coopérations** au delà du temps de l'hospitalisation,

en lien notamment avec les dispositifs de territoire (PTA, MAIA, PAERPA et réseaux de santé).

La mise en lumière de la richesse des expériences de coopération menées par les équipes soignantes est aussi l'occasion de fédérer la communauté hospitalière, ces expériences innovantes étant toujours pluri professionnelles.

C) Une direction qui peut rassembler les acteurs hospitaliers intervenant dans la construction des parcours

A l'initiative de nombreux groupes de travail transversaux, la direction des soins peut faire valoir sa capacité à fédérer les professionnels autour d'un projet commun, bien au delà de la communauté soignante. La construction des parcours impose d'associer l'ensemble des professionnels, impliqués dans la prise en charge, dans la conduite de projet. Cadres supérieurs et cadres de santé collaborent avec l'ensemble des directions fonctionnelles notamment au travers de projets transversaux : Dossier patient informatisé, démarche de certification, procédures de sécurité par exemple. La collaboration est également très étroite avec la communauté médicale, au travers de la gouvernance des pôles, dans les relations entre DS et PCME, au travers des sous commissions de la CME (CLIN⁵⁴, CLAN⁵⁵ CLUD⁵⁶) ainsi qu'avec les usagers, notamment au sein de la CSIRMT.

Stratégiquement, l'implication de la direction des soins dans la plupart des dossiers, projets et actions en lien avec la prise en charge du patient lui permet de **s'appuyer sur un réseau relationnel dense permettant de mobiliser les acteurs concernés par la structuration des parcours, bien au delà de son périmètre de responsabilité** et autour d'un objet commun : le partage des valeurs soignantes.

De la même manière le DS, même s'il est à distance de son métier initial, a aussi construit son identité sur son expérience auprès du patient. Ceci facilite implicitement la relation à la communauté soignante au sens large.

D) Un parcours professionnel qui facilite le dialogue avec les partenaires et l'évaluation des besoins du patient

La communauté soignante a souvent tenté d'opposer administratifs et soignants. Cette posture entretient l'idée que seuls ceux qui ont été en situation de prise en charge peuvent avoir une lecture exhaustive de la complexité des situations rencontrées par les équipes, des spécificités techniques, des besoins des patients et de la cohérence des dispositifs.

⁵⁴ Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales

⁵⁵ Comité de Liaison Alimentation Nutrition

⁵⁶ Comité de Lutte contre la Douleur

Le DS, membre de l'équipe de direction, doit être en mesure d'affirmer son appartenance au corps, de représenter la direction de l'établissement dans ses actions et positionnements. Néanmoins, il peut également **utiliser son histoire professionnelle, dans sa relation notamment aux professionnels extérieurs à l'institution, pour faciliter les prises de contact et la création de partenariats.** Ceci passe par l'usage d'éléments de langage, une compréhension clinique des sujets abordés et une forme implicite d'appartenance, en tant que sujet, à la communauté soignante. Reste à trouver l'équilibre subtile qui permet à cette spécificité du DS de créer des liens tout en ayant un positionnement clair reflétant son appartenance à la direction : **incarner la communauté soignante en tant que sujet tout en représentant la direction de l'établissement dans notre fonction réelle et symbolique** consistant à la participation, à l'élaboration et à la mise en œuvre des décisions institutionnelles.

Ainsi s'imposer comme acteur stratégique de la construction des parcours nécessite pour le directeur des soins:

- D'engager sa direction dans la démarche projet, sur le plan organisationnel et clinique, en faisant valoir son périmètre de compétence et de responsabilité
- De capitaliser les expériences auxquelles il a accès au travers de l'encadrement paramédical et de mobiliser la communauté soignante sur les enjeux de la construction des parcours de soins, particulièrement pour les usagers du système de santé
- De mobiliser son réseau interne et externe
- D'utiliser son histoire professionnelle et son appartenance ancienne au groupe social des personnels soignants, pour construire des liens avec les professionnels hors institutions.

3.2 Le management du directeur des soins : un levier pour la construction des parcours sur le plan opérationnel

S'engager dans une dynamique de prise en charge intégrée, à l'initiative de l'établissement hospitalier nécessite comme préalable « *d'avoir noué une relation avec les interlocuteurs sur un territoire* » et d'« *être convaincu qu'un projet hospitalier solide intègre l'ensemble des acteurs et se fixe des objectifs qui ne sont pas purement hospitaliers* »⁵⁷. Aller vers les partenaires extérieurs, les associer à la prise en charge

⁵⁷ DESGREES DU LOU G., "Les Deux-Sèvres innovent avec un GHT ouvert aux libéraux", *Techniques hospitalière* n°765, pp.37-38, p.38.

hospitalière nécessite du temps et une multitude de prises de contacts, de rapprochements entre professionnels et de partage d'expériences autour de la prise en charge d'un patient.

Comme nous l'avons vérifié lors de l'enquête, la construction des parcours de soins, sans être formalisée, peut bénéficier des expériences singulières portées par différents acteurs hospitaliers.

De la place du DS, il s'agit de s'intéresser à ces expérimentations, collaborations, partenariats qui existent au sein de l'établissement, et ce, qu'elle qu'en soit l'ambition initiale.

Il convient de tenir compte dans notre approche, de la problématique de la gestion des flux de patient qui consiste « à *piloter l'enchaînement entre les différentes étapes de prise en charge des parcours et circuits patients* »⁵⁸. Ceci implique de **s'intéresser à la coordination des acteurs intervenant à chaque étape**. Cette notion est particulièrement importante s'agissant de la mise en œuvre de filières ou circuits courts en ambulatoire ou aux urgences dont l'objectif est de fluidifier les parcours et de recentrer les services sur leurs prises en charge spécifiques. La question de l'adressage et de l'orientation du patient centrée sur la réalité de ses besoins (à opposer à un parcours standardisé) est fondamentale. La question de l'aval est à aborder dans le même sens, celui d'une orientation adaptée, élaborée de façon anticipée afin d'éviter les phénomènes d'engorgement.

Ainsi les services de soins ont pu intuitivement s'adapter à ce type de contrainte, chercher à améliorer le confort de prise en charge du patient, ou rechercher une meilleure efficacité. C'est là qu'apparaissent les initiatives et dispositifs singuliers que nous serons à même de recenser.

Nous développons ici l'idée, que nous pourrions **partir des expériences de terrain, à l'échelle micro, de les capitaliser, de modéliser certaines d'entre-elles et de s'appuyer sur ce substrat pour construire les liens avec les partenaires extérieurs**, particulièrement les acteurs libéraux. Ce qui revient à décentrer l'objet de la démarche des aspects stratégiques et institutionnels au profit de liens construits autour de notre préoccupation commune: le patient et ses besoins. **Ces expériences alimenteront en retour les aspects stratégiques de la démarche** de structuration des parcours.

Ainsi nous proposons de décrire le dispositif que nous pourrions mettre en œuvre au sein de la direction des soins. Dispositif qui sera la traduction opérationnelle d'un axe majeur du projet de soins que nous intitulerons: « *favoriser la structuration de parcours de soins cohérents au sein des différentes filières définies par le projet médical partagé* ».

⁵⁸ AISSOU M., DANOS J.P., JOLIVET A., 2016, op. cit p.47.

A) Une phase d'exploration des ressources mobilisables

Il s'agit, par l'intermédiaire des cadres paramédicaux de pôle et en lien avec les chefs de pôle de recenser :

- Les partenariats opérationnels, mis en œuvre par les équipes des unités de soins avec les acteurs de territoires (libéraux, associatifs, institutions publiques).
- Les réseaux de soins utilisés par les équipes, avec lesquels des liens sont formalisés
- Les dispositifs utilisés par les équipes soignantes pour lesquels il existe une réelle collaboration (PRADO, CLSM, PTA)

Mais aussi évaluer :

- Les temps d'échange avec des partenaires réseau afin de faire le point sur des dispositifs expérimentaux
- Les espaces de réflexion associant les représentants des usagers mis en œuvre (et pour quels objectifs)

Pour chacun des éléments que nous allons recenser, nous affinerons l'état des lieux en nous intéressant aux modalités de leur mise en œuvre. Il est utile de comprendre comment est né le dispositif. S'agit-il d'une initiative individuelle, d'un partenariat construit à partir d'une relation singulière entre professionnels de santé, d'une demande formulée par un usager ou d'une situation récurrente ayant amené l'équipe à élaborer une réponse ? Ces dispositifs concernent-ils tous les patients ou des populations spécifiques ? Quels sont les professionnels qui animent ces partenariats ? Autant de questionnements pour comprendre la stratégie utilisée pour faire émerger ces expériences et les entretenir.

Il s'agit pour le DS **d'avoir une vision globale des dispositifs existants et de les valoriser**. Cet inventaire des expériences partenariales, des dispositifs de coordination développés par les acteurs de terrain alimente la réflexion sur la stratégie à mettre en œuvre pour développer les liens ville-hôpital, les coopérations avec les acteurs institutionnels (municipalité, services sociaux). Les expériences modélisées servent d'argument au renforcement des liens, au développement des expériences innovantes ou encore à la création de nouvelles expérimentations à partir d'une problématique partagée.

Au final il s'agit, en lien avec les acteurs médicaux, de **recenser les expériences, de modéliser celles qui sont transférables, de les institutionnaliser et de les utiliser dans le cadre du développement des parcours de soins et de leur structuration.**

Cette analyse sera complétée par une évaluation des caractéristiques du territoire de santé et du positionnement de l'établissement dans la réponse aux besoins de santé. L'INSEE⁵⁹ permet d'avoir accès aux caractéristiques de la population, informations à croiser avec les données concernant la santé et le recours aux soins que recense la DREES⁶⁰. Le diagnostic territorial de l'ARS, les axes de son projet régional de santé sont également des sources utiles au diagnostic. Le contexte sera également défini au travers d'éléments concernant l'activité de l'établissement, ses parts de marché ou encore sa zone d'attractivité (HOSPIDIAG⁶¹). Il sera également utile de recenser l'offre médico sociale et d'évaluer l'existence de liens de coopération avec les structures territoriales (CLIC, dispositif PERPA ou MAIA).

- B) Une politique managériale qui s'inscrit dans un projet de soins centré sur les parcours

Si l'on veut mobiliser les personnels d'encadrement de la direction des soins et engager la communauté soignante dans la démarche, il est nécessaire de formaliser cet axe de travail, en l'inscrivant notamment au projet de soins.

Le projet de soins

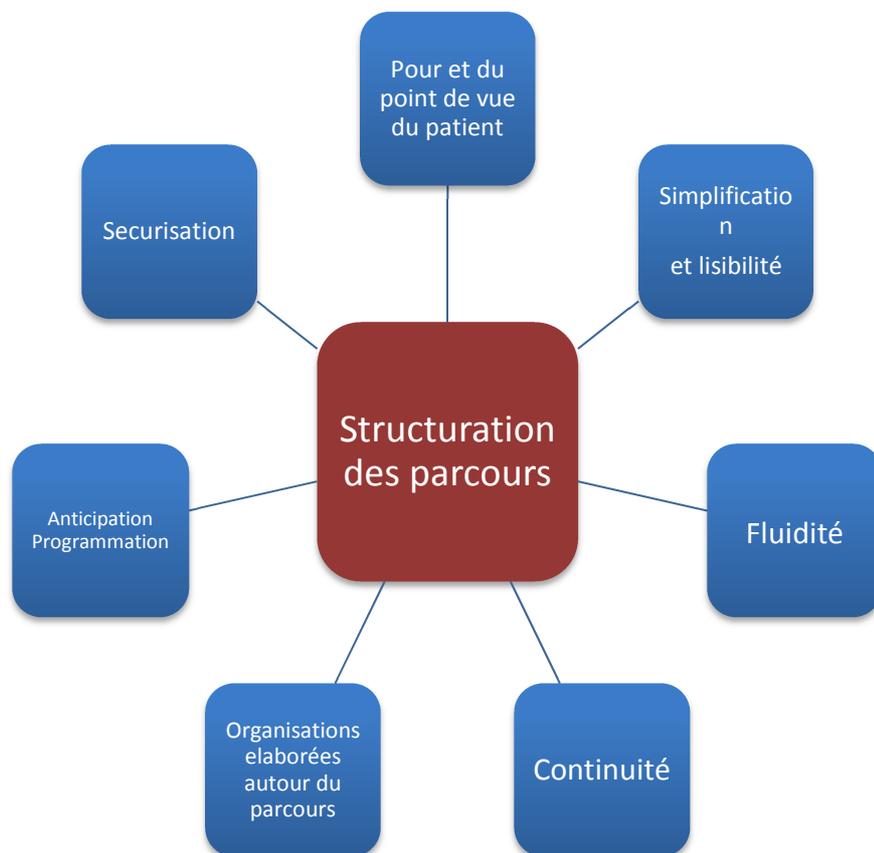
Le projet de soins définit le niveau d'engagement de la direction des soins dans cette démarche en lien avec le PMP. La déclinaison opérationnelle de l'axe « favoriser la structuration des parcours de soins au sein des différentes filières » devient un objet à décliner au sein du pôle par le CPP. Objectif qui fera l'objet d'une évaluation lors de l'entretien annuel. Charge au DS de déterminer les secteurs prioritaires où déployer la démarche.

Nous proposons de structurer cet axe en tenant compte des deux domaines précédemment décrits : Organisationnel et clinique. Nous nous appuyerons sur différents principes structurants que nous avons formalisé dans la représentation suivante :

⁵⁹ Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

⁶⁰ Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

⁶¹ HospiDiag est un outil d'aide à la décision permettant de mesurer, au travers d'indicateurs, la performance d'un établissement de santé qui pratique de la médecine, de la chirurgie ou de l'obstétrique, en comparaison avec d'autres établissements de santé



Il s'agit là de principes qui serviront de fil conducteur à la démarche que devront engager, cadres de pôle et cadres de santé, en lien avec les équipes médicales afin de rendre plus cohérentes et efficaces leurs organisations.

Ainsi nous proposerons :

- D'évaluer les processus d'adressage du patient, les voies d'entrées préalables à l'accueil dans les unités
- D'évaluer les processus de prise en charge sous l'angle du patient en associant les représentants des usagers.
- De s'intéresser à l'enchaînement des étapes (sur la base des chemins cliniques déterminés au préalable) afin de simplifier les étapes intra hospitalières et de les rendre globalement plus lisibles pour le patient
- De repenser les organisations autour du parcours de soins et non en lien avec les fonctionnements et habitudes des services, les plateaux techniques, dans une approche systémique
- D'étudier les possibilités d'optimisation à chaque étape pour améliorer l'efficacité des organisations et des ressources
- De définir le processus d'anticipation de la sortie afin d'éviter les ruptures de soins et d'emboliser les unités, ce qui en retour impacte les parcours.

Le projet managérial

La construction des parcours impose également **d'affirmer la nécessité d'une approche transversale, inter-unités, interprofessionnelle** et d'engager la communauté soignante dans **une dynamique qui transcende les questions de territoires d'influence, d'enjeux de pouvoir, de champs de compétence exclusive au profit d'une organisation fédérée autour du patient**. L'objectif étant « *de contrebalancer les enjeux de pouvoir qui alimentent les frontières de connaissance et de statut* »⁶²

Les cadres de santé, managers de proximité seront au premier plan de la démarche. La créativité des équipes, leur capacité d'initiative et d'élaboration de solutions innovantes nécessitent un contexte propice. L'enjeu est de proposer aux professionnels **un espace d'échanges sécurisant et les conditions favorables à un questionnement collectif**.

La question de l'harmonisation des processus, et des modes de transmission d'information, sera également un des objectifs affichés.

Dans la continuité du PSP, le projet managérial de la direction des soins devra également y faire référence. Nous avons vu lors des entretiens que le positionnement et l'implication des cadres de santé questionnaient les responsables administratifs à tous niveaux, ainsi que les présidents de CME. Ainsi **PSP et projet managérial seront utilisés pour sensibiliser, mobiliser et engager l'encadrement dans cet axe stratégique** et fondamental pour répondre aux besoins des patients.

Par ailleurs, la mobilisation des équipes dans le cadre d'un management participatif permet d'accéder aux savoirs expérientiels des professionnels. Il est incontournable de faire l'état des lieux des expériences développées, des freins rencontrés, des dysfonctionnements récurrents ou encore des besoins non couverts en matière de continuité de prise en charge, en utilisant notamment la cartographie des risques pour identifier les risques de rupture.

L'évaluation de la satisfaction des patients (Bilan de la commission des usagers, feuille d'évènement indésirable, évaluation e-Satis⁶³) est également un outil managérial à mobiliser en lien avec les représentants des usagers. C'est alors **l'expérience du patient qui sert à interroger les pratiques**, les circuits ou les organisations.

Le raisonnement clinique est aussi un levier managérial pour l'encadrement qui permet de recentrer les soignants sur leurs pratiques, de les analyser au regard des situations

⁶² MINVIELLE E., 2018, Le patient et le système, Paris, SELI ARSLAN, 287p. , p.131-132.

⁶³ Piloté depuis janvier 2015 par la Haute Autorité de Santé, le dispositif e-Satis mesure la satisfaction des patients hospitalisés par téléphone après leur sortie

rencontrées et de les engager dans une réelle démarche de développement des compétences.

La démarche qualité et la certification V2014 comme catalyseur de la démarche

La démarche de certification V2014 évalue l'existence d'une politique d'amélioration du parcours patient intégrée aux orientations stratégiques de l'établissement. Il s'agit de s'assurer que cette démarche est inscrite au projet d'établissement.

Le critère 18.a «Continuité et coordination de la prise en charge des patients»⁶⁴ précise que la continuité s'apprécie selon un axe concernant « *une coordination et une concertation entre les acteurs internes et externes* » et prévoit d'évaluer si « *des mécanismes de coordination permettent d'assurer le relais entre les équipes associées aux différents modes de prise en charge (ambulatoire, temps partiel, temps plein) et avec les partenaires extérieurs* ». Ce critère évalue également si « *les modalités de transmission d'informations entre les secteurs d'activité et avec les intervenants extérieurs sont définies* ». Ainsi, nous rechercherons l'engagement des cadres de la direction des soins dans la démarche qualité, notamment dans le pilotage du processus parcours patient. **L'exploitation des évènements indésirables** et des plaintes de patients centrées sur les ruptures de continuité de prise en charge, les conditions de sortie ou encore l'absence de mise en place d'aide technique à domicile permettront d'alimenter la démarche de structuration des parcours de soins, au plus près de la réalité des patients. Ici, les représentants des usagers ont toute leur place, notamment dans le cadre de groupe de travail de la CSIRMT.

La dernière itération de la démarche de certification offre un outil majeur permettant d'évaluer les parcours de soins : **la méthode du patient traceur**. En 2016, l' HAS étend la démarche à l'ensemble du parcours de soins. Elle s'appuie sur « l'analyse globale du parcours patients : prestations sanitaires, sociales, médico-sociales et leurs organisations, interfaces et coordinations professionnelles (ville - établissements - hospitalisation à domicile - structures de soins de ville). Cette analyse **croise à la fois la perception du patient et celle des professionnels sur le parcours** »⁶⁵. La démarche de certification commune au sein des GHT en 2020 sera l'occasion d'élargir le dispositif à l'ensemble des structures du groupement. L'étape suivante associera l'ensemble des acteurs du territoire.

⁶⁴ HAS, 2016, Manuel de certification de établissement de santé, Edition de janvier 2014, 96p, p.59, disponible sur internet : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel_v2010_janvier2014.pdf

⁶⁵ HAS, 2016, Patient traceur : démarche d'analyse en équipe du parcours du patient – Guide méthodologique, 35p, [visité le 12.09.2018], disponible sur internet : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/2_guide_methodologique.pdf

Les objectifs d'amélioration de la qualité des parcours patients font partie de ceux à contractualiser avec les cadres de pôle dans le cadre de leur entretien professionnel.

La politique formation

Nous avons vu la complexité du sujet des parcours, lorsqu'il s'agit de différencier les concepts utilisés entre parcours de soins, de santé, filières de soins, circuit patient. La multitude de dispositifs réglementaires complexifie la démarche également. Ainsi, la formation continue sera également mobilisée afin d'**acquérir un langage commun**, de **mettre à niveau les connaissances** réglementaires des personnels d'encadrement et de les sensibiliser à l'intérêt de la démarche de construction des parcours de soins, en ne se limitant pas à sa dimension hospitalière.

Pour cela, un cahier des charges de formation sera élaboré en lien avec les besoins spécifiques. La mise en œuvre des GHT permet d'élaborer une stratégie de territoire concernant la formation dans la mesure où « *l'établissement support assure pour le compte des établissements partis au groupement la coordination [...] des plans de formation continue et de développement professionnel des établissements du groupement* »⁶⁶. L'inscription au projet médical et de soins partagés, d'un objectif de structuration des filières impose d'harmoniser les programmes de formation. Par ailleurs, il est reconnu que le temps de la formation est un **espace privilégié de rencontre et de création de liens entre professionnels** d'horizon, de métiers ou structures différents. C'est aussi un outil efficace d'harmonisation des compétences et des pratiques, mais également de partage d'expériences entre les structures sanitaires et médicosociales du groupement.

L'effet volume d'un programme de formation de territoire potentialise l'accès à la formation, notamment pour les équipes restreintes du fait de la densification des sessions de formation. Mais il convient de différencier ce qui relève dans ce cas du périmètre de la coordination de celui de la délégation. Ainsi, il faudra réserver la démarche coordonnée à l'échelle du GHT aux actions de formations communes, en lien avec les axes stratégiques du PMSP, contrairement aux actions de formation spécifiques à chaque structure qui relève a priori d'une délégation.

Le projet pédagogique de l'Institut de Formation des Cadres Santé (IFCS) est également un levier important. Comme nous avons pu le percevoir au travers des entretiens, le positionnement des cadres de proximité questionne, notamment lorsqu'apparaît au premier plan de leurs missions, une gestion centrée sur les moyens qu'ils soient humains ou matériels. Certes le contexte institutionnel peut motiver cette observation, néanmoins, nous ne pouvons pas nier que la période de formation des CDS est aussi

⁶⁶ CODE DE LA SANTE PUBLIQUE : Article L. 6132-1.

un temps possible de sensibilisation et d'acquisition de compétences en lien avec la structuration et la coordination des parcours de soins.

La formation des étudiants en stage dans les unités de soins est aussi l'occasion de les sensibiliser à l'importance de penser la prise en charge au delà de la phase curative et de l'inscrire dans le parcours de soins, voire de santé, du patient.

La question du rôle des cadres dans la démarche nous semble centrale.

- C) Les cadres de santé : Des acteurs clés pour la construction des partenariats et la structuration des parcours

Depuis les premiers textes règlementaires encadrant la profession de cadre de santé, il est fait référence à son rôle dans la prise en charge des patients. En 1990, il est affirmé la nécessité d'être en « *relation suivie avec les malades et leur famille tout au long de leur séjour dans l'unité* »⁶⁷, ce qui donne implicitement au cadre la mission de s'assurer de ses conditions de prise en charge de l'admission aux conditions de sa sortie. La notion de coordination des parcours apparaît dans le référentiel d'activité des cadres de santé élaboré par la DGOS⁶⁸ en 2012. La première activité intitulée « conception et coordination des organisations de soins et des prestations associées » définit un champ de mission assez large qui concerne directement la prise en charge du patient, y compris dans le cadre de l'organisation du parcours de soins. Cet axe du référentiel décrit l'implication du CDS dans l'organisation de la prise en charge centrée sur le patient en abordant notamment la :

- Coordination et le suivi des soins et des prestations
- Coordination des parcours de soins
- Coordination des interventions des différents acteurs
- Coordination avec l'équipe médicale et les différents acteurs internes et externes

Nous avons pu voir lors de l'enquête que la mission des cadres, lorsqu'elle est évoquée par différents acteurs de la direction, amène plus de questionnement sur leur périmètre d'intervention que de réponses. Les enjeux medico-économiques, la gestion des situations de tension, la complexité de faire face à l'absentéisme ou la gestion de multiples projets sont autant de raisons mises en avant par les cadres rencontrés pour expliquer qu'ils n'ont plus assez de temps à consacrer au patient et à sa prise en charge.

⁶⁷ DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS, Annexe de la circulaire DH/8A/PK/CT N° 00030 du 20 février 1990 portant missions et rôle des surveillant(e)s et surveillant(e)s chefs hospitaliers.

⁶⁸ Direction Générale de l'Offre de Soins

De nouveaux métiers de la coordination sont venus répondre à cette problématique. Certains pôles ont fait ainsi le choix de créer des postes d'infirmiers de coordination qui se chargent de l'organisation du parcours patient et des liens avec les structures pour assurer la continuité de la prise en charge.

Il nous semble important d'inscrire au projet managérial de la direction des soins et au projet de soins, l'objectif de **recentrer l'encadrement paramédical sur la coordination pluri professionnelle de la prise en charge** des patients de leurs unités, en s'appuyant sur leur vision globale du dispositif, leurs réseaux de relation interne (y compris le collectif cadre), leur proximité avec le patient et sa famille. Leur redonner ce rôle d'interface entre les acteurs (internes mais aussi externes à la structure), de la prise en charge, en lien étroit avec le patient et sa famille redonnerait du sens au travail des cadres de santé et mobiliserait leur regard clinique et leur capacité à évaluer la réponse aux besoins des patients. Il s'agit aussi d'affirmer leur responsabilité dans la qualité et la continuité des soins.

Un autre rôle à développer est celui d'analyser les flux de patient depuis leur adressage jusqu'aux dispositifs d'aval et **d'engager, en lien avec l'équipe médicale une réflexion sur les partenariats**. Comme nous l'avons évoqué précédemment, le CDS peut s'appuyer sur les partenariats informels existants, partir d'expériences individuelles pour évaluer la nécessité de leur donner une dimension institutionnelle et capitaliser les ressources externes permettant de solutionner les problématiques de continuité.

Sur le plan opérationnel, il est important de renforcer la démarche qualité à toutes les étapes du parcours, de l'entrée à la sortie du patient, par la mise en œuvre de check-list⁶⁹. Les Projets d'Aide au Retour à Domicile (PRADO) peuvent être mobilisés pour faciliter la sortie d'hospitalisation du patient. Là encore l'utilisation des dispositifs d'accompagnement de la sortie nécessite de rechercher l'implication des cadres de santé dans la coordination de la démarche.

D) De nouveaux métiers à développer et encadrer qui bousculent la dynamique des équipes de soins

Si la coordination des prises en charge est une préoccupation importante ayant conduit à positionner certains professionnels sur cette mission, il n'existait pas réellement de cadre réglementaire à leurs interventions avant la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 et la publication des décrets concernant les IPA.

Néanmoins, des infirmiers de coordination ont été positionnés dans certains services pour fluidifier les parcours en organisant notamment l'aval de l'hospitalisation et en

⁶⁹ HAS, 2015, "Organisation des parcours - check-list de sortie d'hospitalisation supérieure à 24 heures, [visité le 14.09.2018], disponible sur internet : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-05/check-list_sortie_hospitalisation_web.pdf

assurant les liens avec les professionnels ambulatoires. Sont particulièrement concernés les services de chirurgie en lien avec la diminution des DMS, la mise en œuvre de la récupération accélérée après chirurgie (RAAC), le JO⁷⁰ ou l'ambulatoire. Néanmoins, créés par redéploiement dans le cadre des projets de pôle, ces professionnels de la coordination n'ont pas de statut spécifique. Le répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie de la fonction publique hospitalière⁷¹ tente de définir la fiche métier de Coordinateur de parcours en santé, dont la définition provisoire est « *d'établir, organiser et gérer des liens permettant l'optimisation de la prise en charge sanitaire, sociale et médicosociale d'une personne dans un parcours de soins* ». Il s'agit bien d'une coordination pluridisciplinaire en lien avec le projet de soins du patient. Nous ne voyons pas précisément où ce professionnel se situera dans le dispositif qui nécessiterait un positionnement à l'interface des acteurs et des structures. Nous en revenons au questionnement de la place du cadre de santé dont la mission consiste également à assurer les liens, faciliter les transitions et éviter les ruptures.

Le décret du 18 juillet 2018⁷² officialise l'émergence d'un nouveau métier « Infirmier de pratique avancée » qui permet, dans un champ bien défini, à ces professionnels de participer à l'organisation, la coordination et la continuité de la prise en charge des patients en situation complexe, fragiles et stabilisés. Ils interviennent dans les champs de la cancérologie, la néphrologie, l'hématologie ou encore la gériatrie. Rattachés à une consultation ou à un service d'hospitalisation, ces professionnels pourront exercer en libéral.

Ainsi, il sera impératif de tenir compte de cette nouvelle ressource lorsqu'il s'agira de structurer les parcours de soins. Leur positionnement reste à définir en lien avec les cadres de santé et les infirmiers déjà positionnés sur des missions de coordination.

⁷⁰ Entrée du patient le jour de l'intervention

⁷¹ Consultable sur le site :

<http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/pdf/metier.php?idmet=183>

⁷² Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée

Conclusion

Nous avons tenté de nous projeter dans ce qui constitue certainement un enjeu majeur pour le système de santé : la construction des parcours de soins. L'hôpital, jusqu'alors pivot réel ou symbolique du système, tente de trouver sa place dans un paysage sanitaire en transformation. Le recentrer sur le recours spécialisé, s'il s'agit d'un objectif affiché des politiques publiques, nécessite de faire face à de multiples freins que nous avons pu décrire : inégalités territoriales d'accès au soins, acculturation complexe des professionnels tant hospitaliers que libéraux, cloisonnement entre sanitaire, social et médicosocial, absence de convergence des systèmes d'informations ou des modes de valorisation des actes.

Mais les usagers du système de santé réclament ces avancées, voire les revendiquent comme un droit.

Le territoire de santé a connu différentes définitions mais tend à se recentrer sur une échelle correspondant au référentiel des usagers. Les territoires de démocratie sanitaires, ceux d'une concertation possible, tendent à se rapprocher du territoire correspondant à l'environnement de vie du patient.

Le concept de responsabilité populationnelle, en prônant l'expérience commune comme moyen de coordonner les acteurs, postule qu'au moment où un GHT peut s'étendre à un département, la grande proximité serait en réalité l'échelle à retenir pour construire des parcours coordonnés. La proximité et l'expérience commune deviennent les instruments d'une rencontre possible, d'une convergence d'intérêt et d'une reconnaissance mutuelle.

Les équipes hospitalières, confrontées à la réalité des situations singulières des patients qu'ils prennent en charge se sont adaptées. Elles ont créé des partenariats, construit des collaborations, tissé des réseaux relationnels pour faire face aux besoins des patients. Reste à capitaliser ces expériences, à les modéliser et les institutionnaliser pour initier la démarche de structuration des parcours et l'intégrer aux pratiques professionnelles.

Le directeur des soins devient un acteur stratégique de cette construction parce qu'il est à l'interface entre tous ces éléments qui permettront un construit collectif.

Ses compétences spécifiques, son identité professionnelle et son positionnement institutionnel sont autant d'atouts qui positionnent le directeur des soins au cœur de la démarche de structuration des parcours de soins.

Le projet de soin, décliné sur le plan managérial, devient le cadre de la mise en œuvre des parcours de soins en lien avec le projet médical partagé. Ce qui nécessite une animation de l'équipe de la direction des soins, fédératrice, rigoureuse, orientée vers la

collaboration et la coopération, à l'écoute du terrain, en lien étroit avec les représentants des usagers.

Mais il ne s'agit là que d'une première étape qui assurément nécessitera du temps. Nous en sommes à consolider les filières hospitalières. Nous avons proposé une approche ouverte sur l'extérieur pour construire des liens entre l'hôpital et les acteurs du territoire pour structurer les parcours de soins.

L'étape suivante concernera les parcours de santé ce qui imposera de nous concentrer sur l'amont de la prise en charge, d'intégrer la prévention comme élément structurant de la démarche et de réellement associer l'utilisateur dans la structuration de la prise en charge sanitaire.

L'évolution des champs de compétences des professionnels de santé et l'émergence de nouveaux métiers semblent amorcer cette prochaine étape.

Bibliographie

Ouvrages

- ✓ AISSOU M., DANOS J.P., JOLIVET A., 2016, Structurer les parcours de soins et de santé, Bordeaux, LEH Edition, 240p, p.44.
- ✓ ALAM T, GURRUCHAGA M, PONTIER J-M., 2015, Collectivités, territoires et santé : Regards croisés sur les frontières de la santé. Actes du colloque GRALE - CERAPS - Université de Lille du 13-15 décembre 2012, Paris, L'Harmattan, 405p.
- ✓ BIZARD F, AUDARD C., 2015, Politique de santé : Réussir le changement, Paris, Dunod, 242p. (Santé Social).
- ✓ BLOCH M.A., 2014, Coordination et parcours : La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social, Paris, Dunod, 315p.
- ✓ DE ROBERTIS C, ORSONI M, PASCAL H, ROMAGNAN M., 2014, L'intervention sociale d'intérêt collectif : de la personne au territoire. 2e édition. Rennes: Presses de l'EHESP. 302p. (Politiques et interventions sociales).
- ✓ FAYOL H., 1970, *Administration industrielle et générale*, Paris, Dunod, 133p
- ✓ LARCHET P, POLEMI P, 2001, *La santé en réseaux : objectifs et stratégie dans une collaboration ville-hôpital*, Paris, Edition Masson, p.186.
- ✓ LOPEZ A., 2013, Réguler la santé. Objectifs, méthodes et outils pour une stratégie globale des politiques de santé, Rennes, Presses de l'EHESP, 415p.
- ✓ MINTZBERG H., 2004, *Le management : Voyage au Centre des Organisations*, Paris, Editions d'Organisation, 704p.
- ✓ MINVIELLE E., 2018, Le patient et le système, Paris, SELI ARSLAN, 287p. , p.131-132.
- ✓ MOINE A, SORITA N., 2015, Travail social et territoire : Concepts, méthode, outils. Rennes, Presses de l'EHESP, 247p. (Politiques et interventions sociales).
- ✓ PLANEL M.P., 2017, Les fondements du virage ambulatoire : pour une réforme de notre système de santé, Rennes, Presses de l'EHESP, 235p.
- ✓ VAUTARD A., 2016, L'aménagement sanitaire du territoire : Stratégie et coordinations. Bordeaux, LEH Edition, 244p.
- ✓ VIGNERON E, JAFFIOL C., 2017, L'hôpital et le territoire : De la coordination aux GHT : une histoire pour le temps présent. Paris: SPH Editions, 295p.

Périodiques

- ✓ ATTANE C, TANGUY H. Le groupement hospitalier de territoire. Petit vade-mecum du GHT voté par les députés. Gestions hospitalières. avr 2015;(n° 545):pp.253-255.
- ✓ DESGREES DU LOU G., "Les Deux-Sèvres innovent avec un GHT ouvert aux libéraux", *Techniques hospitalière* n°765, pp.37-38
- ✓ GALLET B. L'évolution du mode financement des établissements de santé : Le parcours de soins et le territoire comme nouveaux points de départ « d'une pensée complexe ». Finances hospitalières. sept 2017, (n° 116), pp.5-8.
- ✓ JAFFRE D. Du pacte territoire-santé au plan Ondam. Objectif soins & management La revue des cadres de santé. avr 2015;(n° 235):28-31.
- ✓ MARIN P. Le territoire de santé. Cahiers de la fonction publique. mai 2014;(n° 343):pp.52-55.
- ✓ ROUBINOWITZ D. Loi « santé » : L'organisation territoriale du système de santé. Dossier. ASH - actualités sociales hebdomadaires. 1 déc 2017;(n° 3036):pp.43-54.
- ✓ ROUSSET G. Un premier bilan mitigé pour le « pacte territoire santé ». Revue Droit et santé La revue juridique des entreprises de santé. mai 2014;(n° 59):pp.1281-1283.
- ✓ SINIGAGLIA-AMADIO S, HAMZAOUI M, ARENA MARTINEZ S, et al. Le quartier comme territoire d'action sociale. Observatoire - Revue d'action sociale et médico-sociale. avr 2013;(n° 79):pp.2-63.

Textes législatifs

- ✓ LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
- ✓ LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale)
- ✓ LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- ✓ LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
- ✓ Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire. 2016-524 avr 27, 2016
- ✓ Ordonnance N°96-945 du 24 avril 1996, (art. L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale)
- ✓ Décret N° 2017-620 du 24 avril 2017 relatif au fonctionnement des établissements et services médico-sociaux en dispositif intégré, journal officiel, n°0098 du 26 avril 2017

Mémoires

- ✓ BLAIS Y, BOSMANS-GANE N, BROUARD M, DA CRUZ L, GONFIER-SAEZ F, MAGNIN V, et al. Une nouvelle manière d'engager le débat démocratique sur la santé et le bien-être dans un territoire : Organisation d'une conférence citoyenne sur la responsabilité du politique par rapport au bien-être [Internet]. 2015. 35p. Disponible sur: http://documentation.ehesp.fr/memoires/2015/mip/groupe_19.pdf
- ✓ MICALI J, Ecole des hautes études en santé publique (EHESP). Construire une prise en charge de proximité auprès des usagers éloignés des CSAPA sur un territoire rural : La mise en place de consultations avancées au sein des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles [Internet]. 2016. 119p. Disponible sur: <http://documentation.ehesp.fr/memoires/2016/Cafdes/Micali.pdf>
- ✓ ABBAS R, JAUBERT S, DUONG QUANG TRUNG J-L, LEGLAND S, MALESCOT C, OUATIKI E, et al. La territorialisation des groupements hospitaliers de territoire. Un processus inachevé ? [Internet]. 2017. 40 XVIIIp. Disponible sur: <http://documentation.ehesp.fr/memoires/2017/mip/groupe%2020.pdf>

Communications et conférence

- ✓ busyn_discours_installatin_conseil_strategique_innovation_sante_050418.pdf [Internet]. [cité 8 août 2018]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/busyn_discours_installatin_conseil_strategique_innovation_sante_050418.pdf

Sites internet

- ✓ 2016-01-11_lexique_vf.pdf [Internet]. [cité 26 mai 2018]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11_lexique_vf.pdf
- ✓ MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, 2018, Stratégie Nationale de santé 2018-2022, 104p, [visité le 09.05.2018], disponible sur internet : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf
- ✓ Conditions_du_developpement_de_la_chimiotherapie_en_hospitalisation_a_domicile_-_rapport.pdf [Internet]. [cité 5 août 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-03/conditions_du_developpement_de_la_chimiotherapie_en_hospitalisation_a_domicile_-_rapport.pdf
- ✓ Finances Hospitalières [Internet]. [cité 6 août 2018]. Disponible sur: http://www.finances-hospitalieres.fr/dms-affaire-tous_679F50833774B5.html
- ✓ L'organisation des parcours de soins, de santé, de vie [Internet]. [cité 26 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/lorganisation-des-parcours-de-soins-de-sante-de-vie-0>
- ✓ DELCOURT L., Coopération : une ébauche de problématisation, [visité le 07.08.2018], disponible sur internet : <https://www.cetri.be/Cooperation-une-ebauche-de>

Guides et Rapports

- ✓ ANAP, Construire_un_parcours_de_sante_pour_les_personnes_agees_Anap.pdf [Internet]. [cité 25 mars 2018]. Disponible sur: https://www.silvereco.fr/wp-content/uploads/2014/01/Construire_un_parcours_de_sante_pour_les_personnes_agees_Anap.pdf
- ✓ MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, 2018, Stratégie Nationale de santé 2018-2022, 104p, [visité le 09.05.2018], disponible sur internet : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf
- ✓ dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf [Internet]. [cité 27 mai 2018]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf
- ✓ Haute Autorité de Santé - Check-list de sortie d'hospitalisation supérieure à 24h [Internet]. [cité 8 août 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2035081/fr/check-list-de-sortie-d-hospitalisation-superieure-a-24h
- ✓ VERHEYDEN F, Ecole des hautes études en santé publique (EHESP). La mise en place des groupements hospitaliers de territoire : L'exemple du Centre hospitalier intercommunal Toulon-La Seyne-sur-Mer [Internet]. 2016. 47p. Disponible sur: <http://documentation.ehesp.fr/memoires/2016/aah/veyden.pdf>
- ✓ Ministère des Affaires sociales de la Santé et des Droits des femmes. Pacte territoire santé 2 : Dossier de presse. Paris: Ministère des Affaires sociales de la Santé et des Droits des femmes; 2015. 15p.
- ✓ S. d., « Gand S, Periac E, Bloch M-A, Henaut L. Évaluation qualitative PAERPA. :72.
- ✓ HAS, 2017, "Dossier de presse - Satisfaction des patients hospitalisés et résultats 2017 qualité et sécurité des soins dans les hôpitaux et les cliniques en France", [visité le 06.09.2018], disponible sur internet : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-12/presse_dp_satisfaction_patients_hospitalises_resultats_2017.pdf

Liste des annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien

Annexe 2 : Check List HAS

Annexe 1

Guide d'entretien mémoire Directeur des soins Structuration des parcours de soins

Question	Concepts explorés	Attendus
1. Quel regard portez-vous sur la territorialisation de l'offre de soin et sur la succession de politiques publiques ayant pour objectif de la mettre en œuvre ?	Territorialisation Décloisonnement (Public/Privé, Ville/Hôpital, S/MS)	Critique des politiques publiques Position / intérêt de ces politiques
2. Quelle différence voyez-vous entre filières, parcours de soins et parcours de santé ?	Filière / Parcours de santé /Parcours de soins	Place des partenaires extérieurs, vision hospitalo-centrée ?
3. Pour vous quels sont les enjeux de cette politique ?	Politique Q GDR Besoins patients	Place des usagers ? Bénéfices pour les patients
4. Quels sont les enjeux pour l'établissement ?	Performance / rationalisation des dépenses / qualité de PEC	Position centrée sur l'intérêt médicale ? sur le patient ?
5. Comment peut-on développer les liens ville-hôpital ?	Coopération / collaboration	
6. Quels sont les freins ?		Intérêt ? temps à consacrer a la démarche, rôle des acteurs ?
7. La communauté médicale est-elle engagée dans la démarche ?		Qui, pour quels bénéfices si expérience dans certains services ? Sinon pourquoi ?
8. Pour vous, qui pilote ou peut piloter cette démarche ?		DS / direction générale / cadres / autre...?
9. Est-ce à l'hôpital d'initier la démarche ?		Qui pourrait l'animer sur le territoire ? ARS ? Généralistes ?
10. Les difficultés d'aval de certains services vous incitent-il à développer des partenariats avec les acteurs	DMS, TO	Rôle des cadres ? des travailleurs

de territoire ?		sociaux ? des praticiens dans leurs relations avec médecins de ville ou institutions ?
11. Quel rôle pourrait jouer le directeur des soins dans la construction des parcours ?	Facilitateur ? Lié a ses compétences et son expérience ? A intégrer a son management ?	
12. Pensez-vous que les cadres de proximité pourraient être des acteurs clés ?	Dans les liens avec l'extérieur ? Préparation de la sortie ? Construction et animation du réseau ?	
13. Que pensez-vous de l'idée de mettre en place une direction des parcours de soins chargée de piloter la démarche ?	Intérêt de rassembler les expériences singulières ? détecter les acteurs impliqués ? animer le partenariat ? favoriser la démarche en l'intégrant dans les objectifs professionnels des acteurs ?	
14. Cette mission pourrait-elle être confié à la coordination générale des soins ?	Pour inscrire la démarche auprès des cadres de santé ? En mobilisant l'expérience des DS ? En utilisant les liens DS/PCME ? En mobilisant les liens DS/Communauté médicale ?	

ORGANISATION DES PARCOURS

CHECK-LIST DE SORTIE D'HOSPITALISATION SUPÉRIEURE À 24 HEURES

Date : / /

Service : _____

Patient : _____

Responsable de la check-list : _____

Repérage et évaluation de la complexité	Oui	Non	N/A
1. Le repérage du risque de réhospitalisation a été réalisé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Une évaluation sociale a été réalisée afin de proposer au patient le mode de sortie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Information du patient	Oui	Non	N/A
3. Le patient ⁽¹⁾ a été associé au projet de sortie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Les ordonnances de sortie ont été remises et expliquées au patient ⁽²⁾ .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Le patient ⁽¹⁾ a reçu une information ou une éducation afin de lui permettre d'assurer ses soins, sa surveillance et de contacter la personne appropriée en cas de problème. La compréhension par le patient ⁽¹⁾ de ses traitements a été vérifiée.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Les rendez-vous ultérieurs sont communiqués au patient ⁽¹⁾ , en précisant s'ils sont pris ou à prendre par le patient ⁽¹⁾ .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Si la rédaction de directives anticipées et la désignation d'une personne de confiance ont été jugées nécessaires, cette information est transmise au médecin traitant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. Patient, ou le cas échéant son entourage (relatives...) ou son représentant légal.

2. Le terme « professionnels de santé » regroupe les professions médicales réglementées par le Code de la santé : médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, sages-femmes, et les professions paramédicales : auxiliaire médical ou autre professionnel de santé désigné par le patient.

Validée par le Collège de la Haute Autorité de Santé en février 2015.

Contacts et continuité	Oui	Non	N/A
8. Dès l'entrée du patient, le médecin traitant et les autres professionnels de santé ⁽²⁾ du domicile ou du service d'amont ont été contactés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Le médecin traitant et les autres professionnels de santé ⁽²⁾ du domicile ou du service d'aval ont été prévenus de la sortie du patient.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Le pharmacien d'officine ou du service d'aval a été contacté avant la sortie, afin d'assurer la disponibilité des traitements et dispositifs médicaux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Les services d'aide à la personne utiles au patient ont été contactés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Un document de sortie est remis au patient ⁽¹⁾ le jour de la sortie et adressé au médecin traitant et aux autres professionnels de santé ⁽²⁾ du domicile ou de la structure d'aval.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Une alerte a été programmée pour assurer la transmission au médecin traitant des résultats des examens en attente au moment de la sortie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Une fiche de liaison paramédicale est transmise aux professionnels de santé ⁽²⁾ concernés par des soins spécifiques.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Un « assistant parcours », coordinateur d'un réseau de santé ou d'une plate-forme d'appui, a été contacté pour assurer la transition.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Une visite ou une consultation du médecin traitant a été organisée après la sortie (selon le besoin).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Logistique	Oui	Non	N/A
17. Les documents et traitements médicaux ainsi que les objets personnels sont restitués au patient ⁽¹⁾ .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. La date et l'heure de sortie sont compatibles avec l'accueil du patient à domicile ou en structure de suite. Le transport adapté a été prévu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LANGLOIS

Franck

11 décembre 2018

Directeur des Soins

Promotion 2018

Structurer les parcours de soins : Un nouvel enjeu pour le directeur des soins

Résumé :

Filières de soins, parcours de soins et parcours de santé désignent autant de dispositifs dont l'ambition est de proposer au patient, usager de notre système de santé, une prise en charge coordonnée associant les professionnels des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. L'enjeu d'une approche intégrée des soins est bien la recherche d'une meilleure qualité des soins tout en maîtrisant les dépenses de santé.

Il existe des freins à la démarche de construction des parcours de santé : positionnement de l'hôpital vis à vis de la médecine de ville, modes de financement non intégrés, systèmes d'informations. Néanmoins, la prise en compte de la demande des patients, la volonté de la communauté médicale hospitalière de se recentrer sur le recours spécialisé, le financement aux parcours ou l'évolution des systèmes d'information sont autant de leviers mobilisables.

La structuration de parcours de soins cohérents au sein des différentes filières devient un enjeu majeur du directeur des soins qui nécessite de mobiliser ses compétences tant au niveau stratégique qu'opérationnel.

Mots clés :

Directeur des soins, Parcours de soins, Coordination, Coopération, Décloisonnement

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.