



**EHESP**

---

**Directeur des soins**

Promotion : **2018**

Date du Jury : **décembre 2018**

---

**Le directeur des soins au cœur  
de la coordination du parcours patient  
à l'échelle d'un territoire,  
entre enjeux stratégiques et opérationnalités**

---

**Olivia RUFAT**



---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier les équipes de direction et l'ensemble des professionnels qui m'ont accueillie. Leur disponibilité et la qualité des échanges ont favorisé un partage et des réflexions porteuses d'enseignement. Merci également pour la confiance accordée dans le libre accès aux informations ayant permis la réalisation de ce travail.

Merci encore à tous ceux qui, rencontrés au gré de mon parcours personnel et professionnel, m'ont fait confiance et m'ont accompagnée.

Enfin, un immense merci à tous ceux qui comptent et que j'aime.



**« Dans la vie, rien n'est à craindre, tout est à comprendre »**

Marie Curie (1867-1934)



---

# Sommaire

---

<b>Introduction</b> .....	<b>3</b>
<b>Premier constat</b> .....	<b>4</b>
<b>CHAPITRE PREMIER : Apports conceptuels</b> .....	<b>5</b>
<b>1.1 La notion de parcours : une actualité en évolution en lien avec une réalité plurielle</b> .....	<b>5</b>
1.1.1 Un cadre législatif spécifique.....	7
1.1.2 L'organisation des parcours : quels impacts ?.....	9
1.1.3 La nécessaire considération de l'évolution sociétale .....	11
<b>1.2 La volonté de coordonner les parcours à l'échelle du territoire : à la lumière de la réalité des besoins, quelle opérationnalité des mesures ?</b> .....	<b>12</b>
1.2.1 Parlons territoire ... ..	12
1.2.2 Le système de santé et la gestion des parcours.....	13
1.2.3 Les acteurs et leurs interactions.....	15
1.2.4 L'utilisateur et ses attentes .....	17
<b>1.3 Le directeur des soins : acteur du dispositif de coordination des parcours</b> ...	<b>19</b>
1.3.1 Quel positionnement ? .....	20
1.3.2 Pour quelle coordination des parcours ? .....	22
1.3.3 Vers quelles évolutions ? .....	23
<b>Conclusion du cadre conceptuel</b> .....	<b>25</b>
<b>DEUXIEME CHAPITRE : Eclairages du terrain</b> .....	<b>26</b>
<b>2.1 Méthodologie de l'enquête</b> .....	<b>26</b>
2.1.1 Un lieu et un public cible .....	26
2.1.2 Les outils et méthodes de recherche.....	27
2.1.3 Méthodologie d'analyse et confrontation des résultats .....	28
2.1.3.1 Analyse documentaire.....	28
2.1.3.2 Analyse des entretiens et des échanges .....	32
<b>2.2 Analyse élargie des données</b> .....	<b>37</b>
2.2.1 Hypothèse 1 : Pour la structuration des parcours, la prise en considération de la spécificité des enjeux de chaque acteur est nécessaire à la bonne coordination entre établissements.....	37
2.2.2 Hypothèse 2 : Dans le cadre de la construction des parcours patients, la participation précoce à l'élaboration des travaux préliminaires, tel que le diagnostic territorial, engage l'implication des acteurs à un niveau stratégique.....	39

2.2.3 Hypothèse 3 : Le directeur des soins contribue à la déclinaison opérationnelle inter et intra établissements des projets territoriaux pour la coordination des parcours des patients. ....	40
<b>2.3 Limites et critiques de l'étude</b> .....	42
<b>TROISIEME CHAPITRE : Préconisations issues de la recherche</b> .....	<b>42</b>
<b>3.1 Pour aller plus loin...</b> .....	<b>43</b>
3.1.1. Des leviers identifiés .....	43
3.1.2 La persistance de freins .....	44
3.1.3 De réelles perspectives .....	46
<b>3.2 Quelques préconisations</b> .....	<b>48</b>
3.2.1 Une portée politique à considérer .....	48
3.2.2 Un niveau stratégique incontournable .....	50
3.2.3 Une nécessaire opérationnalité par le management .....	51
<b>Conclusion</b> .....	<b>54</b>
Bibliographie .....	<b>I</b>
Liste des annexes .....	<b>VI</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

AFDS	Association Française des Directeurs des Soins
ARS	Agence Régionale de Santé
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLIC	Centres Locaux d'Information et de Coordination
CME	Comité Médical d'Etablissement
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CSIRMT	Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DS	Directeur des soins
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPSM	Etablissement Public de Santé Mentale
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
LFSS	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
MAIA	Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins dans le champ de l'Autonomie
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAERPA	Parcours de santé des personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie
PE	Projet d'Etablissement
PMSP	Projet Médico-Soignant Partagé
PRS	Projet Régional de Santé
PTA	Plateforme Territoriale d'Appui
PTSM	Projet Territorial de Santé Mentale
SROS	Schémas régionaux d'organisation sanitaire
T2A	Tarifcation A l'Activité
URPS	Unions Régionales de Professionnels de Santé



## Introduction

« Le temps des rafistolages est révolu. Nous allons transformer notre système de santé, en mettant le patient au centre et en construisant sur l'essentiel : ceux qui, chaque jour, soignent nos concitoyens ». A travers ces mots, Edouard Philippe, Premier ministre français, présentait le 13 février 2018 à Eaubonne sa stratégie pour « transformer » le système de santé.

« Ma santé 2022 », nouvelle stratégie de santé portée par la ministre des solidarités et de la santé Agnès Buzyn, a pour ambition de « remettre le patient au centre pour garantir à tous les français un accès à des soins pertinents et de qualité ». La volonté « d'organiser le collectif des professionnels de santé engagés pour satisfaire ensemble les besoins des patients de leur territoire » est ainsi annoncée. Elle est le résultat d'une « effective stratégie de transformation du système de santé »<sup>1</sup>. En ce sens, les différentes mesures de ce plan, annoncées le 18 septembre 2018 par le Président de la République trouvent un écho particulièrement appuyé dans le paysage sanitaire de la stratégie nationale de santé 2018-2022. En effet, l'amélioration de l'offre de soins y est déclinée au moyen de propositions telles que celle « d'assurer la continuité des parcours avec une offre transversale entre acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux ».

Véritable attente de nos concitoyens<sup>2</sup>, tant du point de vue qualitatif qu'économique, l'organisation du système sanitaire représente un axe de travail aujourd'hui prioritaire.

La question de la structuration et de la coordination des parcours des patients à l'échelle du territoire présente donc un enjeu d'actualité, à la fois de sécurité et de pertinence. En effet, le postulat sur lequel repose cette volonté de transformer le système de santé est celui d'une meilleure organisation des parcours. Face au constat des ruptures de parcours et des ré-hospitalisations inattendues, cette organisation des parcours paraît être un gage de cohérence des prises en charge et de maîtrise des coûts.

Alors, la structuration des parcours des patients doit permettre l'accompagnement de ces derniers, à travers un système complexe tout en leur assurant un suivi individualisé et adapté. La pertinence des soins, qui évite les redondances et les coûts évitables, garantit, quant à elle, la qualité des prises en charges. La question de la coordination des parcours de soins à l'échelle d'un territoire paraît centrale et sera la thématique retenue pour notre travail.

---

<sup>1</sup> Hospimédia – 17/09/2018 « Ma Santé 2022 »

<sup>2</sup> Consultations nationales préalables à la stratégie nationale de santé

## Premier constat

Durant notre exercice professionnel et les expériences de faisant fonction directeur des soins au sein d'un CHU, établissement support d'un GHT, nous avons pu appréhender la prégnance de la thématique des parcours de soins à l'échelle du territoire. En effet, l'émergence des filières de soins et la nécessaire coordination inter-établissements nous a amené à nous questionner quant à la place du directeur des soins dans l'organisation du système de santé et de ses transformations. Nous avons pu poser des constats sur la base de notre pratique. Tout d'abord, celui d'un manque de clarté quant à certains parcours, inhérent à une faible lisibilité des politiques de santé à l'échelle du territoire. De plus, il perdure une réelle difficulté pour certains établissements de santé en situation d'accueil en urgence de patients dans le cadre de parcours de soins spécifiques (cas de la prise en charge de patients atteints de troubles psychiques). De profonds dysfonctionnements dans les interactions entre établissements de santé sont, par ailleurs, à noter, dans le cadre de prise en charge de patient, compte tenu de l'existence de schéma d'intervention propre à chaque établissement.

En tant que directeur des soins stagiaire nous avons souhaité mener ce travail de recherche et de réflexion, en lien avec un questionnement professionnel, inhérent au positionnement du directeur des soins. En sa qualité de responsable des organisations de soins, le directeur des soins, garant de la qualité des soins au travers de dispositifs de prises en charge adaptés, cohérents, lisibles et coordonnés, est un acteur-clé dans le parcours de santé des patients. Nous formulerons donc comme suit la question centrale de notre recherche : **En quoi le positionnement du directeur des soins impacte la coordination du parcours de soins à l'échelle d'un territoire ?**

Nous avons, à partir de notre question centrale, mis en lumière trois hypothèses opérationnelles de travail dans le champ conceptuel qui seront ensuite notre guide d'analyse empirique.

**Hypothèse 1** : *Pour la structuration des parcours, la prise en considération de la spécificité des enjeux de chaque acteur est nécessaire à la bonne coordination entre établissements.*

**Hypothèse 2** : *Dans le cadre de la construction des parcours patients, la participation précoce à l'élaboration des travaux préliminaires, tel que le diagnostic territorial, engage l'implication des acteurs à un niveau stratégique.*

**Hypothèse 3** : *Le directeur des soins contribue à la déclinaison opérationnelle inter et intra établissements des projets territoriaux pour la coordination des parcours des patients.*

A travers ce travail, nous aborderons tout d'abord les notions de parcours patients, en mettant en lumière le cadre d'exercice actuel. Puis, nous nous attacherons à préciser le contexte de la coordination des parcours à l'échelle du territoire, tout en identifiant les acteurs du dispositif de coordination et les attentes des patients. Un focus, quant à la place du directeur des soins comme acteur de ce dispositif, sera ensuite proposé en lien avec notre questionnement. A l'issue de ce cadre conceptuel, une analyse des entretiens menés sur le terrain sera proposée, et fera l'objet de la deuxième partie de ce travail.

En effet, un deuxième chapitre présentera des éclairages émanant du terrain, par la présentation de l'enquête de terrain et l'analyse des données à l'échelle d'un groupement hospitalier de territoire. Enfin, une troisième partie proposera quelques préconisations en lien avec notre futur exercice professionnel, après avoir proposé une analyse des freins et des leviers identifiés.

## **CHAPITRE PREMIER : Apports conceptuels**

### **1.1 La notion de parcours : une actualité en évolution en lien avec une réalité plurielle**

La question prégnante de l'organisation des soins en France, posée par la loi de modernisation de notre système de santé<sup>3</sup>, propose une « médecine de parcours, lisible et opérante », pour les patients. La notion fondamentale, qu'est celle du « parcours » se doit d'être clairement définie. Si le mot « parcours » est défini comme « chemin pour aller d'un point à un autre, itinéraire, trajet »<sup>4</sup>, les notions d'enchaînement d'étapes et de trajectoire sont également directement en lien. Parler de médecine de parcours évoque alors les étapes que le patient doit franchir, en lien avec sa demande, ses besoins et l'offre de soins en regard. Le raisonnement par secteur : soins de ville, soins hospitaliers, soins médico-sociaux se doit alors d'évoluer. De plus, les déclinaisons multiples de la notion de parcours nécessitent une clarification de la terminologie. Si un parcours s'entend aujourd'hui comme « la prise en charge globale, structurée et continue des patients, au plus près de chez eux »<sup>5</sup>, il est possible de définir différents niveaux de parcours.

Le parcours de soins, parfois défini comme l'accès aux consultations de premier recours, regroupe l'ensemble des étapes qu'un patient va suivre à travers une trajectoire

---

<sup>3</sup> Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

<sup>4</sup> AISSOU M., et al., 2014, « Structurer les parcours de soins et de santé » p.43

<sup>5</sup> ARS, 2016, Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie. Pour une prise en charge adaptée des patients et des usagers. Lexique des parcours de A à Z.

déterminée et spécifique au regard de sa maladie. Cet itinéraire se veut individualisé afin d'apporter une réponse adaptée à un individu, en incluant son admission dans un établissement de santé, sa sortie, et les différentes étapes intermédiaires ainsi que sa prise en charge en amont et en aval. Pour certains auteurs, les termes de parcours patient et parcours de soins peuvent être utilisés de manière indifférenciée<sup>6</sup>, en l'absence de définition normative. Pour d'autres, il peut exister une nuance en lien avec le strict parcours hospitalier, alors identifié comme « parcours patient », versus un parcours avec amont et aval d'hospitalisation, plutôt « parcours de soins »<sup>7</sup>. Les considérations actuelles, nous orientent vers une coordination ville-hôpital, une collaboration sanitaire et médico-sociale, une structuration en dehors des murs de l'hôpital, sur la base d'une organisation territoriale de l'offre de soins. Notre réflexion ainsi orientée, elle se voudra ouverte sur le champ sanitaire intra et extra-hospitalier. Les termes « parcours patient » ou « parcours de soins » seront ici utilisés de manière indifférenciée, sur la base de la définition ci-dessus. Si la dimension curative est prégnante dans la notion de parcours de soins, le parcours de santé, quant à lui, articule soins et prévention, accompagnement médico-social et maintien ou retour à domicile. Inscrit dans une approche globale, le parcours ou trajectoire de santé porte une dimension plus large d'amont et d'aval et une orientation en matière de promotion et de prévention.

Par ailleurs, le parcours de vie envisage la personne dans son environnement, dans une approche de protection sociale dans le champ de l'aide à l'autonomie. C'est-à-dire qu'il prend en considération la famille, l'entourage, l'école, le logement, la dimension sociale et culturelle. « Le fait de prendre en compte les parcours de vie et de s'affranchir autant que possible d'une pensée catégorielle amène à caractériser autrement les problèmes d'aide à l'autonomie. Raisonner en parcours, c'est penser la situation de chacun comme singulière, indépendamment des grandes catégories dans lesquelles s'inscrit la pathologie dont souffre la personne<sup>8</sup> ».

Enfin, selon l'article 14 de la Loi de modernisation de notre système de santé, « le parcours de santé est dit complexe lorsque l'état de santé, le handicap ou la situation sociale du patient rend nécessaire l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux ». Le recours aux fonctions d'appui est déclenché par le médecin traitant ou un médecin en lien avec ce dernier, en veillant à leur intégration dans la prise en charge globale du patient. A la lumière de ces considérations générales, il convient d'appréhender la structure législative de la dimension « parcours de soins », dans son évolution et ses principales avancées.

---

<sup>6</sup> BALI O. et al., 2016, « Management hospitalier et territoires : les nouveaux défis », p. 105

<sup>7</sup> AISSOU M., DANOS J.P., JOLIVET A., 2014, « Structurer les parcours de soins et de santé » p.44

<sup>8</sup> Extrait du colloque des 15 et 16 février 2012 sur l'Aide à l'autonomie et parcours de vie du CNSA

### 1.1.1 Un cadre législatif spécifique

La notion de « parcours de soins coordonné », instaurée par la loi du 13 août 2004, portant réforme de l'Assurance Maladie, a engagé la réflexion en matière de parcours de soins dans l'objectif d'une maîtrise des dépenses de santé. Ainsi, témoin de la volonté de mise en cohérence des parcours et de la pertinence de la consommation des ressources de santé, ce dispositif rendu obligatoire a placé le médecin traitant comme « clé de voûte du dispositif de prise en charge et d'orientation du malade dans le système de santé », pour plus de rationalisation des interventions des professionnels de santé. Le médecin traitant se voit ainsi confiée la mission d'ordonnancer le parcours de soins, dans un objectif de gestion individualisée et centralisée de la prise en charge du patient.

De plus, la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, promulguée le 21 juillet 2009, a introduit les notions de coordination des soins dans les établissements de santé, de médecine de ville et le secteur médico-social. En effet, à travers les quatre grands titres de cette loi, une réorganisation globale de la coordination du système de soins a été engagée. Ainsi, de par ces principes généraux, en lien avec une organisation sanitaire devant permettre la mise en place « d'une offre de soins graduée, de qualité et accessible à tous », cette loi établit la base architecturale du parcours de soins.

Plus récemment, l'article 1er de la Loi de modernisation de notre système de santé modifiant l'article L. 1411-1 du code de la santé publique, précise la notion de parcours de santé. « [...] La politique de santé comprend : [...] L'organisation des parcours de santé. 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 [...] ». Véritable levier majeur dans la logique de parcours, cette loi du 26 janvier 2016 ambitionne d'améliorer en profondeur la façon dont chaque français est soigné, orienté, accompagné. Parmi les mesures phares pour soutenir la mise en place de la médecine de parcours, il est possible de retenir : la promotion d'équipes de soins primaires qui rassemblent des professionnels autour des médecins généralistes pour mieux organiser les parcours de santé ; La constitution de communautés territoriales de santé, à l'initiative des professionnels de santé, pour élaborer des projets de santé répondant, pour chaque territoire, aux besoins des usagers ; La mise en place d'un numéro d'appel national de garde pour permettre un accès permanent à une offre médicale ; La création de plateformes territoriales d'appui qui procure des informations, aide à l'orientation, active des expertises à la demande des médecins traitants et, ainsi, fluidifie les parcours de santé, grâce à un guichet intégré ;

L'obligation d'une lettre de liaison remise au patient et adressée par l'hôpital au médecin traitant le jour même de la sortie d'hospitalisation pour une meilleure collaboration.

Par ailleurs, la création des ARS en 2010 a donné lieu à l'élaboration et à la mise en œuvre de la première génération de projets régionaux de santé (PRS). Les générations suivantes de PRS ont, quant à elles, améliorées l'approche transversale, au profit de l'organisation des parcours de santé, comme spécifié par l'article 158 de la Loi de modernisation de notre système de santé.

De plus, parmi les trois grands axes de la stratégie nationale de santé, présenté dans la feuille de route de 2013, l'axe 2 avait pour objectif de « Mieux organiser les soins pour les patients, garantir l'égalité d'accès, en privilégiant une logique territoriale », sur la base d'axes de travail très clairs, comme : soutenir une structuration des soins de proximité autour d'équipes pluri-professionnelles ; Promouvoir une recherche de pointe lisible par tous, reconnue à l'international et adaptée aux besoins de la société ; L'adaptation des formations, ainsi qu'un investissement résolu dans les systèmes d'information, pour des systèmes d'information accessibles et partagés.

Les différentes lois de financements de la sécurité sociale (LFSS) proposent, quant à elles, des modèles innovants en matière de coordination de parcours de soins. L'article 48 de la LFSS pour 2013 lance le dispositif PAERPA, parcours de santé des aînés. L'article 32 de la LFSS pour 2014 présente des expérimentations de nouveaux modes de rémunération. L'article 36 de la LFSS pour 2014 encadre la télémédecine et l'article 53 de la LFSS pour 2015 envisage les modalités de déploiement des hôtels hospitaliers. L'ensemble de ces exemples témoigne d'une volonté politique de structuration du système de santé, tournée vers la logique de parcours patient.

De plus, le décret du 27 juillet 2017 relatif au PTSM représente une avancée majeure, comme texte structurant dans le champ de la santé mentale. A travers ces priorités, c'est bien le suivi global de la personne dans son milieu de vie ordinaire qui est favorisé. Pour ce faire, le décret encourage les partenariats et l'organisation coordonnée des acteurs intervenant dans les parcours de soins et de vie.

A la lumière de ce cadrage législatif et des évolutions ces dernières années, il est possible de mesurer la force des enjeux politiques de la planification sanitaire à travers une offre de soins territorialisée. En 2018, il est question de « stratégie de transformation », tant le système de santé « se trouve aujourd'hui soumis à des tensions aussi insupportables pour les patients que pour les soignants<sup>9</sup> ». Ainsi, dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 il devra être question de mesures budgétaires spécifiques en lien avec « la constitution de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), qui feront le pont avec les établissements de santé et le

---

<sup>9</sup> Extrait du discours d'Edouard Philippe, Premier ministre, le 13 février 2018 à l'hôpital Simone Veil d'Eaubonne

secteur médico-social »<sup>10</sup>, dans une logique de parcours. Dans ce contexte, la ministre des Solidarités et de la Santé a confié, cette année, à douze pilotes les cinq chantiers prioritaires pour engager « une transformation profonde du système de santé ». Il s'agit de la qualité des soins et la pertinence des actes, de l'organisation territoriale, des modes de financement et de régulation, des ressources humaines et de la formation et du numérique. Il convient de noter la prégnance de l'organisation territoriale dans la restructuration à venir du système de santé, en cohérence avec les mesures antérieures et les dispositifs déjà en place. Ainsi structurée en logique de parcours cette organisation des soins a des impacts tant économiques que qualitatifs. Il est intéressant de les identifier, afin de les intégrer à la logique de prise en charge des patients.

### **1.1.2 L'organisation des parcours : quels impacts ?**

L'impact prioritaire à considérer dans le cadre de l'organisation sanitaire reste celui de la qualité des soins. En effet, l'amélioration des parcours du patient est un enjeu de santé publique et une priorité stratégique pour la HAS qui en a fait un objectif incontournable de la certification dans sa version V2014. Ainsi, la HAS définit les parcours de santé comme suit : « Les parcours de santé résultent de la délivrance coordonnée de prestations sanitaires et sociales pour répondre aux besoins de prévention et de soins des personnes, dans le cadre de dépenses maîtrisées. Pour cela, les professionnels doivent s'organiser de telle sorte que soient délivrées les bonnes prestations aux bons patients, au bon moment et par les bons professionnels ». L'organisation des parcours doit permettre la mise en œuvre « appropriée ou pertinente des interventions en santé, gage d'efficacité, de sécurité et de satisfaction du patient, mais aussi d'efficience, d'équité, d'accessibilité et de continuité des soins »<sup>11</sup>. Dans le cadre de la certification, il convient de préciser les enjeux en lien avec le parcours des patients. En effet, si la prise en charge hospitalière ne résume pas le parcours de santé d'un patient, il n'en demeure pas moins que la qualité des établissements de santé contribue à la qualité du parcours du patient. Cette qualité concerne à la fois les étapes de la prise en charge hospitalière et la qualité des interfaces avec l'amont et l'aval de l'établissement de santé. Dans ce contexte, l'évaluation de la qualité des parcours se centre sur l'amélioration des parcours intra-hospitaliers, sur l'inscription des parcours dans l'environnement et le territoire. De plus, l'articulation entre le sanitaire et le médico-social se doit d'être interrogée, au même titre que les liens inter-établissements. C'est d'ailleurs l'esprit de l'expérimentation portée par la Ministre des solidarités et de la santé, qui prévoit la mise en place d'indicateurs qualité « transversaux et supra-hospitaliers » afin de mesurer de manière systématique les

<sup>10</sup> Hospimédia 17/09/2018 « Ma Santé 2022 »

<sup>11</sup>[https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2006552/fr/certification-v2014-parcours-du-patient-en-v2014](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2006552/fr/certification-v2014-parcours-du-patient-en-v2014)

dysfonctionnements de parcours à travers les taux de non pertinence ou encore de ré-hospitalisation sur le territoire. Car, rappelons-le, l'organisation des parcours des patients se doit d'être au cœur du métier des professionnels de santé, selon la HAS.

De plus, si la qualité doit être au centre des préoccupations et des pratiques professionnelles, l'aspect économique est également à considérer, en lien avec le financement des soins. « La qualité est ce qui devra présider au mode de financement pour limiter progressivement la part de financement à l'activité et à l'acte » a précisé l'Elysée lors de la présentation des orientations de la nouvelle stratégie de santé. Il est annoncé une augmentation de 60 à 300 millions d'euros pour le versement aux établissements, dans le cadre de l'incitation financière à la qualité (Ifaq). De même l'objectif pour 2019 est de créer des financements forfaitaires à l'hôpital pour la prise en charge de pathologies chroniques, selon le modèle des parcours de soins. En effet, la tarification à l'activité dans sa logique d'application paraît aujourd'hui peu compatible avec le raisonnement au parcours de soins et l'organisation du système de santé en regard. Les notions de graduation, de pertinence des soins dispensés ne trouvent pas d'écho dans le système tarifaire hospitalier actuel. Cependant, il semblerait que les volontés de collaborations concrètes au service des parcours des patients soient favorisées. Il convient de souligner, en ce sens, la reconnaissance tarifaire, par des nomenclatures applicables, de nouvelles modalités de coopération entre acteurs du système de santé, comme la télémédecine ou la télé-expertise. De même, l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, propose une innovation tarifaire, par un nouveau cadre pour la validation et le financement « des parcours de soins qui impliquent plusieurs offreurs ». Sur la base d'une expérimentation, il est possible de bénéficier d'un financement pour une durée de cinq ans par le fonds d'intervention régional de l'ARS ou par le fonds national pour l'innovation du système de santé, piloté par la CNAM. Cette disposition devra permettre l'amélioration de la coordination des parcours de santé et le développement de modes d'exercice coordonné, en organisant des séquences de soins dans leur ensemble.

Par ailleurs, dans le cadre de l'optimisation des parcours, il est une analyse indispensable : celle des circuits des patients. En effet, le circuit du patient, qui correspond à son parcours physique et qui consiste à détailler chaque étape de sa prise en charge, revêt des étapes, visibles ou non visibles par le patient. Ces dernières ont un impact économique sur la prise en soin car représentent des coûts à intégrer au raisonnement, comme la gestion des lits, les programmations opératoires, etc.

La réalité du contexte sociétale et son évolution est alors à envisager pour une meilleure compréhension des attentes et des besoins et une lecture éclairée des mécanismes de transformation aujourd'hui en perspective.

### 1.1.3 La nécessaire considération de l'évolution sociétale

Dans le contexte de vieillissement de la population qui amène chaque année un nombre croissant de patients poly-pathologiques à fréquenter les établissements de santé, la collaboration et la coordination des professionnels de santé prend une place prépondérante dans la structuration des organisations sanitaires. De plus, le poids des pathologies chroniques, nécessitant un suivi coordonné et pluri-professionnel sur le long terme, en intra comme en extra hospitalier est un défi en matière de santé publique en lien avec l'augmentation de l'espérance de vie. Dans ce contexte, un système de santé cloisonné où les informations relatives au patient seraient éparses, donnant peu de place à la coordination des acteurs et encore moins à la participation du patient lui-même, ne serait que source de ruptures dans le suivi et transformerait chaque parcours de soins en « parcours du combattant »<sup>12</sup>. Cette description, ne relève malheureusement pas de la fiction et, si la volonté d'une coopération forte sur le terrain semble bien réelle, il demeure des perspectives franches d'amélioration afin de décliner cet objectif de manière opérationnelle. D'ailleurs, l'accroissement du nombre de personnes âgées, porteuses de handicaps ou atteintes de maladies chroniques rend nécessaire le développement de soins et de services diversifiés. Une meilleure coordination des interventions semble incontournable.

Ainsi, la mise en place des filières de soins tente de répondre à cet enjeu sociétal d'une nécessité croissante de décrire et piloter des prises en charge coordonnées, en lien avec la construction des logiques de parcours. Les filières de soins participent alors à la structuration des parcours des patients, par une organisation intra et extra-hospitalière.

De plus, le développement des réseaux de santé, fondés sur la coordination des professionnels qui s'engagent à assurer la continuité des soins et à améliorer la qualité des soins, est une autre illustration des évolutions sociétales, en lien avec la mise en œuvre des parcours. L'interdisciplinarité, ainsi facilitée par le maillage en réseau, pour une approche globale du patient, semble répondre au défi territorial de la coordination des différentes structures de soins et des professionnels de santé.

Alors, à la lumière de la réalité des besoins et au regard d'une objective volonté de développer des parcours de soins coordonnés, il convient de définir plus avant les notions de territoire, de gestion des parcours et la place d'acteurs-clés, pour une lecture opérationnelle du dispositif de coordination des parcours.

---

<sup>12</sup> GUERI C., GARNIER Q., 2016, « Déploiement des parcours de santé hospitaliers. Retour d'expérience du GHU Paris Ouest » in *Gestion Hospitalière* n°561 p.621

## **1.2 La volonté de coordonner les parcours à l'échelle du territoire : à la lumière de la réalité des besoins, quelle opérationnalité des mesures ?**

### **1.2.1 Parlons territoire ...**

« Un territoire ne se décrète pas. Il s'hérite d'un passé bien sûr, d'une histoire aussi riche qu'ancienne, ou d'une géographie, d'un terroir qui en définissent l'identité. Mais il se modèle aussi, sous l'effet des flux migratoires qui le nourrissent, le font vivre et évoluer. Il se construit enfin, collectivement et individuellement : nous l'imaginons, le dessinons, le façonnons autant qu'il nous marque et fait partie de nous <sup>13</sup>».

Décrit aujourd'hui comme un « nouvel objet de gouvernement pour les politiques de santé<sup>14</sup> », le territoire est une notion ancienne dans l'histoire hospitalière. En effet, « l'espace territorial a constitué un socle de l'organisation des établissements d'abord d'assistance et de charité, puis ensuite de santé<sup>15</sup> ». Ainsi au fil des années, le territoire s'est imposé comme mode de structuration pour l'organisation et la hiérarchisation des activités hospitalières. En effet, la notion de soins gradués apparaît en 1970 avec la loi du 31 juillet portant réforme hospitalière, qui présente notamment une carte sanitaire de France et prévoit l'organisation des soins sur la base de convention inter-établissements signés sur le territoire. C'est en 1991 que sont mis en place les SROS. Les différents niveaux de prises en charge sont, quant à eux, identifiés dès 2003. C'est l'ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation qui supprimera la carte sanitaire et mettra en place les territoires de santé, dans le cadre de la mise en œuvre du « Plan Hôpital 2007 ». En 2016, la loi de modernisation de notre système de santé érige la notion de territoire en socle de la démocratie sanitaire.

Annoncée il y a quelques années comme un « phénomène inéluctable<sup>16</sup> », la territorialisation des politiques de santé et de l'organisation des soins impacte les modes d'organisation institutionnelle et les parcours de prises en charge. Ainsi, il convient de souligner que les réponses aux besoins en santé s'en trouvent réorientées, passant d'une « planification par l'offre à une organisation de la réponse à la demande<sup>17</sup> ». En cela

---

<sup>13</sup>JUPPE A., 2016, « Le territoire, espace de détermination et de liberté », in *Le Journal de Bordeaux Métropole*, n°43

<sup>14</sup>BALI O. et al., 2016, « Management hospitalier et territoires : les nouveaux défis », p.2

<sup>15</sup>MARIN P., 2014, « Le territoire de santé : un nouveau cadre en santé pour un exercice coordonné », in *Les cahiers de la fonction publique* n°343 pp. 52-55

<sup>16</sup> Ibidem

<sup>17</sup> Ibidem

réside un changement de paradigme dans la construction de l'organisation du système de santé et la prise en considération des demandes de la population, par la volonté de s'inscrire dans une approche territoriale des besoins en santé. Cette démarche vise à s'éloigner du modèle organisationnel hospitalo-centré, par lequel les systèmes de coopérations se concentrent autour de l'hôpital (modèle de 1970) et ne règlent ni le problème du cloisonnement des opérateurs ni celui des inégalités.

Alors, la satisfaction des besoins, sur la base de l'évaluation de l'état de santé de la population devient l'orientation pour piloter l'organisation du système de santé à l'échelle territoriale, dans une démarche de diagnostic territorial. En ce sens, l'émergence des modes de coopération par la formalisation d'un cadre juridique a permis d'intégrer dans le droit la réalité des modalités de coopération des professionnels et les interactions entre établissements, à l'échelle d'un territoire.

Enfin, si les réseaux de soins constituent les prémices en termes d'organisation coordonnée des prises en charge, par un accès aux soins favorisé et une interdisciplinarité, c'est la notion de parcours de soins qui va renforcer la logique d'une prise en charge adaptée aux besoins en santé. Le territoire, dont le périmètre est celui de la satisfaction des besoins d'une population, est aujourd'hui solidement ancré dans le paysage de l'organisation sanitaire et médico-social. Alors, la définition de parcours de soins, mis à la disposition des usagers, devient la réponse aux évolutions d'organisation du système de prises en charge des patients, aujourd'hui clairement orienté vers l'émergence des « territoires de parcours en santé<sup>18</sup> ».

Il convient d'interroger, dans ce contexte, la place des établissements de santé dans la gestion des parcours.

### **1.2.2 Le système de santé et la gestion des parcours**

La gestion de la complexité des parcours reste un objectif de taille pour l'hôpital, au regard de sa structuration historique en spécialités d'organe, voire en surspécialités. En effet, au-delà de l'intérêt de l'expertise inhérente à ce fonctionnement traditionnel, il en ressort une tendance au cloisonnement entre services, une étanchéité des organisations peu propices à l'accueil de patients polypathologiques et à la définition de parcours de soins simples et lisibles. A cela, plusieurs réponses sont progressivement apparues en matière d'innovations organisationnelles. Pour exemple, l'émergence, dans les hôpitaux, d'infirmier de coordination ou pivot, identifié pour plusieurs pathologies, qui contribue à la structuration des parcours. De même que la promotion de nouveaux métiers ou de nouveaux modes d'exercices. La formalisation, depuis plusieurs années, des réunions pluridisciplinaires pour la prise en charge concertée de patients aux profils complexes,

---

<sup>18</sup> BALI O. et al., 2016, « Management hospitalier et territoires : les nouveaux défis », p. 96

comme la cancérologie par exemple, est une autre illustration de cette volonté de décloisonner l'organisation des soins. De plus, dans le cadre d'un axe de travail majeur porté par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP), le développement de structures internes à l'hôpital pour l'ordonnancement des séjours et la gestion des lits représente une autre innovation organisationnelle dans le sens d'une meilleure structuration des parcours des patients.

Par ailleurs, dans le souci de développer la concertation et de garantir la fluidité dans les parcours des patients, plusieurs dispositifs nationaux ont vu le jour. Nous pouvons citer les programmes de retour anticipé à domicile (PRADO) coordonnés par l'assurance maladie, mais également, les dispositifs de parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA).

Ces divers dispositifs portent une volonté affirmée d'une meilleure structuration des parcours de soins proposés aux patients en portant la coopération entre professionnels, hospitaliers et non hospitaliers, au plus haut niveau.

De plus, la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, du 21 juillet 2009 a ouvert la possibilité de coopérations et coordinations entre les différentes structures de santé (publics ou privés) par différents moyens. Ainsi, cette loi permet aux hôpitaux de se regrouper en communauté hospitalières de territoire (CHT), afin de mettre en œuvre un projet médical commun. Cette réorganisation hospitalière à l'échelle des territoires préfigurée alors les groupements hospitaliers de territoire (GHT) actuels et ordonnés par la loi du 26 janvier 2016. En effet, la loi de modernisation de notre système de santé acte, dans son article 107, la création des Groupements Hospitaliers de Territoire. Leurs structurations, à l'échelle du territoire, sont aujourd'hui effectives depuis l'élaboration des conventions constitutives et des projets médicaux ou médico-soignants partagés qui prévoient l'organisation de parcours de soins plus intégrés. Afin de garantir une offre de proximité, de référence et de recours, des stratégies de prises en charge coordonnées se structurent et se formalisent à l'échelle du territoire. Dans une logique de convergence d'intérêts, les établissements parties sont exhortés à développer les collaborations en prenant en compte la cohérence des parcours, l'étude des événements indésirables, comme les épisodes de ré-hospitalisations ou les venues itératives. Engageant un nouveau mode de « relations partenariales entre les établissements de santé<sup>19</sup> », les GHT semblent offrir une opportunité de travailler de concert l'organisation des filières de soins à travers la mise en œuvre des projets médicaux ou médico-soignants partagés. Les éléments d'actualité en matière de transformation du système de santé renforcent d'ailleurs cet aspect. En effet, annoncée d'ici 2020, la mise en place d'une véritable CME pour chaque GHT visent à renforcer la gouvernance médicale et à recentrer les projets médicaux au cœur de ces groupements. Cette organisation devra

---

<sup>19</sup> PERRIER D., septembre 2016, « Les GHT en pratique » in *Soins cadres* n°99 p.26

également faciliter la mise en œuvre d'une gestion des ressources humaines médicales de territoire. De plus, la signature annoncée d'une « convention sur les filières d'intérêt commun pour encourager les synergies entre les GHT et les établissements privés et sortir du 'tout concurrence' <sup>20</sup> », réaffirment l'engagement sur la voie de la coopération.

L'enjeu du GHT est donc d'améliorer le maillage de l'offre de soins sur un territoire, au regard des besoins en santé de la population. Si l'esprit est celui d'une coopération entre établissements, il n'en demeure pas moins que celle-ci ne « se décrète pas<sup>21</sup> ». Elle est le fruit d'un travail collaboratif et la production « d'une culture commune<sup>22</sup> », comme nouveau cadre de référence. Identifié comme « pivot » de la coopération, l'encadrement hospitalier se trouve à une place charnière du dispositif. Nous allons maintenant aborder les interactions des acteurs nécessaires à la coordination des parcours patients.

### 1.2.3 Les acteurs et leurs interactions

La question des acteurs en lien avec les dispositifs en santé à l'échelle des territoires nous amène à considérer le positionnement des tutelles. En effet, à la fois promoteurs et régulateurs des moyens offerts à la construction des parcours et à la réponse aux besoins des usagers au niveau local, les ARS « doivent organiser la gouvernance des projets afin de garantir des prises de décisions efficaces tout en répondant aux exigences de la gouvernance nationale<sup>23</sup> ». Clé de voûte de la structuration des parcours, les ARS portent des projets convergents au plus près de la population en intégrant les particularités géographiques, démographiques, sanitaires et sociales. Les PRS, qui découlent des contrats locaux de santé, sont une déclinaison régionale des priorités territoriales dont émane la proposition de parcours de santé. Ceci a pour conséquence « d'améliorer la santé et les conditions de vie de la population, de manière plus durable et plus équitable ». De plus, Les ARS soutiennent et rendent possible les initiatives des acteurs locaux, également parties prenantes de la structuration des parcours patients à l'échelle des territoires.

Par ailleurs, les ARS jouent un rôle essentiel dans la déclinaison opérationnelle des priorités impulsées nationalement par le ministère de par son positionnement transversal dans le champ de la santé. En ce sens, il est attendu un portage local des mesures phares, déclinées pour la mise en place de la médecine de parcours, au moyen des contrats territoriaux de santé passés avec les ARS. Les contrats d'amélioration de la

---

<sup>20</sup> Hospimédia 18/09/2018 « Ma santé 2022 »

<sup>21</sup> MISPELBLUM BEYER F., septembre 2016, « Les défis de la coopération » in *Soins cadre* n°99 p 21

<sup>22</sup> Ibidem

<sup>23</sup> BALI O. et al., 2016, « Management hospitalier et territoires : les nouveaux défis », p 121

qualité en établissement de santé (CAQES) en sont une illustration, puisque ces indicateurs visent spécifiquement le risque de rupture de parcours.

Au niveau national, de surcroît, l'affichage de priorités nous renseigne quant à l'implication forte de certains acteurs. Citons en premier lieu la HAS qui, en tant qu'autorité publique indépendante à caractère scientifique, valide les organisations et les pratiques de soins. A travers la commission des pratiques et des parcours, la HAS se prononce en amont des décisions du collège sur l'ensemble des sujets relevant de l'amélioration des pratiques, le programme pertinence, l'accréditation, le DPC et la sécurité des soins et des patients. Elle prépare également l'avis du collège sur les coopérations entre professionnels de santé.

Ainsi, les orientations nationales sur la thématique du parcours patient, portées à l'échelle des territoires, se déclinent, de différentes manières et concernent, pour exemple : l'implication des usagers dans la définition des attentes par rapport aux parcours de soins, le renfort d'utilisation des logiciels collaboratifs et communicants.

Dans ce cadrage, plusieurs dispositifs locaux sont à identifier, comme acteurs de la coordination : les MAIA, les CLIC, les réseaux... Mais également les professionnels libéraux et leurs représentants (les URPS, les groupements syndicaux...). Ainsi que les financeurs : les caisses d'assurances maladies et les collectivités territoriales.

Par ailleurs, l'organisation hospitalière elle-même peut être vue comme un des acteurs de la mise en cohérence du parcours patient. En effet, la mise en place de ressources dédiées et la structuration de coordinations solides sont des étapes nécessaires à la mise en œuvre des parcours. Nous pouvons évoquer le rôle de l'organisation hospitalière dans la transmission des informations nécessaires, au moyen d'outils adéquat, comme la lettre de liaison médicale, instaurée en 2016. Mais également, la mission de conciliation médicamenteuse qui conduit l'hôpital à veiller à la cohérence des traitements médicamenteux des patients. Ainsi, les hospitaliers, soignants et encadrants sont des acteurs-clés dans la définition et la structuration pour leur mise en œuvre des parcours de soins à l'échelle du territoire, en lien avec les autres structures et la médecine de ville. Un autre élément paraît alors essentiel : la communication et ses supports. En effet, porteurs de grands enjeux pour la fluidité des parcours, la communication et le partage d'informations sécurisées et exhaustives sont un préalable indispensable à une prise en charge coordonnée. Les plateformes sécurisées de communication, le partage de logiciels de gestion du dossier patient (comme le dossier médical personnalisé, pour exemple) sont autant de moyens devenus indispensables aux prises en charge. En effet, l'organisation des parcours est aujourd'hui tributaire des outils informatiques de programmation et les prérequis techniques sont à intégrer dans la structuration des parcours de soins.

A la lumière de cette évocation des acteurs en présence, la probable coexistence de différentes logiques émerge. Il convient de les prendre en compte dans l'écosystème

territorial au regard du contexte de « coopétition » inter-établissements décrit par certains auteurs<sup>24</sup>. Si nous pouvons définir le concept de coopération, il est moins aisé de parler de coopétition. La coopération est définie comme « l'action de coopérer, de participer à une œuvre, à un projet commun. La coopération est un mode d'organisation sociale qui permet à des individus ayant des intérêts communs de travailler ensemble avec le souci de l'objectif général <sup>25</sup> ». Ainsi, à travers une volonté de coopérations inter-hospitalières, il est possible de repérer la coexistence d'une « logique de santé publique » d'une part et d'une « logique concurrentielle », d'autre part. En effet, la logique de santé publique s'illustre par la volonté de renforcer l'offre de soins sur le territoire. La logique concurrentielle, quant à elle, est perceptible à travers la vision d'une coopération stratégique « permettant aux hôpitaux des [GHT] de renforcer leur positionnement par rapport à leurs concurrents, et donc de gagner des parts de marchés ». La question des tensions intra-GHT est également mise en lien avec cette préoccupation concurrentielle. La définition du mot « coopétition » trouve ici son sens. Il s'agit d'une collaboration ou coopération de circonstance sur la base d'une opportunité entre différents acteurs économiques qui, par ailleurs, sont des concurrents. Ce mot coopétition est un mélange des deux mots coopération et compétition, dans le sens de concurrence<sup>26</sup>.

Ces considérations nous conduisent à évoquer la notion d'enjeux inhérents aux stratégies médicales de territoire, mais également aux stratégies de positionnement des établissements entre eux aux regards des attentes des tutelles et des directives nationales.

Ainsi, ***pour la structuration des parcours, la prise en considération de la spécificité des enjeux de chaque acteur est nécessaire à la bonne coordination entre établissements (hypothèse 1).***

Il est ainsi un acteur essentiel dans la définition et la structuration des parcours : l'utilisateur. Les parcours ayant vocation à répondre aux besoins de la population et à satisfaire ses attentes, il convient d'en définir les contours.

#### **1.2.4 L'utilisateur et ses attentes**

Identifié comme acteur-clé, comme partenaire dans l'élaboration des organisations de soins, le patient ou utilisateur est celui vers qui se tournent les préoccupations en termes de parcours. Si ce dernier est « au cœur du projet de santé partagé<sup>27</sup> », l'objectif d'assurer

---

<sup>24</sup> BALI O. et al., 2016, « Management hospitalier et territoires : les nouveaux défis », pp.176-185

<sup>25</sup> [www.toupie.org](http://www.toupie.org) > Coopération

<sup>26</sup> LE ROY F., 2007, « Les stratégies de coopétition » in *Revue française de gestion* n°176 in Cairn

<sup>27</sup> MICHAUD S., septembre 2016, « GHT, l'utilisateur au cœur du projet de santé partagé » in *Soins cadres* n°99 p36

aux français « les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures, au bon moment »<sup>28</sup> caractérise la démarche de parcours, comme approche globale au plus près des patients. L'ambition d'égal accès aux soins, de prises en charge de qualité, lisibles et complètes, s'inscrit dans une organisation sanitaire efficiente. La recherche de satisfaction de la demande des patients et de leurs familles conduit à des évolutions majeures, véritables transformations. Ainsi, la médecine de parcours oriente vers « l'adaptation de la prise en charge, des relations entre professionnels, des structures et des moyens autour des malades, de leur entourage et de leurs besoins... et non plus l'inverse ».<sup>29</sup>

Par ailleurs, dans ce contexte de transformation des organisations de soins, la démarche de « personnalisation des parcours représente un intérêt majeur »<sup>30</sup>. Définie comme une organisation « sur-mesure », par la prise en considération des besoins spécifiques tant cliniques que sociaux des patients, la personnalisation des parcours constitue un véritable enjeu organisationnel. Il convient alors d'en comprendre les mécanismes, pour une meilleure identification des besoins des patients.

Des travaux de recherche menés par Minvielle et Waelli de l'équipe d'accueil Management des organisations de santé (EA MOS), dans le cadre de la chaire Management des établissements de santé de l'EHESP<sup>31</sup> nous propose une réflexion innovante à ce sujet. En effet, les auteurs présentent les principes d'une démarche de personnalisation des parcours patients. Structurée en trois temps, la personnalisation trouve son ancrage dans le terrain et nécessite une étape de « différenciation », « diversification » ou « segmentation » des profils des patients selon leurs besoins tant physiques que psychiques, sociaux ou culturels. Cette phase qui consiste à distinguer des profils de patients en fonction de leurs besoins, permet que soit définie la réponse organisationnelle adaptée pour « chaque segment ». Chaque bénéficiaire se voit proposé une réponse singulière, « encore plus spécifique qu'une réponse similaire apportée pour des patients relevant d'une même catégorie »<sup>32</sup>. Sur la base des besoins identifiés, la réponse organisationnelle peut alors se structurer sur la base de trois principes : celui de disposer des ressources nécessaires, et notamment dans le cas de parcours de patients dits « complexes », l'existence de coordinations entre professionnels et une conception « artisanale » de l'organisation du travail : le « sur-mesure ». De plus, il convient de souligner qu'une personnalisation suppose une compréhension fine de la volonté du patient quant à son implication et le rôle qu'il souhaite tenir dans le cadre de sa propre

---

<sup>28</sup><http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>

<sup>29</sup> Ibidem

<sup>30</sup> MINVIELLE E., WAELLI M, juillet/août 2018, « Personnaliser les parcours de patients » in *Revue hospitalière de France* n°583 pp.22-27

<sup>31</sup> Ibidem

<sup>32</sup> Ibidem

prise en charge. La présentation de ce modèle, visant à personnaliser les parcours patients, dans un souci de répondre à la demande populationnelle de voir évoluer les prises en charges à « caractère impersonnel » fait écho à la mise en place de dispositif de coordination de parcours innovant, telles que les Plateformes Territoriales d'Appui, dont une présentation concrète se trouve en annexe (Annexe1). Ce dispositif innovant répond aux exigences requises par la démarche de personnalisation des parcours patients et tente de relever les défis de sa mise en œuvre. Cette personnalisation, gage d'un plus grand degré de satisfaction du patient, engage naturellement « des ressources supplémentaires ». Si l'impact est positif sur le plan de la qualité par augmentation de la satisfaction et « réduction des actes redondant et des défauts d'orientation », il convient également de questionner l'aspect du retour d'investissement financier. Dans l'étude précédemment évoquée, plusieurs points sont repérés. Nous retenons l'attractivité, par accroissement de la satisfaction. Nous soulignons également l'économie d'échelle dans les moyens utilisés, sans oublier, la réduction du gaspillage par le développement de la pertinence dans l'action menée.

Alors, la question de la valeur ajoutée d'une telle démarche se doit d'être abordée en regard des différentes logiques d'actions. Les auteurs de l'étude, présentée ci-dessus, évoquent trois logiques devant rester en cohérence : une logique de « service » pour une meilleure prise en compte des demandes, une logique « santé publique » axée sur la réduction des inégalités, et une logique « clinique » centrée sur l'amélioration des diagnostics et des thérapies. Au regard de ces éléments, un acteur de la coordination des parcours se dessine : le directeur des soins dont les missions relèvent à la fois du niveau stratégique, du niveau de coordination et du niveau opérationnel<sup>33</sup>.

### **1.3 Le directeur des soins : acteur du dispositif de coordination des parcours**

Comme déjà évoquée, la notion de parcours de soins engage les acteurs à plus d'anticipation, de coordination, et d'échange d'informations en lien avec la complexité de la situation de soins. Si l'objectif consenti est celui d'intégrer les différentes dimensions de la qualité des soins : « pertinence, sécurité, efficacité clinique mais aussi accessibilité, continuité et point de vue du patient »<sup>34</sup>, alors un acteur semble incontournable dans ces champs de réflexion : le directeur des soins. Il convient d'interroger, dans la pratique, son positionnement en lien avec la coordination des parcours patient à l'échelle du territoire, à

---

<sup>33</sup> Référentiel métier de Directeur des Soins en établissement et en institut de formation mars 2010

<sup>34</sup> AISSOU M., DANOS J.P., JOLIVET A., 2014, « Structurer les parcours de soins et de santé » pp.25-27

travers cette question : **En quoi le positionnement du directeur des soins impacte la coordination du parcours de soins à l'échelle d'un territoire ?**

### 1.3.1 Quel positionnement ?

« Le directeur des soins doit impulser une dynamique d'acculturation fédératrice au sein de l'encadrement soignant visant à créer des conditions de travail favorables à une prise en charge de qualité des patients sur le territoire<sup>35</sup> ». Ainsi, la place singulière du directeur des soins dans l'organisation des soins est soulignée.

Selon le référentiel métier<sup>36</sup>, les missions du directeur de soins relèvent du niveau stratégique, du niveau de coordination, et dans un même temps du niveau opérationnel, avec, pour le « directeur de soins en établissement, une responsabilité institutionnelle en matière de gestion du personnel soignant, de formation et de recherche ».

Le directeur des soins, membre de l'équipe de direction, est garant de la coordination générale des activités de soins. Il a pour mission de concevoir le projet de soins intégrant une politique de soins en cohérence avec le projet d'établissement et de piloter sa mise en œuvre, tout en veillant au respect de la réglementation pour les actes de soins.

Ainsi au cœur du management hospitalier, les directeurs des soins voient, depuis de nombreuses années, leurs activités évoluer et intégrer un aspect multidimensionnel au regard de la complexité des organisations. Par leurs capacités à analyser et à saisir les opportunités, ils contribuent à la transformation des organisations. Définis comme des « entrepreneurs de réformes<sup>37</sup> », les directeurs des soins portent l'innovation au sens évoqué par Roger (1995) et reprise par Bloch et Hénaut (2016). A savoir : « une idée, une pratique ou un objet perçu comme nouveau par les individus ou les organisations<sup>38</sup> ». En effet, ses facultés d'analyse, ses capacités organisationnelles, enrichies de son expérience professionnelle confèrent au directeur des soins la capacité à concevoir et développer des projets innovants.

Les précisions portées par Le Roy et al (2013) nous éclairent quant à ce qui pourrait correspondre à la définition de « projets innovants ». « Une innovation est autant l'invention d'une nouvelle méthode ou pratique de management par une organisation que l'adoption d'une méthode en pratique de management déjà existante mais nouvelle pour l'organisation qui l'adopte ». Certains auteurs<sup>39</sup> présentent alors la thématique de l'amélioration des parcours de soins comme illustration de la complexité hospitalière,

---

<sup>35</sup> ROCHER M. et al., septembre 2016, « Direction des soins, stratégie managériale et mise en œuvre des pôles » in *Soins cadres* n°99 pp.30-35

<sup>36</sup> Référentiel métier de directeur des soins en établissement et en institut de formation, mars 2010

<sup>37</sup> BALI O. et al., 2016, « Management hospitalier et territoires : les nouveaux défis », p. 90

<sup>38</sup> Ibidem p. 83

<sup>39</sup> BLOCH M-A., HENAULT L., 2016, « Les directeurs des soins : innover pour gérer la complexité des organisations » in *Management hospitalier et territoires : les nouveaux défis*, pp.81-98

porteuse de perspectives d'innovations. En effet, en visant une amélioration de la qualité de vie du patient ainsi que sa participation dans le dispositif, la structuration voire l'amélioration des parcours de soins exhorte les organisations à inventer de nouvelles méthodes ou à adopter des méthodes déjà existantes mais nouvelles pour elles, pour reprendre la définition de Le Roy et al (2013)<sup>40</sup>. Là encore, il convient de s'accorder sur le positionnement du directeur des soins. Ce dernier « veille à la continuité des soins et à la cohérence des parcours de soins des patients », selon le référentiel d'activité établi par la DGOS en 2010. D'ailleurs, une enquête nationale menée en 2014 par Bloch et Hénaut<sup>41</sup> auprès de six cent vingt-deux directeurs des soins, nous renseigne sur le vécu même des acteurs, puisque pour plus de 80 % des directeurs des soins interrogés exerçants en établissements de santé, la thématique du parcours de soins est considérée comme prioritaire. L'amélioration des parcours de soins est donc à la fois au cœur des préoccupations des professionnels et de celles des usagers tout en étant centrale dans les réformes du système de santé. Ainsi positionnés à l'interface de plusieurs acteurs, les directeurs des soins, « mêlent [au quotidien] des activités opérationnelles avec les soignants et des activités stratégiques aux côtés des autres dirigeants de l'établissement ou à l'extérieur<sup>42</sup> ». La notion de double expertise, tant professionnelle que managériale, ressort à nouveau et caractérise la spécificité du positionnement du directeur des soins dans l'organisation. Le développement d'innovation, en lien, est alors identifié comme « une manifestation typique du professionnalisme hybride<sup>43</sup> ». Entendu comme une nouvelle forme de contrôle professionnel dans les services publics, le « professionnalisme hybride » s'inscrit dans les contextes organisationnels complexes et changeants. « Aujourd'hui, la légitimité des professionnels ne vient pas d'un monopole légal, ni d'un pouvoir hiérarchique, mais d'une capacité à naviguer dans de tels contextes, c'est-à-dire à établir des connexions pertinentes entre les attentes des usagers, les pratiques des différents professionnels, les coûts des services et les moyens disponibles<sup>44</sup> ». Alors défini comme un « professionnel hybride »<sup>45</sup> de par son ancrage tant professionnel que managérial, le directeur des soins joue un rôle spécifique dans les transformations actuelles du système de santé. L'optimisation des parcours des patients fait partie de ces transformations et en appelle à l'innovation afin de décloisonner les différents services hospitaliers et « d'optimiser les parcours de soins des patients », comme le précise le rapport Couty de 2013. Adossés à la notion d'optimisation des parcours, la coordination et

---

<sup>40</sup> LE ROY F. et al, 2013, « L'innovation managériale » in *Revue française de gestion* n°235, pp. 77-90

<sup>41</sup> Enquête nationale sous forme de questionnaire en ligne utilisant l'application Sphinx Déclit 2 in « Management hospitalier et territoires : les nouveaux défis » p.84

<sup>42</sup> Ibidem p.83

<sup>43</sup> Ibidem p.83

<sup>44</sup> BLOCH M-A., HENAULT L., 2014, « Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social » p. 260

<sup>45</sup> BALI O. et al., 2016, « Management hospitalier et territoires : les nouveaux défis » p.81

l'intégration des soins paraissent aujourd'hui incontournables dans les discours publics et les textes législatifs. Qu'en est-il ?

### **1.3.2 Pour quelle coordination des parcours ?**

Au regard de la dimension pluridisciplinaire et inter-sectorielle des parcours de soins ou de santé, la coordination joue un rôle essentiel pour une prise en charge efficiente du patient. Considérée à la fois comme un processus et comme un résultat, la coordination interroge autant le « comment », que le « quoi ». En effet, elle est processus puisqu'elle définit la façon dont les organisations, les personnes et les services travaillent ensemble. Mais elle est également résultat, puisque sa « bonne » ou « mauvaise » réalisation impacte la performance. Cependant, si la coopération paraît jouer un rôle clé dans la prise en charge coordonnée des patients du fait de la multiplicité des acteurs, et des interactions, elle-seule ne suffit pas à la qualité de la structuration des parcours et donc des prises en charge. En effet, selon Baly et al. (2016)<sup>46</sup> il est un concept complémentaire au « cœur du parcours du patient », le concept d'intégration. La coordination, reconnue comme centrale dans le secteur de la santé ne permet pas de « lutter contre la fragmentation dans la prise en charge des patients ». Ainsi en 2014, la HAS proposait l'analyse suivante : « A l'inverse de la coordination entre organisations, qui vise à animer le mieux possible la fragmentation ambiante du système, l'intégration vise à réduire la fragmentation du système en la réorganisant ».

Compte tenu de la nécessaire coordination pluridisciplinaire et inter-sectorielle que sous-tend la mise en œuvre des parcours patients, la démarche d'une prise en charge non fragmentée des patients, portée par la dimension d'intégration, telle que définie plus haut, est essentielle. L'intégration est ainsi présentée comme « un élément clé du parcours de santé, vers une amélioration de la continuité de la prise en charge ». Dans cette dynamique, la coordination est une condition nécessaire mais non suffisante à l'intégration, véritable moyen pour la continuité des parcours de santé ou de soins. En 2008, l'OMS propose les éléments de réflexion suivants : « Dans le secteur de la santé, nous entendons l'intégration par un continuum d'activités de prises en charge que le patient reçoit tout au long de son parcours de santé ». Il convient de définir précisément ce qui est entendu à travers ce concept multidimensionnel, selon trois niveaux de lecture. Tout d'abord, l'harmonisation des politiques publiques du système de santé au niveau de la région ou du département est un premier niveau d'intégration des services de santé. Ensuite, les réorganisations à l'échelle d'un territoire impliquant les établissements de santé et le secteur libéral traduisent un second niveau d'intégration. Enfin, la structuration plus spécifique de professionnels autour d'une population cible de patients correspond à

---

<sup>46</sup> BALI O. et al., 2016, « Management hospitalier et territoires : les nouveaux défis », pp. 146-149

un niveau de proximité de la dimension d'intégration clinique. Répondant ainsi aux attentes des usagers, qui appellent de leurs vœux une personnalisation des parcours, loin des prises en charge à « caractère impersonnel ». Alors, les guides et les annuaires de réseau de santé, le Plan Personnalisé de Santé, les fiches de liaisons, le Dossier Médical Personnel,..., sont autant d'outils afin de manager l'intégration des services par une coordination efficace. Mais la simple évocation des outils ne peut nous contenter, il convient d'identifier les professionnels de la coordination. Pour ce faire, nous nous appuyerons sur la classification proposée par Bloch et Hénaut (2014), qui déterminent un type de coordonnateur en fonction d'un champ d'activité et nous en proposent des illustrations<sup>47</sup>. Ainsi, pour la coordination des parcours, le médecin généraliste, en sa qualité de « pivot » tient une place spécifique dans le parcours de soins du patient. Les gestionnaires de cas (exemple de la MAIA), les coordonnateurs spécialisés, comme les IDE coordonnateur en EHPAD, les coordonnateurs de réseau, de CLIC, les pilotes de MAIA ou encore les coordonnateurs d'équipe pluridisciplinaire de MDPH sont tous des « artisans de la coordination des parcours ». La nécessité d'intégrer ces services de soins pour une réelle harmonisation semble aller de soi au vu de cette pluralité d'intervenants, tous professionnels de la coordination. Les auteurs proposent une analyse spécifique de la fonction de directeur des soins, qu'ils qualifient de « champion organisationnel<sup>48</sup> ». Au regard des éléments déjà développés, attachons nous à en comprendre le sens dans le contexte actuel des évolutions et des attentes spécifiques.

### **1.3.3 Vers quelles évolutions ?**

Les caractéristiques du « champion organisationnel », tel que décrit par Bloch et Hénaut (2016), reposent sur sa capacité à « prendre soin de l'organisation dans un contexte de rationalisation<sup>49</sup> ». Il se trouve à la fois proche de la direction, des professionnels de terrain et des usagers, ce qui lui confère une position singulière et décrite comme pouvant être « difficile à tenir<sup>50</sup> ». Dans sa pratique, il recherche alors la conciliation des enjeux hospitaliers au regard des attentes des soignants et des exigences du contexte, en recherchant une convergence portée par un esprit dialogique plutôt que dialectique. Ce concept de dialogique, tel que présenté par Morin (1990), doit aider à penser la complexité du réel en intégrant des logiques différentes, voire contraires sans les opposer. Cette complexité intègre l'idée d'échange, de communication. La dialogique

---

<sup>47</sup> BLOCH M-A., HENAULT L., 2014, « Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social » p.187

<sup>48</sup> Ibidem p.253

<sup>49</sup> Ibidem p.253

<sup>50</sup> Ibidem p 255

repose « sur la coopération, dans un même système, de logiques différentes(...)»<sup>51</sup>, pouvant être contradictoires. La place de directeur des soins dans les organisations, incarne ces tensions et semble, dans un même temps, porter le défi de l'avenir. En effet, il est intéressant de remarquer que la conciliation des enjeux est une composante clé des « hôpitaux magnétiques », modèles d'organisation s'il en est. Le programme de labellisation, « Magnet Hospital Recognition Program », a été développé aux États-Unis dès 1997, en réponse à l'épuisement professionnel des soignants. Ce programme distingue les hôpitaux dit « *magnétiques* » ou « *aimants* », car ces établissements conjuguent résultats sanitaires performants et conditions de travail favorables pour les soignants. S'il est à noter qu'aucun établissement de santé français ne s'est encore lancé dans cette procédure de labellisation, il n'en demeure pas moins que certains s'en inspirent et engagent une réflexion et des actions alliant performance et bien-être au travail, dans un courant d'évolution des pratiques en lien avec le contexte.

Selon l'enquête précédemment citée<sup>52</sup>, 78% des directeurs des soins expriment le sentiment d'une évolution de leur activité en lien avec l'impact des CHT (avant les GHT), les perspectives de directions communes d'une part, et les besoins d'ouverture sur le territoire, d'autre part. Cette évolution en lien avec leur rôle pivot à l'échelle du territoire nous renseigne sur les éléments de complexité auxquels les directeurs des soins se trouvent particulièrement confrontés. Ils identifient d'ailleurs les thématiques suivantes comme étant au cœur de leurs activités professionnelles : la qualité et la gestion des risques à l'échelle des établissements mais également des territoires, l'organisation des soins et les évolutions en fonction des parcours, les partenariats avec les autres établissements sur le territoire et la mise en place des réseaux. La nécessité de travailler à l'échelle d'un territoire, de structurer les coopérations, de se coordonner en interdisciplinarité, paraît incontournable pour la mise en œuvre des réformes dans le sens de la cohérence des parcours. Présentée comme une véritable piste d'évolution du métier de directeur des soins, la notion de « directeurs des soins territoriaux transversaux à plusieurs établissements<sup>53</sup> » semble recueillir l'adhésion d'un certain nombre<sup>54</sup>, eu égard au rôle spécifique « d'amplificateur » par la capacité à « dynamiser la politique de développement de l'intégration des parcours de soins sur les différents territoires d'une région<sup>55</sup> ».

L'importance du rôle stratégique des directeurs des soins, ainsi mise en lumière, nous pouvons envisager la mise en lien des capacités d'analyse et d'innovation

---

<sup>51</sup> MORIN E., 1990, « Introduction à la pensée complexe » p.99

<sup>52</sup> Enquête nationale sous forme de questionnaire en ligne utilisant l'application Sphinx Déclit 2 in « Management hospitalier et territoires : les nouveaux défis » p.84

<sup>53</sup> BALI O. et al., 2016, « Management hospitalier et territoires : les nouveaux défis », p 95

<sup>54</sup> MICHAUD S., 2017, « Du directeur des soins au directeur de santé » in *Soins cadre* n°103

<sup>55</sup> BALI O. et al., 2016, « Management hospitalier et territoires : les nouveaux défis », p 95

organisationnelle de ces derniers avec son « positionnement élevé dans l'organisation et un fonctionnement collaboratif de l'équipe de direction<sup>56</sup> ».

Cette considération d'une position stratégique du directeur des soins nous amène à l'hypothèse suivante :

***Dans le cadre de la construction des parcours patients, la participation précoce à l'élaboration des travaux préliminaires, tel que le diagnostic territorial, engage l'implication des acteurs à un niveau stratégique (hypothèse 2).***

Tel que précédemment décrit, le directeur des soins, « entrepreneur de réformes », participe à la transformation des organisations existantes, en tant que membre de l'équipe de direction. Ses activités multidimensionnelles l'amène à mobiliser son expertise professionnelle autant que managériale, passant ainsi du niveau stratégique à celui d'opérationnel. Le contexte actuel de changement mobilise spécifiquement les capacités du directeur des soins, puisque « l'accompagnement au changement s'apprend en situation, en interaction avec les acteurs du changement en question et en fonction des besoins observés, qui eux-mêmes évoluent dans le temps<sup>57</sup> ».

A la lumière de ces éléments, nous pouvons émettre l'hypothèse suivante :

***Le directeur des soins contribue à la déclinaison opérationnelle inter et intra établissements des projets territoriaux pour la coordination des parcours des patients (hypothèse 3).***

## **Conclusion du cadre conceptuel**

Nous avons donc, à partir de notre question centrale, mis en lumière trois hypothèses opérationnelles de travail, dans le champ conceptuel.

**Hypothèse 1** : *Pour la structuration des parcours, la prise en considération de la spécificité des enjeux de chaque acteur est nécessaire à la bonne coordination entre établissements.*

**Hypothèse 2** : *Dans le cadre de la construction des parcours patients, la participation précoce à l'élaboration des travaux préliminaires, tel que le diagnostic territorial, engage l'implication des acteurs à un niveau stratégique.*

**Hypothèse 3** : *Le directeur des soins contribue à la déclinaison opérationnelle inter et intra établissements des projets territoriaux pour la coordination des parcours des patients.*

A ce stade de notre travail de réflexion, une enquête de terrain a été menée afin de confronter notre réflexion de départ et nos hypothèses de travail à une réalité d'exercice.

---

<sup>56</sup> BALI O. et al., 2016, « Management hospitalier et territoires : les nouveaux défis », p 93

<sup>57</sup> BLOCH M-A., HENAULT L., 2014, « Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social » p 266

## **DEUXIEME CHAPITRE : Eclairages du terrain**

Nous avons souhaité analyser un parcours spécifique afin d'en comprendre les mécanismes, les enjeux, les écueils et les forces.

### **2.1 Méthodologie de l'enquête**

#### **2.1.1 Un lieu et un public cible**

Nous avons mené une enquête de terrain de type qualitatif au sein d'un GHT comptant dix établissements, dont trois établissements publics de santé mentale (EPSM).

L'opportunité de cette étude de terrain s'est faite en lien avec une attente spécifique de l'établissement m'accueillant en stage dans le cadre de ma formation à l'EHESP. Il s'agissait d'étudier le parcours patient entre deux établissements du GHT (le CHU et un des EPSM) et plus spécifiquement la question de l'accès à des soins somatiques, des personnes présentant des troubles psychiques. L'analyse des liens et des interactions entre les deux établissements voisins était également attendue. Cette orientation spécifique nous a permis de définir un cadre d'analyse au moyen d'un parcours précis et complexe, celui de patients présentant des troubles psychiques et nécessitant des soins somatiques, en délimitant le champ à l'intérieur d'un GHT, afin d'appréhender l'impact du positionnement du directeur des soins sur la coordination du parcours patient à l'échelle d'un territoire.

Ce travail d'enquête s'est déroulé sur une période de quatre semaines et a nécessité un travail préalable de compréhension en lien avec la problématique ramenée au lieu et au public ciblés.

Des recherches bibliographiques spécifiques nous ont permis de déterminer certains constats, en préalable à notre enquête de terrain et de justifier la pertinence du choix de cette population cible pour l'analyse d'un parcours de soins dit complexe. En effet, la question de l'accès aux soins somatiques aux personnes présentant des troubles psychiques est directement en lien avec la notion de coordination de parcours, dans le cadre de patients hospitalisés et des liens inter établissements. Il s'agit, par ailleurs, d'un problème majeur de santé publique, au vu de l'impact pour la population. Un développement de ces éléments de contexte est proposé en annexe (Annexe 2) pour la bonne compréhension du cadre et la construction des outils de l'enquête.

Selon Michel Laforcade, Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Nouvelle Aquitaine dans le rapport relatif à la santé mentale : « Le parcours n'est pas un concept creux ni un mot galvaudé, il est au contraire l'une des principales innovations de la loi de

modernisation de notre système de santé et correspond à un besoin majeur des personnes concernées par la maladie mentale mais aussi de leur entourage »<sup>58</sup>.

Sur la base des prérequis nécessaires<sup>59</sup> à la compréhension du contexte et à la pertinence de notre étude, la démarche d'enquête a pu se dérouler selon les outils et méthodes développés ci-dessous.

### **2.1.2 Les outils et méthodes de recherche**

Tout d'abord, et sur la base d'une analyse documentaire, nous avons étudié les projets d'établissements de l'EPSM et du CHU afin de repérer dans le projet médical les axes identifiés en lien avec ce thème. Nous avons également appréhendé le travail mené dans le cadre du GHT et étudié le PMSP. De plus, une approche du PTSM en cours d'élaboration, et plus spécifiquement, la priorité 3 intitulée "l'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins" nous a apporté des éléments de cadrage. Nous aborderons plus loin ce qu'il ressort de cette analyse documentaire.

Ensuite, nous avons, au moyen d'entretiens semi-dirigés, interrogé vingt-trois professionnels issus des deux établissements<sup>60</sup>. Nous avons également participé au travail conjoint d'analyse des événements indésirables dans le cadre de ce parcours patient, mené par les équipes qualité des deux établissements.

Enfin, il nous a été possible d'animer une réunion de travail avec des représentants des deux établissements.

Comme précédemment évoquée, la méthodologie de recherche utilisée est basée sur la collecte de données qualitatives au moyen d'entretiens semi-dirigés<sup>61</sup>. Ces derniers ont pour but de dévoiler l'objectif de la recherche tout en collectant des informations de façon rapide et centrée sur le sujet. Il s'agit d'une recherche qualitative que l'on peut proposer sur un mode individuel ou collectif. Dans notre situation nous avons mené vingt entretiens individuels et un entretien collectif de trois personnes. Les entretiens ont été réalisés suite à des prises de rendez-vous. Quatre entretiens, sur les vingt-trois réalisés, ont été téléphoniques. Cette recherche qualitative permet de recueillir des données qui renseignent tant la pensée que les représentations de la personne interrogée<sup>62</sup>. Cette méthode nous a semblé adaptée pour notre travail de recherche. Le thème et les données à collecter, annoncés sous forme de questions construites, ont donné lieu à des entretiens menés selon un enchaînement d'idées, tout en laissant une relative liberté de

---

<sup>58</sup> LAFORCADE M., octobre 2016, « Rapport relatif à la santé mentale »

<sup>59</sup> Eléments de cadrage pour l'enquête - Temps 1, Annexe 2

<sup>60</sup> Liste des professionnels interrogés - Temps 1, Annexe 4

<sup>61</sup> Grille d'entretien - Temps 1, Annexe 3

<sup>62</sup> GAVARD PERRET ML., et al., 2012, « Méthodologie de la recherche – réussir son mémoire ou sa thèse en sciences de gestion »

réponse au répondant. La durée des entretiens a été variable et comprise entre 30 à 60 minutes, dans le cas de notre enquête.

La préparation de la grille d'entretien a été faite à partir de l'inventaire des thématiques abordées dans le cadre théorique, tout en intégrant les spécificités du terrain et du parcours de soin analysé. La formulation des questions était précise, néanmoins nous nous sommes autorisés une adaptation en fonction des réponses apportées et des interlocuteurs.

La communication entre intervieweur et interviewé s'est faite naturellement, sous la forme d'une interaction verbale spontanée et positive. Nous avons reçu un accueil favorable à nos demandes d'entretiens, les interlocuteurs nous précisant que la thématique d'étude retenue est une problématique partagée qu'il convient de hisser au rang de priorité.

Le panel des personnes interrogées nous a permis d'avoir un échantillon varié de professionnels avec, pour chaque établissement, une représentation des médecins, de l'encadrement paramédical de proximité et supérieur, de la direction des soins et direction adjointe, de qualitatifs. Nous avons ainsi pu mener une analyse croisée des données recueillies.

### **2.1.3 Méthodologie d'analyse et confrontation des résultats**

Nous avons choisi de circonscrire notre analyse à un GHT unique afin de tenir compte, dans notre analyse, de la spécificité d'un seul territoire, au regard des différences significatives en terme de stratégie et de choix d'orientations en fonction des PRS et des PTSM dans le cas présent.

Au cours de cette enquête, divers éléments ont été mis en lumière sur la base de notre analyse documentaire, d'une part, puis sur la base de nos entretiens, d'autre part.

#### **2.1.3.1 Analyse documentaire**

Il ressort de notre analyse documentaire qu'une structuration formelle existe à différents niveaux : à l'échelle des établissements concernés à travers les projets médicaux et projets de soins des deux établissements, à l'échelle du GHT par la rédaction du PMSP, et également à l'échelle territoriale à travers le PTSM qui identifie des priorités dans le cadre du GCS psychiatrie publique.

Ainsi, les aspects des parcours patients et de leur coordination sont pensés, partagés et inscrits à l'échelle du territoire. Il conviendra, après en avoir parcouru les axes principaux, d'appréhender la réelle opérationnalité sur le terrain, au travers du discours des acteurs et des observations menées.

A l'échelle du territoire, et dans le cadre du GCS psychiatrie publique, le PTSM, en cours d'élaboration, identifie six priorités, dont deux sont spécifiquement en lien avec notre thématique. Selon le décret d'application du 27 juillet 2017, l'objet du PTSM est « l'organisation de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale. » Le PTSM est construit à partir d'un diagnostic territorial partagé élaboré en démarche collaborative par les acteurs participant aux parcours des usagers dans le champ de la santé mentale en articulant les différents parcours. Nous pouvons relever plusieurs points en lien avec la notion de parcours patients. Chaque priorité est pilotée par un binôme de professionnels de différents établissements du GCS qui a la responsabilité d'animer et de coordonner le groupe de travail, afin de proposer des actions concrètes à décliner, en lien avec l'ARS. La priorité 3 s'intéresse à l'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins. La priorité 4, quant à elle, appréhende la prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence. Ainsi, la notion de parcours est sous-jacente à ces deux priorités, ce qui nous renseigne sur la préoccupation territoriale partagée au sujet de cette problématique.

De plus, le projet médical du projet d'établissement de l'EPSM est constitué de fiches actions élaborées sur la base de constats partagés à l'échelle de l'établissement. Nous pouvons évoquer la fiche action III3 qui se nomme « Améliorer les parcours de soins des enfants, adolescents et adultes », dont l'objectif opérationnel est de faciliter l'accès aux soins somatiques pour les patients de psychiatrie et qui se déploie en objectifs opérationnels.

Le projet médico-soignant du projet d'établissement du CHU, établissement support du GHT, met également en lumière la nécessité de structurer et coordonner les parcours de soins. Ainsi, pour répondre aux enjeux majeurs déterminés par l'établissement, six orientations stratégiques, complétées par quatre programmes supports, ont été définies pour les cinq années à venir. L'orientation 4 du PE 2016-2020 prévoit de redéfinir le rôle du CHU dans les parcours de soins et les coopérations et précise le positionnement du CHU, comme « porteur de la dynamique de coopération territoriale », notamment dans le cadre du groupement hospitalier de territoire, pour « améliorer l'accessibilité, la qualité et le maillage des soins au service des patients, dans l'élaboration des parcours patients à l'échelle du territoire ».

Toujours à la lumière du projet d'établissement du CHU du GHT de notre étude, des axes stratégiques « parcours du patient » sont déterminés pour la période 2016-2020, sous la responsabilité du coordonnateur général des soins, président de la CSIRMT. L'établissement a défini certains enjeux en affichant sa volonté d'améliorer la qualité des parcours en lien avec le développement de l'ambulatoire, l'organisation des retours à

domicile, la prise en compte des patients vulnérables et la coordination des soins de proximité et de recours.

Afin d'atteindre les objectifs fixés, le CHU a déterminé des modalités de gouvernance et d'évaluation. Nous pouvons citer la mise en place d'un groupe de coordination du parcours patient qui rend compte de son activité auprès du comité de pilotage qualité, afin de mieux coordonner les actions sur le parcours patient intra et inter établissements. En complément, l'évaluation des actions se fait dans le cadre du bilan du compte qualité, mais également au travers des actions du projet d'établissement qui en découlent. Enfin, l'établissement a fait le choix de nommer un cadre de santé chargé de missions pour les parcours du patient, tout en prévoyant de confier ce champ à un directeur des soins, spécifiquement en charge des parcours patients inter et intra établissements, dès 2019. De plus, l'organisation du parcours patient a été retenue par l'établissement comme axe majeur du projet des pratiques paramédicales 2016-2020. Le projet du service social s'attache à « améliorer le parcours des patients vulnérables et les parcours complexes socialement ».

La stratégie affichée au sujet du parcours patient, à l'échelle de l'établissement et plus largement du GHT s'appuie sur l'analyse des besoins à partir d'analyses comme celles des patients traceurs, des événements indésirables sur les prises en charge complexes et les recommandations de la commission des usagers qui font ressortir la nécessité de garantir la continuité des prises en charge.

Enfin, le PMSP du GHT prévoit des axes de travail sur la base d'éléments issus du diagnostic territorial et des enjeux spécifiques. L'objectif du GHT étant de permettre de conforter une offre de soins publique équilibrée, le projet médico-soignant partagé détermine plusieurs objectifs transversaux dont celui de « la coordination des parcours et la gestion de l'aval des hospitalisations ». De plus, les objectifs médicaux prévoient, par filière, des orientations spécifiques. Pour la filière psychiatrie et santé mentale, quatre orientations majeures sont portées, dont découlent des fiches actions. Les orientations 1, 2 et 4 méritent notre attention. L'orientation 1 prévoit le renforcement des filières de soins publics d'excellence au travers de parcours de soins gradués, étayés de dispositifs innovants, permettant un égal accès aux soins sur le territoire couvert par le GHT. La fiche action 1-1 qui en découle a pour objectif l'identification et la formalisation des parcours de soins intégrant la médecine de ville, afin d'améliorer la visibilité de la filière de soins publique. L'orientation 2 envisage, quant à elle, l'amélioration des parcours de soins entre les établissements publics de santé mentale et les établissements de Médecine Chirurgie Obstétrique. Cette orientation, déclinée en deux axes, regroupe trois fiches-actions sur le thème « faciliter le parcours de soins somatiques pour les patients souffrant de pathologies psychiatriques en améliorant la coordination ». La coordination et l'harmonisation des pratiques et du développement des compétences prévues par

l'orientation 4 sont déclinées en actions cibles. Citons, pour exemple, l'élaboration d'une fiche de liaison partagée entre MCO et psychiatrie pour la coordination des parcours, la formalisation de plans de soins type et chemins cliniques pour la qualité et la sécurité des soins ou encore la mise en œuvre de parcours de montée en compétence par des stages professionnalisant inter-établissements pour le développement des compétences et le partage d'expériences.

Cette analyse documentaire nous renseigne sur le niveau de maturité des établissements de notre étude et la dynamique territoriale en lien avec la thématique de la coordination des parcours et plus spécifiquement dans le cas de la coordination des parcours de soins somatiques pour les patients souffrant de pathologies psychiatriques. Il existe un cadre, une structuration formelle construite (cas des projets d'établissements, déclinés dans les projets médico-soignants et du PMSP pour le GHT) ou en construction (cas du PTSM).

De plus, la déclinaison des axes et orientations stratégiques en lien, au niveau des projets médicaux soignants, voire du projet social (pour le CHU) nous donne une indication quant au niveau d'implication précoce des acteurs (médicaux et paramédicaux) dans la démarche de construction stratégique des orientations territoriales. En effet, le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques est l'expression collective des personnels paramédicaux. Il fait partie intégrante du projet d'établissement et s'articule avec le projet médical et le projet social et il est une des missions du directeur des soins<sup>63</sup>. Ainsi, garant de la construction du projet de soins, le directeur des soins, président de la CSIRMT collabore avec le président de CME à l'animation du projet médico-soignant de la structure.

Il est alors possible d'envisager, à ce stade de notre étude, un écho favorable à une de nos hypothèses : ***Dans le cadre de la construction des parcours patients, la participation précoce à l'élaboration des travaux préliminaires, tel que le diagnostic territorial, engage l'implication des acteurs à un niveau stratégique (hypothèse 2).***

Par ailleurs, la question de la spécificité des enjeux de chaque acteur est abordée à travers l'élaboration des projets d'établissements propres à chacun et qui intègrent les spécificités des établissements. La question de la sectorisation, par exemple, centrale en psychiatrie trouve-t-elle un écho dans la pratique ? Les orientations spécifiques de chaque établissement sont formulées, mais sont-elles prises en considération pour la bonne coordination entre établissements ? Le travail engagé à l'échelle du GHT et la formalisation du PMSP devrait nous permettre de répondre par l'affirmative et de proposer une orientation positive à notre première hypothèse théorique : ***Pour la structuration des parcours, la prise en considération de la spécificité des enjeux de chaque acteur est nécessaire à la bonne coordination entre établissements (hypothèse 1).***

---

<sup>63</sup> Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière (article 4)

Mais qu'en est-il dans les faits ?

Engageons maintenant une analyse à partir du discours des professionnels rencontrés, afin d'apporter à nos différentes recherches documentaires l'éclairage du vécu, du ressenti et de la compréhension des acteurs eux-mêmes.

### **2.1.3.2 Analyse des entretiens et des échanges**

Afin de recueillir les propos des professionnels de terrain et de comprendre la réalité des dispositifs prévus pour la coordination des parcours, nous avons interrogé plusieurs professionnels à différents postes, dans deux établissements du même GHT. S'il convient de souligner le rôle de coordination des ARS, rappelons que l'implication des acteurs de terrain revêt une importance centrale dans la démarche d'action territorialisée. Lors de nos entretiens, les professionnels interrogés ont tous manifesté la volonté de faire un état des lieux de la situation, de leur point de vue. Tous ont exprimé leur expérience en lien avec le parcours de soins des patients atteints de troubles psychiques et nécessitant des soins somatiques. Certains médecins ont d'ailleurs affirmé que l'accès aux soins est « la question centrale ».

En premier lieu, si la prise en charge somatique des patients en psychiatrie est reconnue par les médecins chef de pôle rencontrés comme un « sujet important », il n'en demeure pas moins qu'elle s'apparente pour certains à un « affrontement de logiques ». Une « logique de territoire » qui viendrait en opposition à une « logique de recours ou d'expertise ».

Il est ainsi unanimement reconnu que l'accès aux soins somatiques des patients atteints de troubles psychiques est inégal, voire « impossible » dans certaines situations. Si la volonté politique est perceptible et les attentes de l'ARS identifiées en termes de structuration de parcours patients, « la réalité est beaucoup plus complexe, que de beaux dessins » pour les représentants du corps médical interviewés. En effet, le parcours patient entre l'EPSM et le CHU est jugé « inopérant » tant par le corps médical que par la direction des soins de l'EPSM. Les difficultés inter-établissements sont également pointées par la direction des deux établissements, certains allant même jusqu'à évoquer des « conflits » et pour le moins « des liens tendus ». De réels dysfonctionnements aux urgences somatiques sont mis en avant par l'encadrement médical et paramédical du secteur, comme le manque de places, de moyen, un flux très important de patients, des locaux non adaptés en matière de sécurité ou de circuit, ce qui est identifié par certains médecins de l'EPSM comme « une mauvaise organisation des urgences, de manière générale en France ». De plus, la réalité des craintes, des « méconnaissances », des « représentations », d'un « manque de connaissance et de compétences spécifiques » pour les professionnels soignants des deux établissements est spontanément abordés

comme autre élément de complexité pour la prise en charge des patients. Ceci paraît en contradiction avec la volonté affichée par l'EPSM qui a rédigé, pour rappel, dans son projet médical, la fiche action dénommée « Améliorer les parcours de soins des enfants, adolescents et adultes », dont l'objectif opérationnel est de faciliter l'accès aux soins somatiques pour les patients de psychiatrie. D'après les professionnels de terrain, le défaut de coordination du parcours est pourtant criant et la « non prise en charge » des patients atteints de troubles psychiques par le CHU est décrite comme « le pain quotidien » des équipes médicales de l'EPSM qui les adressent. Un manque de « fluidité » est déploré et une « non optimisation » du temps agent est regrettée à travers ces situations relevant pourtant d'une réelle « problématique de santé publique ». La notion de « perte de chance » pour le patient est même avancée et ce, malgré la structuration du GHT au moyen d'un PMSP co-construit, en raison du défaut de continuité du parcours et d'absence d'intégration des soins.

De plus, les difficultés entre établissements ont été mises en exergue avec un vécu qui soulève la question des enjeux politiques et stratégiques différents. Un construit qui est au premier plan, des deux côtés, et qui engendre une peur de la suprématie du CHU, de la perte d'une identité pour l'EPSM. Ainsi d'aucuns précise que « c'est un leurre de penser que le même EPS réglerait le problème de la prise en charge somatique des patients », évoquant une peur de la fusion. En effet, la réalité du contexte est à intégrer au raisonnement, puisque le CHU (établissement support du GHT) est établissement de recours mais également de proximité pour l'EPSM pour les soins somatiques et l'EPSM (établissement partie du GHT) est établissement de recours mais également de proximité pour le CHU pour les soins psychiatriques. Ceci confère un haut niveau de complexité dans les relations inter établissements.

Par ailleurs, certains points spécifiques ont été soulignés par le corps médical en lien avec la coordination des soins inter-établissements. L'absence d'équipe de liaison somatique qui devrait être en écho des équipes de liaison psychiatrique a été pointée. Ces dernières sont d'ailleurs jugées unanimement efficaces et opérantes. De plus, dans le cadre des pratiques exigibles prioritaires et de l'importance du volet somatique en psychiatrie, la réalité d'une « augmentation du poids de la responsabilité médicale » est pointée par certains médecins chef de pôle et corroborée par des membres de l'équipe de direction de l'EPSM. Ainsi, pour les internes en psychiatrie, principalement, il s'agirait là d'une piste d'explications à une certaine « inhibition de leur capacité d'agir en situation d'urgence ou d'évaluation ».

En complément, des éléments positifs ont été pointés, comme certains modèles de collaboration très constructive, identifiés sur le terrain entre unités de soins ou de pôles, sur la base de relations interpersonnelles, « certaines choses fonctionnent, quand même, grâce au réseau ». De plus, est saluée la volonté partagée de changement et

d'amélioration de la coordination du parcours patient, illustrée par le travail de collaboration des équipes qualités des deux établissements. Ce travail vise à analyser les événements indésirables survenus en lien avec le parcours des patients. Ces rencontres, instaurées depuis quelques mois sur la base des recommandations de la HAS, sont jugées « indispensables » par les ingénieurs et médecins coordonnateurs qualité et mettent en lumière les défauts d'organisation et de coordination des parcours et la complexité de certaines situations de soins entre les deux établissements. Ainsi, ce travail d'analyse des événements indésirables associés aux soins inter-établissements a permis d'identifier quelques dysfonctionnements dans le parcours patient entre les deux établissements. Nous retenons, par exemple, une situation récurrente emblématique qui est celle de l'admission aux urgences somatiques pour la prise en charge de patient en admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (ASPDPT) ou en admission en soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'Etat (ASPDRE). Dans cette situation, les patients, systématiquement accompagnés par un professionnel de l'EPSM, intègrent le flux des patients des urgences et attendent de longues heures aux urgences (4 heures en moyenne) avant un retour à l'EPSM et parfois sans prise en charge médicale. L'analyse conjointe de ces événements a mis en lumière de réels défauts de prise en charge des patients et d'impacts forts tant qualitatifs qu'économiques, en termes de moyens humains pour l'EPSM, par la mobilisation des soignants pour l'accompagnement des patients. L'absence de filière spécifique pré-déterminée, d'échanges de documents de transmissions inter-établissements ou d'échanges téléphoniques préalables systématiques sont les premiers éléments explicatifs des dysfonctionnements repérés par les établissements eux-mêmes. D'autres causes profondes seront abordées plus loin. Par ailleurs, nous ne pouvons que regretter le format quasi confidentiel de ces rencontres et la méconnaissance du corps soignant (médical et paramédical) de la démarche engagée. En effet, l'encadrement paramédical n'est pas associé à ces temps d'analyse des événements indésirables liés au parcours patients inter-établissements et les retours et la communication restent informels au sein des deux établissements.

La question de la place et des interactions de chacun a permis de mettre en lumière une attente forte de la part du corps médical vis-à-vis de la direction des soins. Cette dernière, est vue comme un élément essentiel dans la coordination du parcours, de part une position et une expérience spécifique. Repéré comme étant au cœur des décisions stratégiques, le directeur des soins est attendu par les médecins interrogés comme un « relais d'information », un collaborateur qui partage une préoccupation tournée vers le patient et donc une « force de proposition ». Pour les ingénieurs qualité, quant à eux, l'amélioration de la qualité des prises en charge, ne peut avoir lieu sans « un positionnement de la direction » et un portage de la démarche par « la direction des

soins ». Il ressort de ces entretiens plusieurs éléments concordants et cohérents entre eux. Nous pouvons souligner l'émergence de problématiques clairement identifiées et partagées par l'ensemble des acteurs, comme état des lieux de la situation.

Dans la suite des entretiens mettant en relief une attente forte des différents protagonistes de « se mettre autour de la table » afin de « se parler », « de se rencontrer en dehors de cas clinique, afin de dépassionner le débat », une réunion de travail a été organisée avec différents professionnels des deux établissements. Nous avons réuni : un médecin somaticien de l'EPSM, un cadre de santé des urgences du CHU, un cadre supérieur de santé du pôle urgences du CHU, un cadre de santé de gérontologie du CHU, un cadre de santé de l'EPSM, un cadre de santé de réseau de l'EPSM, deux cadres de santé de l'EPSM, un cadre supérieur de santé de l'EPSM.

Les objectifs, préalablement annoncés, de ce premier temps de travail étaient de permettre une présentation de chacun et une prise de connaissance entre établissements, la présentation de chaque point de vue sur la problématique, au regard des réalités et une présentation des principales difficultés. Ce temps d'échange avait pour objectifs secondaires de clarifier les besoins pour une meilleure prise en charge (formations, échanges de pratiques, moyens...) et d'identifier des axes d'amélioration déjà repérés par chacun. Nous en présentons une synthèse en annexe (Annexe 5).

Nous retiendrons que, si l'implication de l'encadrement paramédical est avérée, tant au niveau de la déclinaison des projets de soins à l'échelle des pôles ou des services, qu'au niveau du GHT, par une implication dans les groupes de travail, la construction du PTSM est plus éloignée de leurs réalités, puisque le cadre de santé impliqué au niveau du projet territorial est exclusivement centré sur ces missions et n'interagit que très peu avec l'encadrement de l'établissement. De plus, il est à noter une absence de connexion entre ces différents niveaux de structuration, par absence de pont formel et de partage entre les groupes de travail du GHT et du PTSM.

En synthèse de notre enquête de terrain, nous notons qu'il existe une réelle convergence de préoccupations, puisque la question des soins somatiques en psychiatrie est inscrite dans le cadre du PTSM, des PE, et du PMSP du GHT. Est également partagé par l'ensemble des acteurs de notre étude, le sentiment de « non qualité » des parcours patients, tant d'un point de vue médical, que paramédical, de la vision de l'encadrement comme de celle de la direction. Si ce constat est partagé, les visions, les enjeux spécifiques, les éléments de compréhension et d'explication restent établissements et corps professionnels dépendants. A l'échelle du territoire, il ressort que l'absence de liens et de cohérences entre établissements et entre instances de travail de différents niveaux, opacifie les relations. Ceci ne permet pas de construire une réelle vision commune pour une coordination des parcours patients opérante. L'aspect de la communication, dans sa pleine dimension interpersonnelle, sa caractéristique structure-dépendante et sa

complexité subjective, a souvent été évoquée en réponse à la question abordant les principales « difficultés dans la coordination des parcours de soins ». Ainsi, si les médecins affirment avoir « des idées » et souhaitent pouvoir les communiquer, certains acteurs-clés du parcours patient ne s'étaient jamais rencontrés et n'avaient pas échangé au sujet des prises en charge des patients (par exemple, l'encadrement paramédical du secteur des urgences somatiques et l'encadrement paramédical du service d'évaluation de crise et d'orientation psychiatrique). Cette situation pointe un écart entre la structuration formelle dans la coordination des parcours, retrouvée dans l'analyse documentaire et la réalité du vécu des acteurs. Cet écart mérite d'être interrogé, et soulève la question de l'opérationnalité des mesures. Comment passer de l'intention à l'action ? Comment ancrer les volontés politiques dans la réalité des professionnels de terrain, dans l'intérêt des patients ? Comment garantir la lisibilité des orientations stratégiques pour une mise en œuvre à un niveau pratique ? Quel est la place du directeur des soins dans ce mécanisme déclinant les enjeux stratégiques en mesures opérationnelles ? Ces interrogations sont à confronter aux priorités définies dans le PTSM et exposées plus haut. Les aspects suivants paraissent largement perfectibles pour l'ensemble des acteurs interrogés : l'organisation de l'accès aux soins, l'organisation d'un parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture et l'organisation des conditions de l'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins. Il s'agit là d'ambitions territoriales qui, à ce jour, ne trouvent pas, d'écho dans la réalité des prises en charge.

A ce stade de notre travail, il n'a pas été mis en lumière que c'est la participation précoce à l'élaboration d'un diagnostic territorial qui engage l'implication des acteurs à un niveau stratégique, dans le cadre de la construction des parcours patients. Notre **hypothèse 2** ne peut être confirmée, ni même infirmée par les éléments recueillis lors de nos entretiens. Cependant, il ressort nettement que la « non prise » en considération de la spécificité des enjeux et du vécu des acteurs à travers les établissements impliqués est un frein à une structuration efficace d'une coordination des parcours entre établissements, par altération des liens et des interactions. Il s'agira d'une variance de notre **hypothèse 1**. De plus, le directeur des soins est repéré comme un acteur pivot, contributeur tant stratégique qu'opérationnel. Nous pouvons y voir une déclinaison de notre **hypothèse 3** : le directeur des soins contribue à la déclinaison opérationnelle inter et intra établissements des projets territoriaux pour la coordination des parcours des patients.

Cette enquête de terrain ainsi menée, il nous a paru nécessaire de confronter les résultats de cette analyse à d'autres points de vue, afin de les ouvrir à des considérations plus générales en lien avec la coordination du parcours patient à l'échelle d'un territoire et tâcher de répondre au questionnement émergent de notre étude. Ainsi nous avons

rencontré<sup>64</sup>, plusieurs acteurs de ce même GHT, ainsi qu'un directeur projet Territoire de Soins Numérique ARS, en charge de la mise en place d'une Plateforme Territoriale d'Appui (PTA). L'objectif était de recueillir leurs sentiments sur nos premiers retours d'analyse. Nous avons, là encore, choisi la méthode des entretiens semi-directifs<sup>65</sup>. Nous proposons une analyse des données structurées à partir des hypothèses retenues.

## **2.2 Analyse élargie des données**

Par ce deuxième temps d'analyse nous avons souhaité ouvrir la réflexion au-delà du parcours retenu pour notre étude, afin d'éprouver nos hypothèses à la vision plus large d'acteurs du GHT, intégrant la notion de coordination de parcours patients à l'échelle du territoire et de l'offre de soins des dix établissements parties. Nous nous sommes entretenus avec le coordonnateur général des soins du CHU, avec le coordonnateur général président de la CSIRMT de territoire, le secrétaire général du CHU en charge du GHT, et un cadre de santé chargé de mission parcours du patient au CHU.

En préambule de nos échanges, le secrétaire général du CHU a tenu à préciser le contexte. En effet, chaque GHT, au niveau national, est différent. Le GHT de l'étude est « très gros » (dix établissements) avec un « très gros » établissement support, le CHU qui représente 65 % du GHT. Ceci est évoqué comme étant à l'origine, d'une « grande hétérogénéité et d'une tendance centripète » indéniable. De plus, le stade d'élaboration du PMSD est à considérer, puisqu'à l'échelle de ce territoire, la phase opérationnelle est attendue de la part des groupes de travail, afin de dépasser l'actuel stade des intentions. L'étape actuelle est celle des préalables à la mise en œuvre. Ce qui est cohérent avec ce que nous avons pu constater lors de notre enquête, la mise en œuvre des intentions stratégiques et politiques n'est pas perceptible à ce jour sur le terrain. « Comment être opérationnel ? », « Comment passer de l'intention à la pratique ? », sont des reformulations de la problématique de notre étude. Il ressort de notre deuxième série d'entretiens les éléments suivants.

### **2.2.1 Hypothèse 1 : Pour la structuration des parcours, la prise en considération de la spécificité des enjeux de chaque acteur est nécessaire à la bonne coordination entre établissements.**

« L'histoire est importante ! Les éléments de contexte et la compréhension des liens sont déterminants » ; C'est ainsi que le secrétaire général du GHT a introduit ses propos en

---

<sup>64</sup> Liste des professionnels interrogés – Temps 2, Annexe 7

<sup>65</sup> Grille d'entretien - Temps 2, Annexe 6

lien avec la question des enjeux spécifiques. D'ailleurs, me précise-t-il, dans le monde de la santé « tout est spécifique ». La question des enjeux stratégiques ou politiques serait donc à « intégrer aux analyses de système pour une bonne coordination entre établissements » selon le coordonnateur général des soins de l'établissement support du GHT. Il s'agirait alors d'aller « au-delà des enjeux » et de considérer au premier plan la gestion des risques et la sécurité des soins. « Il faut rentrer par l'analyse des pratiques, envisager la synergie des compétences, car nous sommes là pour le patient ». Au-delà, d'un nécessaire préalable politique, la considération centrale pour chaque établissement serait donc la question du « pour quoi / pour qui », en prérequis du « comment » coordonner des parcours efficaces. Cet aspect revêt tout son sens puisque, selon certains membres du comité stratégique du GHT, « aujourd'hui encore, les enjeux des établissements priment sur les enjeux du GHT ». Le « pour qui » et le « pour quoi » pourraient garantir la cohérence de la coordination des parcours entre établissements, dans l'intérêt des patients. Alors, si à l'hôpital « tout est spécifique », il convient de prendre en compte les « besoins, propres à chaque établissement », d'identifier le contexte, ce qui se joue dans les interfaces et les liens. Quelles sont les réalités de terrain ? Quelles sont les préoccupations, les aspirations et les craintes des acteurs ? Quels sont les besoins et au-delà, les attentes, de la population du territoire ? Comment expliquer les difficultés, les freins, les limites ?

L'identification de ces éléments de contexte, la compréhension des difficultés et la clarification des interfaces doivent alors permettre une optimisation des liens inter-établissements, préalable indispensable à la structuration de parcours patients opérants.

Le GHT propose un cadre à ces liens qui, selon le coordonnateur général président de la CSIRMT de territoire, « auraient lieu entre établissements de proximité, même sans le GHT ». Il faut donc tout particulièrement « simplifier et informatiser en interne » et travailler en inter-établissements. Si les interfaces doivent fonctionner et être définies, « le 'qui-fait-quoi' ne doit pas être du flou artistique ». La question des enjeux résiderait principalement dans cette clarification. Pour se coordonner, il s'agirait de d'abord se connaître, identifier les forces, les limites et les risques de « ruptures » inhérentes aux interfaces.

Alors, ***pour la structuration des parcours, la prise en considération des spécificités de chaque établissement, des construits relationnels et des aspirations de chaque acteur est nécessaire à la bonne coordination entre établissements, par la construction de liens de fonctionnement structurés.*** Nous retenons cette formulation comme nouvelle hypothèse 1, en lieu et place de la formulation antérieure.

### **2.2.2 Hypothèse 2 : Dans le cadre de la construction des parcours patients, la participation précoce à l'élaboration des travaux préliminaires, tel que le diagnostic territorial, engage l'implication des acteurs à un niveau stratégique.**

Pour les coordonnateurs des soins interrogés, un défaut d'implication des acteurs représente un « frein à la mise en œuvre des politiques de santé en matière de coordination ». Il est également souligné par le président de la CSIRMT de territoire, que la participation précoce est indispensable et « c'est vrai pour toutes les gestions de dossier ». Les acteurs doivent être impliqués précocement dans tous les dossiers, selon les professionnels interrogés car c'est une « question de bon sens ». D'ailleurs, il est souligné l'importance de l'implication précoce des acteurs à un niveau stratégique pour identifier les objectifs, sur la base « de la réalité des besoins du terrain », à l'échelle du territoire.

Pour d'avantage d'opérationnalité, l'engagement précoce à un niveau stratégique est « une évidence », parce qu' « on a toujours besoin de l'implication des gens », pour les directeurs interrogés. Alors, le défaut de cohérence entre PMSP, projets d'établissements et PSTM ou PRS est mis en lumière, du fait de la persistance de « cloisons étanches ». Ce défaut de cohérence entre éléments de formalisation est identifié comme frein à l'implication des acteurs de terrain et à la structuration des mesures opérationnelles. En termes de parcours patients, la question de « la lisibilité » paraît essentielle, en lien avec le positionnement des établissements. Ainsi, au-delà de la participation précoce des acteurs, l'implication de tous à un niveau stratégique serait liée à la cohérence d'un dispositif lisible à l'échelle du territoire. De plus, un « cadrage précis, avec définition des engagements » serait un préalable indispensable afin de marquer la cohérence des différents dispositifs et d'engager ainsi l'implication des acteurs autour d'un sens partagé. L'attendu des acteurs, pour d'avantage d'implication, résiderait, en partie, dans l'évaluation préalable des « mesures d'impact » et « le suivi des actions », comme souligné par le secrétaire général du CHU. De par la responsabilisation des pilotes de processus dans le cadre du PMSP, le comité stratégique du GHT pense répondre à cette attente et ainsi garantir la « bonne dynamique de travail » en vue d'une future opérationnalité des mesures.

A la lumière de ces éléments, nous retenons que, dans le cadre de l'élaboration d'un diagnostic territorial, l'implication des acteurs à un niveau stratégique est sous-tendue par une identification précoce d'un cadrage cohérent et lisible de l'ensemble des dispositifs. De plus, le maintien dans le temps de cette cohérence est assurée par le décroisement des différents niveaux d'interventions à l'échelle du territoire. Ainsi, la

participation précoce à l'élaboration d'un diagnostic territorial est un élément nécessaire mais non suffisant à l'implication des acteurs à un niveau stratégique.

A la lumière de notre travail, nous préférons les hypothèses suivantes à celle préalablement déterminée :

***Dans le cadre de la construction des parcours patients, si la participation précoce à l'élaboration d'un diagnostic territorial engage l'implication des acteurs à un niveau stratégique, c'est par l'identification préalable d'un cadrage cohérent et lisible de l'ensemble des dispositifs que sera garantie l'opérationnalité de l'implication des acteurs.***

***De plus, le découplage des différents niveaux d'interventions, à l'échelle du territoire, est nécessaire au maintien de la cohérence des dispositifs.***

Il convient, à ce stade, de déterminer la place du directeur des soins, en lien avec la question centrale de cette étude : **En quoi le positionnement du directeur des soins impacte la coordination du parcours de soins à l'échelle d'un territoire ?**

### **2.2.3 Hypothèse 3 : Le directeur des soins contribue à la déclinaison opérationnelle inter et intra établissements des projets territoriaux pour la coordination des parcours des patients.**

Il nous est rappelé que le GHT prend appui sur un « trépied » constitué du directeur général, du président de la CME et du président de la CSIRMT. Définis comme « pilotes » du système, ces acteurs ont chacun des rôles spécifiques en lien avec la structuration des parcours patients. Repérée comme étant « la partie la plus efficace dans le cadre du PTSM », la partie soignante se caractérise par le suivi d'une méthodologie efficace, « que les autres n'ont pas », selon le secrétaire général du CHU. Le DS de CSIRMT de territoire est, de plus, identifié comme étant celui qui « structure », « impulse » et « coordonne ». Le suivi des actions par l'encadrement paramédical s'expliquerait par l'acculturation et « l'habitude [de ces derniers] de suivre ce type de structuration ». Au-delà de cette considération méthodologique, il ressort de nos entretiens une place spécifique du directeur des soins en matière de coordination des parcours de soins d'un territoire. En effet, identifié comme étant à la convergence de nombreux points, comme la qualité, la sécurité des soins et les parcours de soins, le directeur des soins se voit légitimé dans cette fonction d'animation des parcours à l'échelle d'un territoire. « Le GHT, c'est nous, les directeurs des soins ! » affirmera même le coordonnateur général de soins du CHU. La coordination des parcours de soins d'un territoire est alors clairement identifiée comme relevant de la compétence du DS. Pour les professionnels rencontrés, les enjeux

semblent principalement se situer au niveau de la qualité des soins, conférant ainsi au directeur des soins « une vraie place unique, une réelle liberté ».

En ce sens, le GHT ne serait réellement efficient qu'en « partant du terrain ». La place du DS est alors indéniable, au regard des enjeux médicaux et soignants. Selon les professionnels rencontrés, c'est le DS qui a « la vision patient, donc la logique du GHT ». Acteur incontournable, tant stratégique qu'opérationnel, le directeur des soins est souvent « la porte d'entrée pour la question des parcours ». En effet, au cœur du fonctionnement de l'hôpital, le directeur des soins porte l'expertise soignante au sein de l'équipe de direction, il est également référent du parcours de soins dans le projet d'établissement. La plus-value du directeur des soins doit résider dans l'opérationnalité, par sa capacité à mesurer la faisabilité et, en même temps, à « donner l'impulsion pour que cela puisse se faire ». Si les idées restent stratégiques ou politiques, la faisabilité revient aux « gens de terrain », identifiés comme étant l'encadrement et la direction des soins. En écho à la dimension de « double expertise » du directeur des soins<sup>66</sup>, positionné à l'interface des différents acteurs, l'émergence de « mesures très concrètes » garantit la qualité du dispositif, dans l'intérêt du patient. Comment alors fait-on vivre concrètement, chaque jour, dans les unités de soins la question des parcours ? Quelle communication et quel accompagnement de l'encadrement de proximité proposer ? Au sujet de la déclinaison pratique de la démarche, un cadre de santé, chargé de missions en lien avec les parcours patients, interroge l'intégration de la réflexion autour de la coordination des parcours patients au sein des projets de soins des établissements. Il propose, par ailleurs, un parallèle avec la démarche qualité, en lien avec la dimension institutionnelle du process qui conduit à une structuration formelle et une déclinaison opérationnelle des objectifs. Alors, les établissements doivent anticiper les parcours et ainsi marquer certaines compétences spécifiques. La thématique « parcours patient » se doit d'être affichée dans les organigrammes des structures, car pour beaucoup, « seule la logique de parcours prévaudra, demain », du fait des expertises et du dimensionnement des plateaux techniques. Dans ce contexte, la nécessité de détailler les interfaces s'inscrit dans une démarche globale. La place du DS se situe donc à l'impulsion, la déclinaison, puis au déploiement des parcours de soins, dans un contexte de « bon sens » à maintenir, et de liens à construire. Nous l'avons vu, l'analyse détaillée des documents PTSM, PMSP et PE nous donne les axes de travail. Il convient alors de passer de la déclaration d'intention à l'action en s'inscrivant dans une réalité de terrain, et c'est sans doute là que réside la place du directeur des soins par un positionnement empreint d'opérationnalité, par son management des équipes et sa capacité à être un leader.

---

<sup>66</sup> Enquête nationale sous forme de questionnaire en ligne utilisant l'application Sphinx Déclic 2 in « Management hospitalier et territoires : les nouveaux défis » p.84

Ainsi, **le directeur des soins, par sa place, son expertise et sa vision, contribue à la déclinaison opérationnelle inter et intra établissements des projets territoriaux pour la coordination des parcours des patients par une démarche intégrée.**

Nous venons de confirmer et enrichir notre troisième hypothèse. Nous aborderons maintenant les limites de notre travail, d'ores et déjà identifiées.

## **2.3 Limites et critiques de l'étude**

Comme présenté, le travail d'analyse que nous proposons, sur la base d'échanges et d'entretiens, est une vision qualitative non exhaustive. En ce sens, il s'agit d'une analyse parcellaire de parcours patients, circonscrits à un GHT déterminé.

Le choix de réaliser une analyse d'un parcours patient spécifique afin de travailler à partir d'une illustration concrète dans un cadre précis a volontairement restreint notre champ d'étude. Il convient donc d'accueillir les résultats présentés avec prudence, sur la base de verbatim de professionnels d'un GHT, à partir de l'analyse d'un parcours patient. Il s'agit d'un éclairage sur une situation, à un moment et dans un lieu donné. Certains éléments auraient mérités une analyse plus approfondie afin de clarifier le contexte (exemple de l'organisation médicale et notamment des internes en psychiatrie)

A la lumière des entretiens du temps 2 de notre enquête, nous avons pu interroger la pertinence des hypothèses de travail retenues. « Il manque des éléments dans les hypothèses retenues dans le cadre de ce travail » fût une critique formulée par un membre du comité stratégique du GHT interrogé. Ce qui nous a permis de réajuster la formulation de ces **hypothèses opérationnelles de travail**, dont nous proposons une **synthèse en annexe** (Annexes 8, 9 et 10).

A la lumière du contexte actuel, nous proposons d'aller plus loin, par l'analyse des freins et des leviers identifiés, ainsi que par l'analyse d'un dispositif performant qu'est une Plateforme Territoriale d'Appui. Nous proposerons enfin quelques préconisations issues de notre recherche, dans le champ de la direction des soins.

## **TROISIEME CHAPITRE : Préconisations issues de la recherche**

Le parcours patient est plus qu'un nouveau dispositif, une énième actualité politique. Il s'agit d'un modèle de raisonnement qui intègre les dimensions de la qualité des soins et des prises en charge. Il répond à l'exigence des usagers pour d'avantage de personnalisation, d'accessibilité, de qualité et de lisibilité.

Véritable cible pour l'analyse des organisations, la structuration des parcours de soins engage la coordination des acteurs pour la sécurisation des soins.

### **3.1 Pour aller plus loin...**

Il convient de mener la réflexion afin d'intégrer la notion de parcours à nos politiques de soins, au-delà de la simple déclaration d'intention. Pour cela, il faut oser regarder les organisations en place par le prisme des dysfonctionnements afin de mener les analyses, garantes de l'amélioration de nos pratiques et des services rendus aux usagers. Des leviers existent. Il nous faut les identifier afin de pouvoir les actionner, en qualité de directeur des soins.

#### **3.1.1. Des leviers identifiés**

Tout d'abord, comme pour tout dispositif, il faut souligner l'importance de la structuration. Dans le cas des parcours patients, nous pouvons identifier la place de l'humain, comme premier élément déterminant. En effet, l'encadrement paramédical, par sa formation, son expérience et son organisation sur le terrain porte la possibilité de renforcer les parcours, par la mise en place de cadres supérieurs de filières transversales dans le cadre des GHT, par exemple. Ainsi, en responsabilité de filières spécifiques, l'encadrement paramédical pourra structurer, impulser et être garant de la coordination des parcours, dans l'intérêt des patients et en lien avec la direction des soins. Pour cela, il est un préalable nécessaire, celui du diagnostic posé par les équipes de terrain. De plus, si la capacité à travailler ensemble est indispensable, la structuration ne reste possible qu'au moyen d'outils de communication efficaces et répondant aux exigences de partage, de réactivité, de sécurité et d'ergonomie. La coordination et le déploiement opérationnel ne sont, en effet, possibles qu'au regard du déploiement d'outils adaptés. Le développement du numérique constitue ainsi un levier majeur.

Ensuite, la force d'un engagement « tri partite » à l'échelle du GHT a été appuyée à de nombreuses reprises lors de nos entretiens. Ainsi, le président du collège médical de territoire, le président de la CSIRMT de territoire et le secrétaire général en charge du GHT (dans notre étude), en travaillant de concert dans la réflexion autour des parcours de soins, constituent le socle de la structuration, la pierre angulaire du dispositif.

Par ailleurs, la méthodologie peut être identifiée, comme élément essentiel pour la robustesse du dispositif, dans son élaboration et sa pérennisation. Elle se trouve à tous les niveaux du dispositif, en démarche projet. Cette dernière, composée en quatre

phases, comprend le cadrage, le diagnostic partagé, l'élaboration de la feuille de route et sa mise en œuvre<sup>67</sup>. Se trouve alors, après la phase diagnostic, la construction des chemins cliniques, des plans de soins types et les filières de prise en charge. Puis, l'élaboration de la feuille de route fait jour, par la gestion des réunions et les méthodes d'animation. C'est d'ailleurs à ce stade qu'une animation de réunion efficace permettra de garantir la qualité des échanges et « la mise à plat » des difficultés ou attentes spécifiques de chacun. Ensuite, c'est au cours de la mise en place des dispositifs, par l'animation et les méthodes de suivi et de mises à jour, que se poursuit la démarche. Au long cours, c'est par l'évaluation et l'analyse des dysfonctionnements et axes d'améliorations que s'inscrit le dispositif dans la durée. La pédagogie ressort alors comme une compétence, nécessaire tout au long du dispositif et notamment pour l'accompagnement des pilotes de processus, dans le cadre des GHT.

Enfin, la formation représente un levier essentiel. Elle doit, en effet, tenir une place centrale, afin de créer les conditions favorables à la qualité du déroulé des parcours. Les équipes médicales et paramédicales formées garantissent la qualité et la sécurité des prises en charge coordonnées. Cet aspect soulève la question de la cohérence des plans de formation et la bonne déclinaison du volet des ressources humaines du GHT au regard des besoins de la population, à l'échelle d'un territoire. L'analyse des événements indésirables, par l'analyse des causes, les CREX ou les RMM<sup>68</sup> témoigne de ce point et nous renseigne quant au niveau de corrélation entre le manque de formation du personnel et les risques d'erreurs dans les prises en charge.

Si la réalité des leviers nous éclaire quant aux pistes à privilégier pour la structuration des parcours patients, il convient de repérer certains freins afin d'avancer efficacement sur le chemin de la coordination et de l'intégration des parcours.

### **3.1.2 La persistance de freins**

Tous les professionnels rencontrés l'ont évoqué, le corrélant à une dégradation des conditions de travail, la contrainte du temps ressort comme la principale difficulté pour le « travail ensemble ». Ainsi, le manque de disponibilité et la complexité de la gestion des agendas sont des éléments de difficultés majeures, pouvant engendrer un manque de dialogue et de concertation, à leur tour générateurs de difficultés. Alors, la créativité, l'inventivité et l'appui sur les moyens techniques innovants (utilisation de visio-conférence

---

<sup>67</sup> ANAP, décembre 2016, « Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale. Méthodes et outils pour les territoires »

<sup>68</sup> HAS, 27 mai 2015, « Outils d'amélioration des pratiques professionnelles. Méthodologie »

afin de minimiser les déplacements, ...) doivent être mobilisés ; tout comme la capacité à prioriser, qui sera indispensable afin d'optimiser la gestion de son temps de travail.

Ensuite, d'aucuns soulignent la réalité d'un certain « empilement de contraintes » pouvant mettre à mal la cohérence et la lisibilité du système dans son ensemble. La perception d'une incohérence du calendrier global vient renforcer cette difficulté. Ainsi, l'élaboration des PTSM, PRS, CLS, PMSP, PE,...., peut se trouver déconnectée et générer des cloisonnements par superposition d'orientations. Une lecture systémique et un regard critique devraient permettre de renouer avec le sens global de la démarche pour une meilleure adhésion.

Par ailleurs, la question de la culture locale est toujours à prendre en considération, car elle peut s'avérer être un frein au bon déroulé des étapes de mise en œuvre des parcours. Elle concernera autant les usagers que les professionnels engagés dans la démarche. La qualité du diagnostic préalable permettra d'intégrer cet aspect au raisonnement et d'éviter cet écueil.

De plus, l'existence d'enjeux spécifiques doit être appréhendée, au regard des histoires, des construits et compte tenu des écarts de réalités, de besoins, de contraintes des différents établissements et autres offreurs de soins. Il convient de réaliser que les objectifs restent différents, que les approches médico-économiques sont souvent variables et que l'absence de démarche globale peut s'avérer une difficulté supplémentaire. La complexité de la pluri-professionnalité peut s'illustrer dans l'exemple d'une volonté médicale de développement d'activité qui engendre une réorganisation du système autour de ce phénomène isolé. Il convient également de considérer la réalité de l'utilisateur, lui-même, porteur d'attentes, de besoins, de demandes, d'intérêts et de grilles de lectures qui lui sont propres.

Par ailleurs, d'autres freins ont pu être mis à jour au cours de notre travail de recherche. Nous retiendrons des difficultés à dimension stratégique, en lien avec un risque d'hégémonie des établissements supports dans les GHT, venant en paradoxe de la réalité d'une absence de personnalité morale des GHT. Le risque d'opposition des partenaires sociaux est également cité comme étant une difficulté de taille par le refus de certains de participer aux instances ou générant des blocages, comme par exemple au sujet des postes partagés, qu'ils refusent. De plus, la complexité réside également au cœur des aspects budgétaires à l'échelle des territoires. Le système actuel de financement à l'activité, T2A, en est une illustration, en lien avec notre thématique puisque ne favorisant pas la logique de parcours. Par ailleurs, des difficultés d'ordre technique, en lien avec les systèmes d'informations viennent parfois altérer la coordination des dispositifs.

Enfin, la question de la responsabilité et de la prise de décision pour la mise en œuvre d'un parcours patient à l'échelle d'un territoire se pose et reste entière. En effet, quel directeur des soins est identifié comme porteur de projet, à l'échelle du territoire, dans le

contexte d'une coopération inter-établissements ? Le directeur des soins de l'établissement support ? Le directeur des soins président de la CSIRMT de territoire ? Qui détermine la feuille de route du travail collaboratif ? Qui a légitimité pour arbitrer ? Quel est le niveau d'implication du comité stratégique du GHT ? Répondre à ces questions paraît un préalable indispensable en termes de méthodologie de construction et de coordination des parcours. La prochaine génération des GHT devrait envisager ces aspects de cadrage, pour une meilleure opérationnalité des projets territoriaux. Considération faite de ces éléments, nous devons envisager les perspectives qui se dégagent dans le champ de la coordination des parcours, en lien avec le contexte actuel de transformation du système de santé.

### **3.1.3 De réelles perspectives**

L'innovation<sup>69</sup>, telle que précédemment développée trouve ici toute sa place, tant les possibilités s'offrent à nous. Inscrite dans le mouvement, la démarche parcours nous propose de sortir des périmètres actuels ou convenus. C'est ainsi que la télémédecine ou télé-expertise bouge les lignes de la consultation classique et que les coopérations entre les secteurs sanitaires et médico sociaux, voire publics-privés nous conduisent au-delà du périmètre des GHT.

En ce sens, certaines coordinations méritent notre attention, à la marge d'un cadre classique de collaboration. Nous pouvons citer un projet innovant liant un CHU et un SSR dans le cadre de la prise en charge de patients cérébro-lésés, au moyen d'une filière de prise en charge et d'un parcours de soins spécifiques. La collaboration entre un SRPR (Service de Rééducation Post Réanimation) et un service de neurologie en MCO avec une activité de rééducation dédiée résulte d'un diagnostic global identifiant les besoins du terrain et les priorités qui s'en dégagent. Sur la base d'une collaboration efficace public-privée et sanitaire-médico-social, hors champ du PRS et en l'absence d'orientations préalables, cette démarche s'inscrit dans la poursuite d'intérêts convergents, sur la base d'un diagnostic de terrain étayé. Elle repose également sur des volontés individuelles et un engagement collectif. La création de cette unité de SRPR est identifiée comme étape indispensable à la structuration du parcours de ces patients à forte complexité. Cet exemple innovant illustre l'étendue des perspectives dans le champ de la structuration des parcours et nous invite à considérer la réflexion au-delà du cadre établi.

Porté par une volonté de coordination, de sécurisation, de partage d'expériences, d'efficience et de rationalisation, le GHT est basé, selon beaucoup, sur des « organisations déjà existantes ». L'éclairage d'un dispositif de coordination innovant

---

<sup>69</sup> BALI O. et al., 2016, « Management hospitalier et territoires : les nouveaux défis », p90

devrait nous ouvrir des perspectives de réflexion. Ainsi, nous avons rencontré, un directeur en charge d'une PTA. Nous choisissons d'aborder ici le contenu de cet entretien, considérant que le modèle proposé, porteur d'innovation, nous permet d'aller plus loin dans notre réflexion. Présentée en annexe 1, le dispositif PTA est une illustration d'un système de santé ou « health systems<sup>70</sup> », allant au-delà du territoire du GHT. Au décours de cet entretien, nous avons pu évoquer différentes notions et retenir plusieurs idées-forces.

Si l'importance des parcours tant intra-hospitaliers qu'inter-établissements ne fait aucun doute pour le directeur interrogé, il n'en demeure pas moins que la persistance de « raisonnements cloisonnés » est un frein au développement des parcours. Sur la base de ce constat, il nous est rappelé que, dans le cadre de la mission des PTA pour la coordination des cas complexes, « les outils de programmation, les agendas enchainés et les outils de gestion de planning » sont garants de « l'ordre et la rigueur » nécessaires à l'optimisation et à la coordination des parcours. L'évocation du « continuum des soins » n'est pas sans nous rappeler la notion d'intégration précédemment développée. Cette dernière est, par ailleurs, à mettre en lien avec le développement des compétences des professionnels et l'émergence de nouveaux métiers de la coordination. Ces changements semblent répondre à l'évolution de la place et des attendus de l'utilisateur et de son « empowerment », c'est-à-dire son pouvoir ou sa puissance d'agir<sup>71</sup>. Nous devons porter la progression de l'offre de soins par l'analyse des parcours et la prise en considération des « problèmes ou dysfonctionnements, qui seront traités comme des événements indésirables ». L'exemple du « patient traceur »<sup>72</sup>, illustre la logique de parcours, jusque dans l'évaluation des pratiques et le développement de la qualité.

Ainsi, pour ce directeur, le parcours repose sur « un système cohérent, simple et lisible ». Il nous invite à « commencer petit », car le parcours c'est « avant tout du bon sens, de la souplesse et de la réactivité, pour plus d'opérationnalité ». La coordination, quant à elle, se situe au-delà de l'échange, « c'est un véritable partage », basé sur la concertation et le libre accès aux informations, une posture intégrative. Enfin, l'idée d'une responsabilité collective vis-à-vis des parcours de soins est soulignée. Nous devons tous et à chaque étape, « questionner la pertinence des actes, des prises en charge » et interroger le niveau d'intégration des soins. Animé par la considération de « l'usage », c'est-à-dire l'opérationnalité des mesures, nous devons nous poser la question du « Et concrètement, pour le patient, est-ce clair, accessible, lisible, cohérent ? ... ».

Enfin, si la place du directeur des soins dans le cadre du dispositif sanitaire a fait l'objet de notre travail, il convient d'envisager son rôle dans les parcours de santé et de vie,

---

<sup>70</sup> BALI O. et al., 2016, « Management hospitalier et territoires : les nouveaux défis »,p25

<sup>71</sup> BACQUE MH, BIEWENER C, 2013, « L'empowerment, une pratique émancipatrice ? »

<sup>72</sup> HAS, 13 janvier 2015, « Le patient traceur en établissement de santé. Méthode d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Guide méthodologique »

comme perspective d'ouverture. En effet, en intégrant cette dimension, il nous semble pouvoir apporter une contribution à un décloisonnement plus large, et ainsi « faire tomber d'autres murs que ceux du sanitaire<sup>73</sup> ».

Alors, la structuration des parcours pourra être porteuse de sens, tant pour l'utilisateur que pour les professionnels. Dès lors, nous proposons quelques préconisations, dans le champ de la direction des soins.

## **3.2 Quelques préconisations**

Le directeur des soins étant garant de l'éthique professionnelle et de la qualité des prises en charge des patients, il contribue, par ses actions et le projet de soins, à porter le sens des réformes des politiques de santé, dans le contexte actuel de transformations.

En ce sens, une réflexion sur notre positionnement à venir et notre rôle de directeur des soins émerge à travers trois axes clés de la réalité hospitalière.

### **3.2.1 Une portée politique à considérer**

Le champ des réalités politiques dans le paysage sanitaire est à prendre en considération comme préalable au travail de coordination des parcours. Ainsi, il convient de s'appuyer sur les outils à disposition, tel que le PRS pour la réflexion territoriale. Nous notons que, pour la région étudiée, le PRS prévoit deux enjeux transversaux. L'enjeu transversal 2 nous exhorte à « améliorer les parcours de santé sur les territoires pour mieux répondre aux enjeux de vieillissement et des maladies chroniques, et aux nouvelles aspirations des citoyens ».

Pour ce faire, il est rappelé l'importance :

- D'accroître l'intervention coordonnée et concertée des professionnels de santé et sociaux
- De promouvoir l'utilisation commune d'outils d'échange et de partage de données sécurisées

#### ***3.2.1.1 Un travail de décloisonnement inter-établissements est un préalable nécessaire au dispositif de coordination des parcours***

Le nécessaire décloisonnement doit tenir compte des enjeux de chacun et des contraintes spécifiques à chaque offre de soins. Alors, **la formalisation des interactions inter**

---

<sup>73</sup> MANGEONJEAN F., 2018, coordonnateur général des soins - CPN - Centre Hospitalier de Ravenel, président de l'AFDS

**établissement, à travers des conventions opérantes sur la base d'une politique de soins identifiée et partagée**, est un axe essentiel à la collaboration.

De plus, la **structuration de filières spécifiques pour les patients**, par l'élaboration de chemins cliniques et de plans de soins types, doit garantir la mise en œuvre de parcours de soins pour un égal accès aux soins de qualité pour tous. Sur la base de mesures concrètes, telles que :

- Promouvoir la qualité et la pertinence des écrits professionnels, dont l'élaboration des chemins cliniques
- Identifier les parcours spécifiques facilitant l'accès aux soins des patients
- Identifier et coordonner des secteurs d'hospitalisation à mettre en lien
- Identifier les acteurs devant collaborer pour ce parcours de soins et les amener à interagir
- Déterminer et formaliser les modalités pratiques de mises en œuvre

### ***3.2.1.2 S'engager dans le débat public et co-construire la réalité de demain***

Il convient de prendre toute la mesure des **enjeux politiques** et de la place du directeur des soins dans le paysage hospitalier actuel. Car, il faut le rappeler, les directeurs des soins contribuent à la transformation des organisations, par leurs capacités à analyser, à saisir les opportunités et à travailler ensemble. Définis comme « entrepreneurs de réformes<sup>74</sup> », les directeurs des soins portent l'innovation et ainsi la **responsabilité de participer aux débats publics** et d'être force de proposition dans l'intérêt du patient et de la qualité des soins. Ce qui sous-entend l'expression d'une certaine forme de courage, d'engagement et d'optimisme. Ainsi, les directeurs des soins participent activement, et en équipe, à la mise en place de la politique de santé à l'échelle du territoire. Les actions proposées doivent s'inscrire, pour exemple, dans le cadre des **orientations stratégiques des PRS**.

Parmi les cinq orientations stratégiques du PRS précédemment évoqué, nous pouvons retenir trois orientations en lien avec notre travail de recherche. Il est à noter que ces orientations donnent un **cadre aux actions** du directeur des soins, à l'échelle territoriale :

- Promouvoir un accès équitable à la santé sur les territoires
- Renforcer la coordination des acteurs et améliorer les parcours de santé
- Soutenir et amplifier l'innovation au service de la qualité et de l'efficacité du système de santé

Il conviendra de porter et de favoriser les actions en lien, comme certaines innovations. Le **développement de la télémédecine**, avec les téléconsultations et les interprétations en est un exemple, déjà évoqué.

---

<sup>74</sup> BALI O. et al., 2016, « Management hospitalier et territoires : les nouveaux défis », p. 90

### 3.2.2 Un niveau stratégique incontournable

Par une capacité à la prise de recul et à l'analyse stratégique, le directeur des soins conduit la gestion de projet dans une vision systémique. Cette dernière garantit la recherche de cohérence par la lecture d'un système complexe, plutôt que par des séquences d'actions ou des comportements isolés.

#### ***3.2.2.1 La construction d'une collaboration avec l'encadrement médical et paramédical est la pierre angulaire de la coordination des parcours***

Ainsi, l'analyse systémique et les actions qui en découlent, **facilitent les liens professionnels et la communication interpersonnelle directe inter et intra établissements, pour une organisation éclairée des parcours de soins.**

De plus, une **meilleure articulation des organisations médicales et paramédicales**, la formalisation et la mise en œuvre des principes d'organisation et des règles de fonctionnement, dans le cadre d'un travail en commun entre équipes médicales et paramédicales sont des objectifs à formaliser.

Ainsi, il s'agira de **consolider la collaboration entre les médecins et l'ensemble des paramédicaux**, de **favoriser le décroisement** et l'adaptabilité des organisations, de **trouver de nouvelles marges de manœuvre et d'action**, au cœur de l'organisation des équipes. Il s'agira également **d'impliquer les professionnels des filières**, particulièrement sur la sécurisation des pratiques tout en améliorant la qualité de vie au travail. Un travail de **co-construction** est à mener en ce sens entre le directeur des soins, en sa qualité de **président de la CSIRMT** et le **président de la CME**.

Des mesures concrètes sont repérables à différents niveaux. Telles que :

- La mise en place de numéros de téléphones directs identifiés, comme les plateformes d'appels, les annuaires professionnels ou encore les guichets ou numéros uniques
- La mise en œuvre d'équipes de liaisons spécialisées et le déploiement des équipes mobiles pour le développement d'un réseau et d'un partenariat extrahospitalier
- La coordination, sous l'égide des PCME, de temps de travail commun entre médecins de différents établissements, pour le partage des problématiques et des projets en lien avec les parcours patients
- La mise en place de démarches visant la synchronisation des temps médicaux et paramédicaux, comme la convergence médico-soignante

### **3.2.2.2 Une implication précoce du directeur des soins à un niveau stratégique est nécessaire à la construction de parcours patients cohérents**

L'**engagement** est un acte par lequel on « s'engage à accomplir quelque chose, qui nous lie », selon le dictionnaire Larousse de la langue Française. Son pendant, **le courage** permet, quant à lui, d'entreprendre des choses, même difficiles. Ces qualités, moteurs de l'implication, font écho au positionnement stratégique du directeur des soins qui, portant la parole du patient, peut précocement **impulser la dynamique** nécessaire à l'élaboration de parcours de soins coordonnés. En **renforçant certains dispositifs** existants (le patient partenaire, pour exemple), en **participant au déploiement de projets innovants** (comme les PTA), en **proposant de nouvelles organisations**, en **maintenant son implication de manière continue** à un niveau stratégique, le directeur des soins devient un acteur-clé du système.

Par un **fort leadership** et un management de haut niveau, il implique les acteurs, dont les médecins, dans la conception et la mise en œuvre sur le terrain de prises en soins coordonnées. Sur la base du **partage de valeurs fortes**, le « leadership humain et responsable » tel que défini par Toniutti (2015) consiste à « mener » et « conduire une équipe en lui transmettant de l'enthousiasme, de l'optimisme et une vision claire de là où il faut aller »<sup>75</sup>.

### **3.2.3 Une nécessaire opérationnalité par le management**

La valence managériale de l'activité du directeur des soins s'inscrit sur plusieurs niveaux, auprès de l'encadrement paramédical, de proximité, de pôle ou supérieur et des agents. Il est à noter que la cible reste toujours celle de l'opérationnalité au bénéfice du patient, dans le respect des conditions de travail des agents et de la considération de la qualité de vie au travail de l'encadrement.

#### **3.2.3.1 Un engagement opérationnel du directeur des soins est garant de la mise en œuvre des mesures sur le terrain pour l'efficacité des parcours patients**

Ainsi, la priorisation de la montée en compétence des professionnels par la formation et les échanges de pratiques est à considérer. Il conviendra de **développer des parcours professionnels paramédicaux qualifiants, en complémentarité de compétences** et d'envisager des **partenariats de formation** entre offreurs de soins.

---

<sup>75</sup> TONIUTTI E., 2015, « Le leadership de l'amour », Editions IECG,  
Olivia RUFAT - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2018

Il peut être proposé :

- L'organisation de stages de comparaison inter-établissements pour les professionnels
- La structuration de plans de formation pour une montée en compétences, au moyen d'échanges de pratiques et d'ateliers de compétences thématiques en fonction des besoins et des types de parcours patients.

Il pourrait s'agir, par exemple, de :

- Prise en soins somatiques : évaluation clinique, procédure d'alerte, gestes techniques d'urgences,...
- Prise en soins psychiatriques : accueil, techniques relationnelles, gestion des situations d'agressivité,...
- Qualité des écrits professionnels : transmissions écrites, outils de liaison inter établissements...

Selon les mêmes modalités, il conviendra de **développer des parcours professionnels médicaux qualifiants en complémentarité de compétences.**

### ***3.2.3.2 Engager et animer une politique de management par la qualité à l'échelle du territoire est une garantie du maintien de la sécurité des soins***

Par un pilotage centré sur la qualité et la sécurité des soins, le directeur des soins participe à la construction d'un système sanitaire cohérent et performant. Il s'engage alors dans des actions de maintien et de renfort de **la démarche de gestion des risques. L'analyse conjointe des événements indésirables, en lien avec le parcours patient,** réalisée par plusieurs offreurs de soins est une avancée majeure sur le chemin de la qualité des soins. La **collaboration** avec les directeurs et les équipes en charge de la qualité, comme les ingénieurs qualités et les médecins coordonnateurs est indispensable. En ce sens, la participation à **l'élaboration de charte de fonctionnement pour l'analyse des événements indésirables associés aux soins** inter-établissements dans le cadre des GHT, est un nécessaire préalable.

Des mesures concrètes sont à mettre en place en regard, il s'agit de :

- Développer l'information, au moyen de points « communication – qualité », dans les services ou structures de soins
- Renforcer la démarche de déclaration des événements indésirables inter-établissements, dans le cadre de parcours de soins
- Etablir un rythme de rencontres (trimestriel, par exemple) en associant l'encadrement supérieur et des référents qualités des établissements pour une revue des événements indésirables et une analyse groupée inter-établissements

- Conduire des analyses de situations complexes ou indésirables en équipes pluri professionnelles, dont les médecins
- Coordonner des patients traceurs inter-établissements

### **3.2.3.3 La lisibilité, la clarté, la simplicité et la proximité sont les garants de l'opérationnalité des mesures portées par le directeur des soins**

Si le **parcours patient** n'a de sens que par la **formalisation des organisations**, c'est parce que ces dernières en garantissent le fonctionnement. De plus, l'opérationnalité prend appui sur l'existence de moyens permettant de construire, de faire vivre et rendre visibles les organisations sur la durée. Pour exemple, la mise en œuvre de cellule de coordination des parcours patients peut garantir le développement de trois axes :

- La gestion des lits
- L'appui à la sortie par repérage précoce des situations complexes
- Une veille, dans le cadre du dispositif hôpital en tension

Pour ce faire, la création d'outils, d'indicateurs de suivi qualitatifs et quantitatifs est indispensable, de même qu'un portage institutionnel, garant de la diffusion d'une culture de transparence d'information, de mutualisation et de rationalisation des moyens.

De plus, le directeur des soins ne pourra pas assurer de **portage opérationnel des projets** sans **une présence sur le terrain**. Définie comme le « Management By Walking Around » (MBWA), cette attitude permet d'une part de prendre la température du terrain et d'autre part d'interagir avec les acteurs en proximité immédiate, et ainsi d'assurer le suivi opérationnel des mesures. De plus, cette démarche favorise la **remontée des informations** et encourage la **valorisation en directe**, par observation, écoute et communication active. Cependant, ce management qui consiste à se promener de façon informelle au sein de l'institution peut générer des inquiétudes ou incompréhensions chez les professionnels, pouvant se sentir ainsi contrôlés par ce « manageur baladeur »<sup>76</sup>.

**La communication et le partage d'informations** auprès des professionnels garantissent une bonne connaissance des méthodes de travail et favorisent l'adhésion par une meilleure compréhension de tous de la mise en place des dispositifs.

Enfin, une véritable **volonté d'ouverture** viendra ancrer les mesures, en lien avec la structuration des parcours patients, dans un contexte d'action concret et performant, tourné vers la collaboration inter-établissements et pluri-professionnelles.

<sup>76</sup> PETERS T., AUSTIN N., 1985, « La passion de l'excellence », pp.35-60

## Conclusion

Depuis plusieurs années, le système sanitaire français se transforme. Animée par la volonté de décloisonner les organisations centrées sur des spécialités médicales et un « tout hôpital », la démarche de transformation en cours vise à promouvoir de nouvelles modalités organisationnelles territoriales. La finalité de ces nouvelles organisations est de « permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune, rationnelle et graduée du patient, afin d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité<sup>77</sup> ». Véritable défi à relever, c'est par une mobilisation de tous et des dynamiques créatrices que pourra s'engager l'innovation organisationnelle au service des parcours de soins.

Dans ce contexte, les objectifs finaux de l'approche « parcours » sont à rappeler : « faire en sorte qu'une population reçoive les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures au bon moment et contribue par la prévention au maintien ou à l'amélioration de son capital santé. Le tout au meilleur coût<sup>78</sup> ».

Bien que progressive, la mise en place des parcours en France a su démontrer son efficacité en matière de réponse aux usagers. Ces réussites concernent « les délais et la continuité des prises en charge, la qualité des soins, la coordination des acteurs, le transfert de compétences et l'utilisation des ressources humaines et financières<sup>79</sup> ».

Nous engager dans cette démarche, par une compréhension systémique pour une implication stratégique et une mise en œuvre opérationnelle, relève donc de nos prérogatives de directeur des soins. L'identification de leviers et de perspectives innovantes devrait nous permettre de nous engager à accompagner les équipes à dépasser les freins et à mettre efficacement en place la logique de parcours de soins, pour une prise en charge qualitative et singulière des patients. Porteur d'un leadership humain et responsable, le directeur des soins exerce sa capacité à partager les émotions, comme préalable au partage des valeurs humaines fortes. Par la mise en pratique de ces valeurs, l'éthique du « care » ou éthique de la sollicitude répond au besoin d'une stratégie claire, partagée et bienveillante dans l'intérêt supérieur du patient. Pour ce faire, le travail d'équipe et la structuration de collectifs prennent une place prépondérante pour le « faire ensemble », dans le respect et la reconnaissance de l'importance de chacun.

---

<sup>77</sup> BARREAU P., septembre 2018, « Innovation organisationnelle et parcours de soins », in Soins cadres n°107, p13

<sup>78</sup> AISSOU M., DANOS J.P., JOLIVET A., 2014, « Structurer les parcours de soins et de santé » p.44

<sup>79</sup> BORGNE N., BOIRON F., septembre 2018, « Parcours de soins, un défi sanitaire entre innovation et créativité », in Soins cadres n°107, p23

L'élaboration des parcours de soins nécessite innovation et performance des équipes de travail, ce qui nous amène à considérer avec intérêt la force de l'intelligence collective. Cette dernière, définie comme « l'intelligence des équipes de travail<sup>80</sup> », provient d'interactions complexes et inscrit les acteurs dans une dynamique de co-construction, de co-développement. L'intelligence collective crée alors un engagement fort, au service d'une réussite « d'un nous performant<sup>81</sup> ». De plus, elle répond à une communauté d'intérêt et propose un espace coopératif sur la base de différentes dimensions : la dimension cognitive, la dimension relationnelle et la dimension systémique. La compréhension du sens de l'action collective, le tissage des liens au sein des équipes et la mise en perspective des organisations avec l'environnement sont au premier plan. Dans le contexte de transformation du système de santé, la mise en œuvre de ces dimensions, par un pilotage tant stratégique qu'opérationnel du directeur des soins, paraît être un gage de réussite pour nos organisations sanitaires et médico-sociales, par le renforcement de la confiance, de l'authenticité et de la coopération, génératrices d'énergies créatrices.

---

<sup>80</sup> MARSAN C., et al., 2014, « L'intelligence collective »

<sup>81</sup> Ibidem

---

# Bibliographie

---

## **Textes législatifs et réglementaires**

Disponibles sur internet : [www.legisfrance.gouv.fr](http://www.legisfrance.gouv.fr)

### **LOI**

MINISTERE DE LA SANTE. Loi n°2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

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

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

### **DECRET**

MINISTERE DE LA SANTE. Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. Décret n° 2016-1445 du 26 octobre 2016 relatif aux communautés psychiatriques de territoire

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale

### **Rapport et guide méthodologique**

ANAP, décembre 2016, Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale. Méthodes et outils pour les territoires

ARS Haut de France, Direction de l'Offre de Soins. Sous-Direction Ambulatoire. Service Accès aux soins sur les territoires et parcours coordonnés, Avril 2018, Cahier des charges Plateformes Territoriales d'Appui à la coordination des parcours de santé complexes

Les ARS, sous la coordination du Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMCAS), Janvier 2016, Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie. Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers. Lexique des parcours de A à Z

CNSA, Avril 2016, Guide méthodologique pour construire un diagnostic territorial partagé à l'attention des ARS

HAS, 13 janvier 2015, Le patient traceur en établissement de santé. Méthode d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Guide méthodologique

HAS, 27 mai 2015, Outils d'amélioration des pratiques professionnelles. Méthodologie

LAFORCADE M., Octobre 2016, Rapport relatif à la santé mentale

### **Ouvrages**

AISSOU M, DANOS JP, JOLIVET A., 2016, *Structurer les parcours de soins et de santé. Politiques, méthodes et outils pour la mise en œuvre de la loi santé*, Bordeaux, LEH Edition, 240 p.

BACQUE MH, BIEWENER C, 2013, *L'empowerment, une pratique émancipatrice ?*, Paris, Ed. LA découverte, coll Poche, 175 p.

BARLY O, CAZIN L, DESPATIN J, KLETZ F, PERIAC E., 2016, *Management hospitalier et territoires : les nouveaux défis*, Paris, Edition Presses des Mines, 240 p.

BLOC MA., HÉNAULT L., 2014, *Coordination et parcours La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Paris, Dunod, 315 p.

GAVARD PERRET ML., GOTTELAND D., HAON C., 2012, *Méthodologie de la recherche. Réussir son mémoire ou sa thèse en sciences de gestion*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris, Pearson France, 400 p.

MARSAN C., SIMON M., LAVENS J., CHAPPELLE G., et al, 2014, « L'intelligence collective », Paris, Yves Michel, 184 p.

MORIN E., 2014, *Introduction à la pensée complexe*, Paris, édition Points essais, 160 p.

PETERS T., AUSTIN N., 1985, *La passion de l'excellence*, Paris, InterEditions, 442 p.

TONIUTTI E., 2015, « Le leadership de l'amour », Paris, Editions IECG, 205 p.

### **Revue – Articles**

BARREAU P., septembre 2018, « Innovation organisationnelle et parcours de soins », *in Soins cadres* n°107

BOUQUET B., DUBECHOT P., JAEGER M.,..., Juin 2017. «Du projet au parcours» *in Vie Sociale* n° 18

BORGNE N., BOIRON F., septembre 2018, « Parcours de soins, un défi sanitaire entre innovation et créativité », *in Soins cadres* n°107

CHESNEY E., GOODWIN GM., Fazel, S., Juin 2014, "Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review". In *World Psychiatry*, Volume 13, pp.153-160

GICQUEL L., MALLET D., MARCELLI D., Janvier 2018, Dossier Santé mentale « Les révolutions de la pédopsychiatrie» *in Gestions Hospitalières* n°572

GUERI C., GARNIER Q., Décembre 2016, « Déploiement des parcours de santé hospitaliers. Retour d'expérience du GHU Paris Ouest » in *Gestions hospitalières* n°561

JEAN A., Janvier 2018, Dossier Santé Mentale « Les enjeux de demain » in *Gestions Hospitalières* n°572

LE ROY F., 2007, « Les stratégies de coopération » in *Revue française de gestion* n°176 in Cairn

LE ROY F., ROBERT M., GIULIANI P., 2013, « L'innovation managériale » in *Revue française de gestion* n°235

MANGEONJEAN F., Septembre 2016, « La psychiatrie est-elle soluble dans les GHT ? » in *Soins cadre* n°99

MARIN P., Mai 2014, « Le territoire de santé : un nouveau cadre en santé pour un exercice coordonné et intégré » in *Les cahiers de la fonction publique* n° 343

MICHAUD S. Septembre 2016, « GHT, l'utilisateur au cœur du projet de santé partagé » in *Soins cadres* n°99

MICHAUD S., Septembre 2017, « Du directeur des soins au directeur de santé » in *Soins cadre* n°103

MISPELBLOM BEYER F. Septembre 2016, « Les défis de la coopération » in *Soins cadres* n° 99

PERRIER D., Septembre 2016, « Les GHT en pratique » in *Soins cadres* n° 99

ROBIN P., Janvier 2016, « Le parcours de vie, un concept polysémique ? » in *Les cahiers dynamiques* n°67

ROCHER M., ETTWILLER V., VAXELAIRE C., JACQUEMIN M-L., FLAMBEAU C., Septembre 2016, « Direction des soins, stratégie managériale et mise en œuvre des pôles » in *Soins cadres* n°99

## **Sites internet**

[https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2006552/fr/certification-v2014-parcours-du-patient-en-v2014](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2006552/fr/certification-v2014-parcours-du-patient-en-v2014)

<http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>

Soins somatiques et psychiatrie du Psycom . Association nationale pour la promotion des soins somatiques en psychiatrie [www.anp3sm.com](http://www.anp3sm.com)

---

## Liste des annexes

---

- Annexe 1 : Les plateformes Territoriales d'Appui : illustration d'un dispositif de coordination
- Annexe 2 : Eléments de cadrage : préparation enquête temps 1
- Annexe 3 : Grille d'entretien temps 1
- Annexe 4 : Liste des professionnels interrogés temps 1
- Annexe 5 : Synthèse réunion EPSM-CHU – Parcours patient
- Annexe 6 : Grille d'entretien temps 2
- Annexe 7 : Liste des professionnels interrogés temps 2
- Annexe 8 : Synthèse hypothèse 1
- Annexe 9 : Synthèse hypothèse 2
- Annexe 10 : Synthèse hypothèse 3

## Annexe 1

### Les plateformes Territoriales d'Appui : illustration d'un dispositif de coordination

Illustration d'un système de santé ou « health systems<sup>82</sup> » allant au-delà du territoire du GHT, une des premières Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) en France a été mise en place en 2015, en tant que projet retenu dans le cadre du programme national « Territoire de Soins Numérique » en tant que dispositif expérimental mis en place dans le cadre du projet XL ENS. Ce programme a pour objectif de moderniser le système de soins en expérimentant, dans des territoires pilotes, les services et les technologies les plus novateurs en matière d'e-santé.

Véritable organisation de proximité innovante, ce dispositif propose de nouveaux services d'appui aux professionnels des secteurs sanitaires, médico-social et social pour faciliter la coordination des prises en charge des patients, sous la responsabilité de leur médecin traitant, « pivot de la prise en charge ». La réponse aux besoins des personnes atteintes de maladies chroniques (cancers, affections respiratoires chroniques, diabète, maladies cardiovasculaires...) en fluidifiant leur parcours de santé et en favorisant leur vie à domicile dans des conditions optimales de qualité et de sécurité est l'objectif de ce dispositif gratuit et personnalisé, accessible via un numéro d'appel unique.

Une équipe pluridisciplinaire (médecins, infirmières, assistantes sociales, conseillères en économie sociale et familiale) informe et oriente les professionnels et les patients, assure un suivi et une coordination des prises en charge.

Pour répondre à cette nouvelle organisation de proximité et pour fluidifier le partage sécurisé des données entre les professionnels, de nouveaux outils « e-santé » ont été développés. L'appui aux professionnels est mis en place avec le concours d'outils numériques qui permettent ainsi aux professionnels d'accéder à l'ensemble des informations utiles à la coordination et la prise en charge de leurs patients et aux services proposés. Ils favorisent également le gain de temps par un recentrage sur leur pratique. Ils favorisent l'organisation et la traçabilité des rendez-vous des patients avec les spécialistes, l'organisation des hospitalisations programmées avec les établissements de santé, mais également la transmission des informations lors d'une hospitalisation d'urgence ou programmée. Outil de communication et de partage, ce navigateur professionnel, développé à partir d'une plateforme de communication, est un outil adaptable et utilisable par tous. Il met à disposition, en fonction des besoins des utilisateurs, un journal de transmission multi média sécurisé, (texte, enregistrement vocal, photos), des fiches métiers, des agendas partagés, un gestionnaire de tâches, un tableau de bord de prise en charge...De plus, l'aide pour la coordination des interventions et la

<sup>82</sup> BALI O. et al., 2016, « Management hospitalier et territoires : les nouveaux défis », p 25

mise en place d'un plan personnalisé de santé confère une plus-value notable dans l'amélioration du parcours de santé des patients fragiles grâce à des actions coordonnées. La prise en compte des aspects médicaux, psychologiques et sociaux, spécifiques pour chaque patient, en lien avec le principe de segmentation défini plus haut est au premier plan. De plus, le partage sécurisé d'informations actualisées, utiles à la coordination des parcours patients, vient en appui pour la mise en œuvre opérationnelle du dispositif.

Les patients peuvent, quant à eux, bénéficier directement d'une orientation et d'un accompagnement facilité dans leur parcours de santé (comme pour la prise de rendez-vous de spécialistes), d'une coordination des dispositifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux afin de favoriser leur maintien à domicile en toute sécurité, par exemple.

De plus, le dispositif s'enrichit d'un « Compagnon Santé », destiné aux patients et aux aidants pour faciliter l'accès à des informations générales (prévention...) et les accompagner pour mieux vivre avec leur maladie (suivi des données de son parcours de santé, programmation des rendez-vous médicaux...). Cet outil numérique a vocation à offrir de l'information générale pour connaître et utiliser les services de la PTA et « permettre aux patients d'avoir une meilleure visibilité sur les actions menées dans le cadre de leur parcours de santé ».

## Annexe 2

### Eléments de cadrage : préparation enquête temps 1

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la surmortalité des personnes ayant des troubles psychiques s'aggrave de manière continue à travers le monde, et ce, malgré l'augmentation de l'espérance de vie de la population générale<sup>83</sup>. Ce décalage se traduit par un taux de mortalité trois à cinq fois supérieur (population avec troubles psychiques versus population générale), écourtant ainsi l'espérance de vie des personnes vivant avec des troubles psychiques de dix à vingt ans. En 2015, 8 millions de morts prématurées liées aux troubles psychiatriques ont été recensés par l'OMS<sup>84</sup> ; la première cause de mortalité étant une cause somatique, (loin devant les suicides, les accidents et les homicides). Dans ce contexte, la question des parcours de soins et de leur coordination semble une évidente question de santé publique. En effet, la demande en soins est exponentielle du fait du développement des comorbidités et du vieillissement de la population.

Les difficultés d'accès aux soins somatiques des personnes vivant avec des troubles psychiques, s'expliquent par de nombreux facteurs<sup>85</sup>. Il convient de considérer la spécificité en lien avec les troubles psychiques d'une part, l'impact social de la maladie mentale et la vision des soignants eux-mêmes d'autre part. La question de l'organisation du système de santé est également à mesurer dans ce qu'elle impacte la coordination des parcours.

Pour cette étude, nous nous intéresserons aux facteurs en lien avec la coordination entre soins somatiques et psychiatriques. L'aspect de la coordination entre les soins médicaux (hospitaliers ou en ville) et les soins psychiatriques et de la communication entre médecins sera également abordé à la lumière de la réalité des organisations spécifiques des soins médicaux dans les services de psychiatrie. La question des ruptures dans la continuité des soins et les parcours de vie sera appréhendée et mise en lien avec la réalité d'un défaut de coordination et de communication entre « médecine de ville, service de psychiatrie, dispositif médico-social et secteur hospitalier »<sup>86</sup>.

---

<sup>83</sup> Chesney, E., Goodwin, G. M. and Fazel, S. (2014), Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry*

<sup>84</sup> Soins somatiques et psychiatrie du Psycm. Association nationale pour la promotion des soins somatiques en psychiatrie [www.anp3sm.com](http://www.anp3sm.com)

<sup>85</sup> Ibidem

<sup>86</sup> Ibidem

Fort de ces constats et afin de construire un guide d'entretien adapté, nous avons poursuivi nos recherches pour appréhender la structure légale définissant les soins somatiques en lien avec la psychiatrie. La loi du 4 mars 2002<sup>87</sup> précise que « l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé » est « un droit fondamental à la protection de la santé ». Elle a marqué un tournant dans la prise en considération des droits du patient et notamment du patient atteint de troubles psychiques. C'est en 2011 qu'une loi réforme profondément les soins en santé mentale et encadre les soins sous contrainte. Il ressort ainsi de la loi du 5 juillet 2011<sup>88</sup> qu'une nécessaire collaboration entre établissements de santé doit s'organiser pour la continuité des soins tant somatiques que psychiatriques, ceci pouvant donner lieu à l'élaboration d'un protocole écrit entre établissements.

Plus récemment, la loi du 26 janvier 2016<sup>89</sup> mettra l'accent sur l'accès aux soins, la continuité, l'égalité du patient devant le système de santé. L'article 69 encadre l'isolement et la contention. Il définit le cadre des soins sous contraintes et place le Conseil Local de Santé Mentale comme pivot de la politique de santé mentale et introduit également le Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM).

Trois missions principales et six priorités sont fixées par décret dans le cadre du PTSM. Les missions principales visent à favoriser « *la prise en charge sanitaire et l'accompagnement social ou médico-social de la personne dans son milieu de vie ordinaire* » ; mais également à permettre « *la structuration et la coordination de l'offre de prise en charge sanitaire et d'accompagnement social et médico-social* » ; tout en déterminant et déclinant « *la coordination de second niveau* » (soit l'accès des personnes atteintes de troubles psychiques à des modalités et techniques de prise en charge diversifiées).

Les six priorités retenues dans le cadre du PTSM sont orientées vers l'organisation à divers niveaux. En lien avec notre problématique, nous retenons les éléments suivants : l'organisation de l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux ou médicosociaux ; l'organisation d'un parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture ; l'organisation des conditions de l'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins ; l'organisation des conditions de la prévention et de la prise en charge des situations de crise et d'urgence.

---

<sup>87</sup> Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

<sup>88</sup> Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

<sup>89</sup> Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Par la suite, deux décrets du 20 juillet 2016 viendront renforcer la nécessité d'assurer une continuité des soins entre les différents professionnels (santé, social, médico-social) qui interviennent auprès d'un patient. Ils précisent la mise en place d'une lettre de liaison versée au dossier médical et remise au médecin traitant par le médecin de l'hôpital<sup>90</sup>, ainsi que les catégories de professionnels du champ social et médico-social habilités à échanger et partager avec les professionnels de santé ainsi que les modalités de cet échange et de ce partage<sup>91</sup>.

---

<sup>90</sup> Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison

<sup>91</sup> Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel

## Annexe 3

### Grille d'entretien - Temps 1

**Présentation du contexte :** Travail dans le cadre de mon stage et du mémoire de l'EHESP, remerciement pour la collaboration, entretien anonyme. Echange de quelques dizaines de minutes.

**Thème de réflexion:** la coordination du parcours patient à l'échelle d'un territoire : le cas de la prise en charge somatique du patient atteint de troubles psychiques. Analyse du parcours patient : les liens de fonctionnement entre un ESMP et un CHU

#### Préambule :

Nom – Prénom – Fonction.

Vous êtes une femme / un homme, tranche d'âge. Taille de l'hôpital. Description du GHT

1. **Le thème du parcours de soins en psychiatrie et notamment la prise en charge somatique du patient atteint de troubles psychiques** est-il un sujet de votre actualité professionnelle ?  
Si oui, en quoi ?
2. Comment qualifieriez-vous, à ce jour, **cette coordination de parcours** et le **lien spécifique entre établissements concernés** ?
3. Quel est votre **vécu en matière de coordination de parcours de soins** ? Vos équipes ? Vos collaborateurs ?
4. Quel **lien faites-vous avec les transformations actuelles du système de santé** ? Et notamment la structuration en **GHT** ?
5. Rencontrez-vous des **difficultés dans la coordination des parcours de soins** ?
  - dans les interactions entre établissements ? les différents partenaires ?
  - avec les équipes d'encadrement ?
  - avec les équipes médicales ?
  - au niveau politique ?
  - au niveau opérationnel ?

Si oui lesquelles ?

6. Quelles sont, selon vous, les **principales origines de ces difficultés** ?
7. Quels sont les pistes pour une **coordination des parcours satisfaisante et efficiente** ?
8. Selon vous, quelle est **la place du DS dans la coordination des parcours de soins** à l'échelle d'un territoire ?
9. Souhaiteriez-vous rajouter quelque chose que nous n'aurions pas évoqué ?

Je vous remercie du temps que vous m'avez consacré

#### Annexe 4 : Liste des professionnels interrogés - Entretiens temps 1

Nous avons recueilli les propos de vingt-trois professionnels de deux établissements du GHT :

<b>CHU établissement support du GHT</b>	<b>EPSM partie du GHT</b>
Un directeur des soins	Un coordonnateur général des soins
Un directeur adjoint référent de filière urgence	Un directeur adjoint
Un directeur adjoint référent de filière psychiatrie et précarité	Un cadre de santé en charge du PTSM
Un cadre supérieur de santé responsable de pôle urgences	Un cadre de santé co-pilote de l'axe « coordination des parcours » du GHT
Un cadre supérieur de santé responsable de pôle santé mentale	Un cadre supérieur de santé
Un médecin chef de service	Quatre médecins chefs de pôle (entretiens individuels)
Un ingénieur qualité	Un ingénieur qualité
Un médecin référent qualité	Un médecin coordonnateur qualité
	Un médecin président de CME
	Trois médecins somaticiens (entretien collectif)

## Annexe 5

### Synthèse réunion EPSM-CHU – Parcours patient

Durant cette réunion, les échanges ont été francs, constructifs et respectueux. Il a été possible à chacun de verbaliser les difficultés inhérentes à la prise en charge des patients, de son point de vue, de souligner les réussites et de proposer des pistes d'amélioration. De plus, certains constats ont pu être posés et partagés entre participants.

Tout d'abord, le groupe a reconnu que les équipes sont face à des réalités très spécifiques avec, pour exemple, un EPSM sans plateau technique, avec peu de matériel et de nouvelles contraintes légales en matière de prise en charge somatique (l'examen somatique des 24h...) pour une équipe de 2 ETP de médecin généraliste pour 500 patients répartis dans 24 unités. Mais également des urgences du CHU qui sont saturées avec quelques 60 000 passages/an. Cependant, il a été convenu par l'encadrement paramédical présent que les « dysfonctionnements des uns ne doivent pas impacter le fonctionnement et l'organisation des autres » dans le cadre de la construction de parcours inter établissements.

La mise en lumière de situations de « ping-pong » pour le transfert de patients entre les deux établissements avec de réelles difficultés dans la coordination du parcours a été mise en lien avec la réalité professionnelle des équipes. Ces dernières se trouvent d'ailleurs en difficulté, du fait des représentations et d'un manque de compétence (comme évoqué plus haut), mais aussi de la structure des unités de soins non adaptée à certaines spécificités (services fermés/services ouverts). La question de la formation du personnel tant médical que paramédical a été évoquée à plusieurs reprises et particulièrement mise en exergue par l'équipe de médecine somatique de l'EPSM. Ainsi, la qualité du « raisonnement médical » nous a été présentée comme facteur de réussite du parcours patient, comme l'importance d'une collaboration professionnelle efficace inter établissements.

Enfin, l'aspect éthique, évoqué par le corps soignant, a été mis en lien avec les notions de refus de soin ou de non accès aux soins. Il s'agit là d'un point d'insatisfaction de l'encadrement des deux établissements. En effet, il y a une dissonance avec le projet médico-soignant du projet d'établissement du CHU qui met également en lumière la nécessité de structurer et coordonner les parcours de soins pour une prise en soins efficiente.

Grille d'entretien – Temps 2
------------------------------

**Présentation du contexte** : travail dans le cadre du mémoire de l'EHESP, remerciement pour la collaboration, entretien anonyme. Echange de quelques dizaines de minutes.

**Thème du mémoire** : Le DS comme acteur de la coordination du parcours patient à l'échelle d'un territoire. Réalités des enjeux stratégiques et des mesures opérationnelles.

**Préambule :**

Nom – Prénom – Fonction.

Vous êtes une femme / un homme, tranche d'âge. Taille de l'hôpital. Description du GHT

1. **Parcours de soins**: que vous inspire le sujet ?
2. Quel est votre **vécu en matière de coordination de parcours de soins** ?
3. Quel **lien avec les transformations actuelles du système de santé** ? tels que les GHT ?
4. Rencontrez-vous des **difficultés dans la coordination des parcours de soins** ?
  - dans les interactions entre établissements ? les différents partenaires ?
  - avec les équipes d'encadrement ?
  - avec les équipes médicales ?
  - au niveau politique ?
  - au niveau opérationnel ?

Si oui lesquelles ?

5. Quelles sont, selon vous, les principales origines de ces difficultés ?
6. Quels sont les pistes pour une coordination des parcours satisfaisante et efficiente ?
  - Une **participation précoce à l'élaboration du diagnostic territorial** qui engagerait les acteurs à un niveau stratégique pour la construction des parcours de soins ? OUI/NON
    - Pourquoi ?

- La mise en lumière d'**enjeux spécifiques en matière de coordination, entre les différents établissements** participants à la structuration du parcours de soins ? OUI/NON
    - Pourquoi ?
  
  - Une participation du DS dans la phase de **déclinaison opérationnelle intra et inter établissements des parcours de soins** ? Dans le cadre de la mise en œuvre des projets territoriaux ? OUI/NON
    - Pourquoi ?
7. Selon vous, quelle est **la place du DS dans la coordination des parcours de soins** à l'échelle d'un territoire ? Quelles **évolutions** en cours ou à venir ?
8. Souhaiteriez-vous rajouter quelque chose que nous n'aurions pas évoqué ?

Je vous remercie du temps que vous m'avez consacré

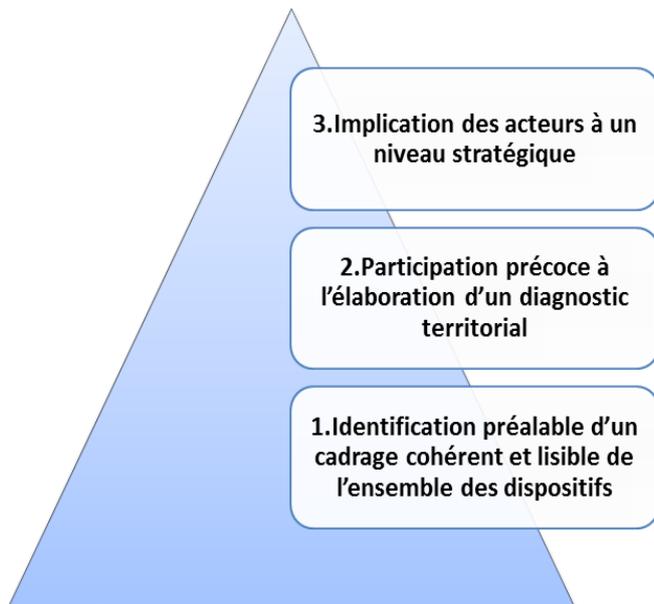
## **Annexe 7 : Liste des professionnels interrogés - Entretiens temps 2**

Nous avons recueilli les propos de cinq professionnels du GHT :

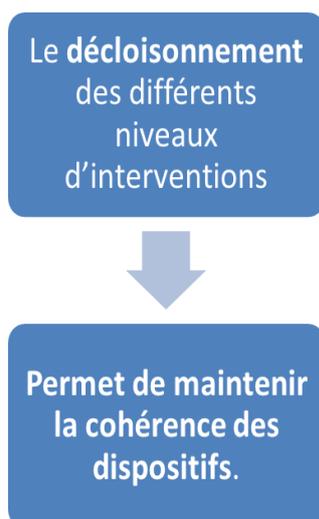
- un coordonnateur général des soins de CH, président de la CSIRMT de territoire
- un coordonnateur général des soins du CHU, établissement support du GHT
- un directeur adjoint du CHU, secrétaire général en charge du GHT
- un cadre de santé chargé de missions « parcours du patient » du CHU
- un directeur projet Territoire de Soins Numérique ARS, en charge de la mise en place d'une PTA

**Hypothèses opérationnelles de travail 1**

**Pour la construction des parcours patients**



**A l'échelle du territoire**



**Hypothèse opérationnelle de travail 2**

**Pour la structuration des parcours**

La prise en  
considération

- des spécificités de chaque établissement,
- des construits relationnels,
- des aspirations de chaque acteur

Permet la  
construction

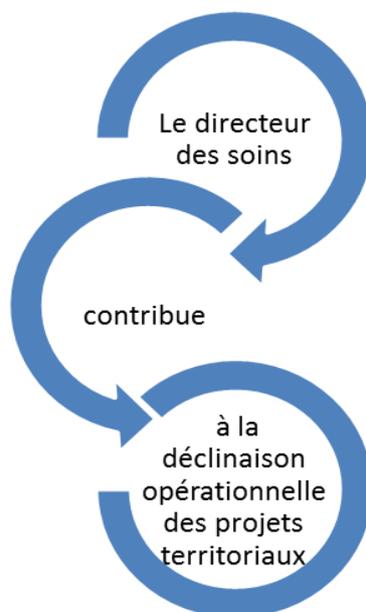
- de liens de fonctionnements entre établissements.

Ce qui garantit

- la coordination entre établissements.

**Hypothèse opérationnelle de travail 3**

**Pour la coordination des parcours patients par une démarche d'intégration**





RUFAT

OLIVIA

DECEMBRE 2018

## DIRECTEUR DES SOINS

Promotion Marie Curie - 2018

### **Le directeur des soins au cœur de la coordination du parcours patient à l'échelle d'un territoire, entre enjeux stratégiques et opérationnalités**

#### **Résumé :**

La perspective de transformation de notre système de santé trouve un écho singulier dans l'organisation des collectifs de travail, à l'échelle des territoires. Les politiques de santé, axées sur la continuité des parcours pour une offre transversale, affirment la nécessité d'une mise en synergie des actions pour une coordination efficace des parcours de soins.

Si la volonté de coordonner les parcours à l'échelle du territoire est partagée par l'ensemble des acteurs du dispositif, la mise en opérationnalité reste néanmoins complexe. En effet, à travers la question de la place du directeur des soins dans cette coordination, certains aspects spécifiques émergent. Ainsi, la question de la spécificité des enjeux, l'importance de l'implication stratégique et l'incontournable déclinaison opérationnelle constituent les axes de ce travail à travers trois hypothèses.

L'enquête de terrain, menée au sein de deux établissements d'un GHT, pointe un écart entre la structuration formelle dans la coordination des parcours, retrouvée dans l'analyse documentaire et la réalité du vécu des acteurs. Cet écart soulève la question de l'opérationnalité des mesures. Comment ancrer les volontés politiques dans la réalité des professionnels de terrain, dans l'intérêt des patients ? Comment garantir la lisibilité des orientations stratégiques pour une mise en œuvre pratique ? Quelle est la place du directeur des soins dans ce mécanisme déclinant les enjeux stratégiques en mesures opérationnelles ? Ces interrogations rythment la réflexion de ce travail centré sur la coordination des parcours patients pour des soins de qualité et sans rupture.

Par l'analyse menée, il ressort que le directeur des soins, par sa capacité à innover, partage la responsabilité tant stratégique qu'opérationnelle de la collaboration inter-établissements et pluri-professionnelles au bénéfice du patient, pour la qualité et la sécurité des soins.

#### **Mots clés :**

Directeur des soins - Territoire – Coordination - Parcours patient – Stratégie – Opérationnalité – Qualité des soins

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