
Directeur des Soins

Promotion : **2014**

Date du Jury : **Décembre 2014**

**Le parcours de soins du patient :
visible et partagé,**

**Le challenge
du directeur des soins pour l'avenir**

Claude Lemaire

Remerciements

Ces remerciements s'adressent aux patients, qui au fil de notre expérience professionnelle, contribuent à nous faire améliorer nos pratiques.

Leur participation à ces entretiens, a permis d'envisager une approche personnalisée de leur parcours de soins et nous les en remercions sincèrement.

Ils s'adressent également aux professionnels et aux tuteurs de stages qui ont accepté de répondre aux entretiens et qui nous ont accompagnés et soutenus dans cette étude.

Nos remerciements, également à Jean René LEDOYEN pour son accompagnement bienveillant.

Merci, à mes filles et à ma famille, pour leur soutien et leurs encouragements.

Sommaire

Introduction	1
1 Le cadre conceptuel du parcours de soins du patient	5
1.1 Le parcours de soins du patient	5
1.1.1 Le parcours de soins : le cadre réglementaire et son contexte	5
1.1.2 Les définitions du parcours de soins	6
1.1.3 Les termes associés au parcours de soins du patient	7
1.2 Les freins à la continuité du parcours de soins.....	9
1.2.1 Les freins des structures et des professionnels.....	10
1.2.2 Les freins liés aux patients	11
1.3 Les leviers au service du parcours de soins.....	12
1.3.1 Les leviers identifiés par l'ARS	12
1.3.2 La démarche qualité.....	15
1.3.3 La gestion des lits : une aide pour fluidifier le parcours de soins	16
1.3.4 Les outils contribuant à une lisibilité du parcours de soins	17
1.4 Les acteurs concernés par le parcours de soins.....	20
1.4.1 Les structures d'accompagnement du parcours de soins	20
1.4.2 Des modalités et des acteurs afin d'organiser le parcours de soins.....	21
2 L'enquête sur le parcours de soins	23
2.1 La méthode.....	23
2.1.1 L'organisation de l'enquête.....	23
2.1.2 Les limites de l'enquête.....	23
2.1.3 Les points forts de la méthode	23
2.2 La présentation de l'enquête.....	24
2.2.1 Une pré enquête au sein d'un centre hospitalier.....	24
2.2.2 Une enquête au sein d'un centre hospitalier universitaire.....	24
2.2.3 Les enquêtés	25

2.3	L'analyse des résultats	26
2.3.1	Les difficultés rencontrées par les acteurs autour du parcours de soins.	26
2.3.2	Des solutions proposées pour améliorer le parcours de soins	32
2.3.3	L'analyse du parcours de soins par les DS	36
2.3.4	L'analyse des résultats	39
3	Les préconisations du DS pour améliorer le parcours de soins du patient	41
3.1	Le parcours de soins du patient et le DS.....	41
3.1.1	Les missions du DS au service du parcours de soins	41
3.1.2	Un préalable pour le DS : faire le diagnostic	41
3.1.3	Un maillage des acteurs pour le parcours de soins du patient : un objectif pour le DS.....	42
3.2	Le management du DS : engager les acteurs sur le parcours de soins du patient	45
3.2.1	Les leviers en faveur du management du parcours de soins	45
3.2.2	Des outils de suivi des parcours de soins des patients	47
3.3	Le développement de compétences nouvelles une avancée pour le parcours de soins du patient.....	48
3.3.1	Des compétences en organisation et en négociation	48
3.3.2	Des compétences reconnues, partagées et protocolisées	48
3.3.3	Des compétences partagées entre la ville et hôpital	48
3.4	Des perspectives à développer pour le parcours de soins	49
3.4.1	Communiquer et partager entre professionnels	49
3.4.2	Visualiser les acteurs du parcours de soins	49
3.4.3	Les valeurs tout au long du parcours	50
3.4.4	Les perspectives à envisager pour le parcours de soins	50
	Conclusion	53
	Bibliographie.....	55
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance
ARS	Agence Régionale de Santé
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CISS	Collectif Inter associatif Sur la Santé
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CME	Commission Médicale D'Établissement
CNP	Collège National Professionnel de Gériatrie
CNS	Conférence Nationale de Santé
CRUQPC	Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge
CSIRMT	Commission des Soins Infirmiers et de Rééducation Médico-Techniques
CS	Cadre de Santé
CSS	Cadre Supérieur de Santé
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques.
DS	Directeur des Soins
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ESPIC	Etablissement de Santé Privé d'intérêt Collectif
FFMPS	Fédération Française Maisons et Pôles de Santé
GPMC	Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences
HAS	Haute Autorité de Santé
HCAAM	Haut Conseil pour L'Avenir de l'Assurance Maladie
HPST	Hôpital, Patients, Santé, Territoires
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IGEQSI	Instrument Global d'Évaluation de la Qualité des Soins Infirmiers
IP-DMS	Indice de Performance- Durée Moyenne de Séjour
MAIA	Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades d'Alzheimer
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique

PAERPA	Personnes Agées En Risque de Perte D'Autonomie
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PPS	Plan Personnalisé de Santé
PRADO	Projet d'Aide au Retour à Domicile
PRS	Programme Régional de Santé
SFGG	Société Française de Gériatrie et de Gériologie
SNS	Stratégie Nationale de Santé
SROS	Schémas Régionaux d'Organisation des Soins
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
USLD	Unité de Soins de Longue Durée

:

:

Introduction

Depuis de nombreuses années, la prise en charge du patient s'appuie sur une succession d'actes de soins morcelés, isolés, réalisés par divers professionnels, sans visibilité. Cette situation qui perdure, a mené à revoir les modalités de prise en charge avec plus de transversalité afin d'améliorer la qualité des soins et de réduire les dépenses de santé. Assurer la coordination, la traçabilité et la continuité des soins contribue à structurer le parcours de soins des patients avec efficacité.

Cependant le terme de parcours, qui apparaît par la loi relative à la réforme de l'assurance maladie¹ du 13 août 2004, inscrit le patient dans un parcours de soins coordonnés. Cette réforme comprend à la fois des mesures de rétablissement financier, mais vise aussi des modifications « *de l'organisation du système de soins et le comportement des acteurs dans le sens d'une prise en charge de meilleure qualité et plus économe des deniers publics [...]. mieux responsabiliser l'ensemble des acteurs : Etat, gestionnaires de l'assurance maladie, professionnels de santé et patients.* »². Le patient choisit son médecin traitant et ce dernier coordonne ses soins et l'oriente si besoin vers d'autres professionnels de santé. L'objectif est de rationaliser les prises en charge et responsabiliser aussi le patient par une contribution financière forfaitaire d'un euro sur les actes médicaux et les actes de biologie.³ Le non respect de ce parcours de soins coordonnés par le patient, l'expose à des majorations financières non remboursées.

Le Collectif Inter associatif Sur la Santé (CISS)⁴, aurait souhaité que le parcours de soins coordonnés apporte : « [...] *des perspectives nouvelles en termes d'organisation des soins de premier recours et de pratiques dans le domaine de la prévention, l'éducation thérapeutique, la coordination des soins et la réduction des inégalités de santé.* »⁵

En juillet 2009, la loi « Hôpital, patients, santé et territoire » a orienté les changements vers plus de coopération entre les établissements de santé et les professionnels de santé de Ville. Afin de faciliter le parcours de soins des patients : à la fois dans les zones dépourvues de médecins, mais aussi afin d'optimiser et rationaliser les dépenses de santé sur un même territoire. La loi HPST a défini quatorze missions de service public,

¹ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, nommée aussi loi Douste-Blazy, publiée au journal officiel d 17 août 2004

² Présentation de la réforme de l'Assurance maladie de 2004, 2.5.2011 mis à jour le 6.9.2013, visité en août 2014, disponible sur <http://www.securite-sociale.fr/>

³ Portail du service public de la sécurité sociale, Dossier La réforme de l'assurance maladie, p 2-5, disponible sur <http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/refam062005.pdf>

⁴ Le CISS regroupe 40 associations intervenant dans le champ de la santé : personnes malades, handicapées, de personnes âgées, retraités, de consommateurs et de familles, créé en 1996. Disponible sur <http://www.leciss.org/qui-sommes-nous>.

⁵ Collectif Inter associatif Sur la Santé (CISS) : CISS PRATIQUE, 2013, *Assurance maladie : le parcours de soins*, Fiche thématique du CISS n° 13, p 4, Disponible sur le site internet : http://www.leciss.org/sites/default/files/13_Parcours%20de%20soins-fiche-CISS.pdf

dont la première concerne la permanence des soins.⁶ La loi HPST confie aux Agences Régionales de Santé (ARS)⁷ l'optimisation de l'efficacité de l'organisation des soins sur chaque territoire en réponse aux besoins de la population. A travers les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) et avec la mise en place du projet régional de santé (PRS), le SROS-PRS doit veiller à l'amélioration de l'efficacité du système régional de santé. Il doit « *poursuivre les restructurations de l'offre de soins dans un objectif de qualité et de sécurité des soins, structurer l'offre autour des alternatives à l'hospitalisation complète sans oublier de prendre en compte le contexte macro-économique* »⁸. Ces orientations sont déclinées au sein des établissements de santé tout en veillant à assurer la qualité de la prise en charge du patient et de son entourage, et répondre aux besoins de santé de manière efficace.

Divers rapports successifs du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), celui d'Alain Cordier et du comité des sages puis les travaux sur le Pacte de confiance à l'hôpital et le Pacte territoire de santé, ont mis en évidence des dysfonctionnements dans le parcours de soins du patient. Ces éléments décrivent un contexte composé du vieillissement de la population, de l'augmentation des pathologies chroniques et de l'inégalité de l'accès des soins sur le territoire. Face à ce contexte, il est nécessaire de trouver des modes de prise en charge. En effet, ces rapports ont aussi identifié des ruptures de soins et des ré hospitalisations évitables.

Suite à ces divers constats, une nouvelle réforme du système de santé se prépare pour 2015, sous le nom de stratégie nationale de santé (SNS)⁹. Elle oriente un de ses axes sur l'organisation des soins autour du patient et la garantie d'un égal accès aux soins. Elle vise à mieux prendre en charge en ville les patients pour éviter les complications et les hospitalisations inutiles. La stratégie nationale de santé laisse entrevoir une organisation des soins simplifiée, décloisonnée, fondée sur le parcours de soins du patient qui devient acteur de sa santé. Dans le cadre de la permanence et la continuité des soins, elle encourage la coopération entre professionnels, la coordination ville-hôpital, la bonne articulation entre le sanitaire, le secteur social et médico-social ainsi que la démocratie sanitaire sur chaque territoire de santé.

A partir des expériences professionnelles, nous pouvons aussi remarquer certains dysfonctionnements dans la continuité des soins. La sortie tardive d'hospitalisation d'un patient en fin d'après midi, nuit à la qualité de la prise en charge de l'infirmière libérale, lors de son retour à domicile. L'absence de courrier ou de fiche de liaison, ne permet pas d'assurer la continuité des soins. En qualité d'infirmière puis de cadre de santé, nous

⁶ LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 1 (V), Chapitre II : Missions de service public des établissements de santé, Article L6112-1,

⁷ Les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS), 7 décembre 2011, Le site santé du Ministère des Affaires sociales et de la Santé, disponible sur : sante.gouv.fr

⁸ *Ibid*

⁹ SNS Feuille de route, 23 septembre 2013, p4-p8-p12-13,

pouvons observer la difficulté de coordonner le circuit du patient en intra-hospitalier et d'anticiper sa sortie avec les divers acteurs de santé. De plus, certains patients ne sont pas toujours orientés dans le « bon service » dans « la bonne spécialité » par manque de places disponibles, car certains lits étaient souvent réservés pour des hospitalisations programmées. En conséquence, les durées de séjours s'allongent et augmentent le coût de l'hospitalisation. Ces situations peuvent créer des zones de ruptures dans la continuité des soins et des risques en matière de qualité et sécurité des soins. Parfois, pour accueillir rapidement un patient aux urgences, le patient sortant l'après midi est installé sur un fauteuil dans le salon des familles, sans surveillance, pour libérer ce lit. Ces patients disent souvent avoir le « *sentiment d'être mis « dehors ! »*. Les sorties précipitées des personnes âgées, génèrent très souvent des ré-hospitalisations dramatiques, accentuant une dégradation précoce de leur état général et une perte d'autonomie. Dans le cadre des maladies chroniques, le temps de l'hospitalisation ne permet pas toujours de développer l'éducation thérapeutique. Le patient sort sans avoir compris la nécessité de l'observance du traitement et il consulte son médecin une fois par mois pour renouveler son traitement.

Le parcours de soins du patient est interpellant sous ces divers constats qui ont tendance à perdurer. Cependant, il est important en tant que directeur des soins (DS), de s'inscrire dans une démarche d'optimisation des parcours de soins du patient. En effet, dans le cadre de ses missions¹⁰, le DS contribue à l'amélioration et la cohérence du parcours de soins du patient au sein de l'établissement et sur le territoire en lien avec le projet d'établissement, le projet médical et le projet de soins. Il participe à la conception, l'organisation et l'évolution des structures et des activités de soins. Il organise le parcours de soins en coordination avec la communauté médicale. Il veille à assurer une continuité des soins sécurisée, transparente pour tous les acteurs. Il met en œuvre un management en vue d'articuler des prises en charge fluides, des relais et des alternatives aux hospitalisations. Il est primordial à partir de ces missions de contribuer en tant que DS, à l'amélioration du parcours de soins du patient et de garantir la qualité, la sécurité et l'efficacité.

C'est pourquoi dans le cadre du parcours de soins du patient, il est nécessaire pour le DS, de s'interroger :

Pourquoi le parcours de soins du patient présente-t-il des ruptures dans la continuité des soins de son entrée à sa sortie?

Puis de prolonger cette étude sur :

Quel est le rôle du DS dans la mise en œuvre de la continuité du parcours de soins ?

Quels sont les freins et les leviers à la mise en œuvre des parcours de soins ?

¹⁰ Référentiel EHESP sur le directeur de soins, 2010.

Quelles représentations, les acteurs ont-ils du parcours de soins du patient?

Quels sont les axes possibles du DS pour améliorer le parcours de soins du patient ?

Afin d'éclairer ces diverses questions, une recherche documentaire a permis de définir les notions sur le parcours de soins. Des entretiens ont approfondi le sujet auprès des acteurs concernés par le parcours de soins au sein d'un centre hospitalier de 1000 lits et places et d'un CHU de 3000 lits et places.

Le travail va s'articuler dans un premier temps autour des concepts définissant les notions de parcours de soins, en identifiant ensuite les freins et les leviers, puis la place des acteurs concernés. Dans un second temps, la méthodologie de l'enquête sera présentée puis les résultats seront analysés. Des préconisations seront envisagées afin de permettre en qualité de DS, de contribuer à l'amélioration du parcours de soins du patient de son entrée à sa sortie de manière visible, partagée et sécurisée.

1 Le cadre conceptuel du parcours de soins du patient

1.1 Le parcours de soins du patient

1.1.1 Le parcours de soins : le cadre réglementaire et son contexte

Le parcours de soins en France.¹¹, fut de structurer et de rationaliser les soins de premiers recours lors de la mise en place de la réforme de l'assurance maladie en 2004 ; avec le parcours de soins coordonnés du patient « *renforçant le rôle de porte d'entrée des médecins généralistes dans le système de santé, selon le modèle du gate-keeping mis en place dans les pays anglo-saxons.* ». ¹²

La loi du 13 août 2004, relative à l'assurance maladie, est la première à inscrire la notion de parcours de soins dans son texte. Cependant, elle reste fixée à une rationalisation des soins dans l'objectif de diminuer les dépenses de santé et sanctionne les patients à des majorations financières en cas de non respect du passage par le médecin généraliste référent.

La loi HPST en 2009, a promulgué la mise en place d'autres portes d'entrée dans le système de santé pour permettre au patient d'accéder aux soins par les centres de santé, les maisons de santé pluri professionnelles et les pôles de santé. L'objectif est d'avoir une approche de soins de premier recours, de prise en charge des maladies chroniques dans un cadre pluridisciplinaire.

Le parcours de soins coordonnés a permis une avancée en termes d'organisation, d'amélioration des soins¹³ et des suivis des patients avec les spécialistes.

Marie-Aline Bloch et Léonie Hénaut,¹⁴ expliquent que la notion de parcours apparait de plus en plus « *au sein des organisations des soins et des textes de loi.* »¹⁵

Depuis 2011¹⁶, afin de renforcer les articulations entre les soins de ville et l'hôpital, des consultations de suivis d'hospitalisation doivent être réalisées par les médecins traitants suite à une intervention chirurgicale avec altération de l'autonomie ou diagnostic d'une pathologie chronique grave ou pour les patients insuffisants cardiaques suite à une décompensation.

Dans le cadre de la nouvelle stratégie de santé, Le premier ministre en janvier 2013, déclarait : « *C'est dorénavant à partir du parcours de la personne, patient, personne âgée,*

¹¹ Bloch M.A, Hénaut L, *Coordination et parcours La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, 2014, p 96

¹² *Ibid*

¹³ *Ibid*, p 97

¹⁴ *Ibid*. p 95.

¹⁵ *Ibid*

¹⁶ *Ibid* p 98

personne handicapée, que doit s'organiser, le système de santé, pour supprimer peu à peu les ruptures dans la prise en charge provoquées par les cloisonnements.»¹⁷

Début 2013, la Cour des comptes « regrette [...] que la mise en place du système du médecin traitant ait été davantage l'occasion de générer un parcours tarifaire d'une considérable complexité que de développer le contenu médical du parcours de soins »¹⁸

Puis la notion de parcours de soins a pris en considération le parcours de santé et le parcours de vie.

1.1.2 Les définitions du parcours de soins

Raisonner en termes de parcours, pour la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie « est de cerner les besoins des personnes et d'assurer leur accompagnement au quotidien, dans les grandes étapes de leur vie ou lors de périodes de crises. »¹⁹

L'Agence Régionale de Santé(ARS)²⁰ définit « un parcours comme la prise en charge globale du patient et de l'usager dans un territoire donné, avec une meilleure attention portée à l'individu et à ses choix, nécessitant l'action coordonnée des acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social, et intégrant les facteurs déterminants de santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement. »

L'ARS englobe dans le parcours de soins²¹ : les soins de premier recours, l'hospitalisation évitable au sein des services des urgences, l'hospitalisation à domicile, les soins de suite et de réadaptation, l'unité de soins de longue durée (USLD) et les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Cependant l'ARS, identifie aussi le parcours de santé²² qu'elle définit comme un « parcours de soins articulé en amont avec la prévention primaire et sociale et en aval, avec l'accompagnement médico-social, le maintien et le retour à domicile ».Le parcours de soins et le parcours de santé du patient s'inscrivent dans un parcours de vie²³ correspondant au « parcours de la personne dans son environnement : scolarisation, prévention de la désinsertion professionnelle, réinsertion, logement... »

La notion de parcours de vie « recouvre le cheminement individuel de chaque personne dans les différentes dimensions de sa vie : personnelle et relationnelle, professionnelle, professionnelle et sociale, familiale et citoyenne [...] Cette notion interroge les politiques

¹⁷ Ibid p97-98

¹⁸ Ibid

¹⁹ Cité par ARS, la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et al, septembre 2012, *Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie Pour une prise en charge adaptée des patients et des usagers Lexique d A à Z*, ARS, p 20

²⁰ Secrétariat Général des ministères chargés des affaires sociales (SGMCAS) Agence Régionale de Santé, mai 2012, *Parcours de soins Parcours de santé Parcours de vie Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers, présentation diaporama, P3-4*

²¹ Ibid

²² Ibid

²³ Ibid

publiques dans de nombreux domaines [...] et la façon dont elles parviennent (ou non) à favoriser l'adéquation des parcours des personnes avec leur projet de vie et la continuité des différentes formes d'accompagnement qui leur sont offertes (soins, accompagnement social et médico-social, ressources...). »²⁴

Pour Marie-Aline Bloch et Léonie Hénaut, raisonner en termes de parcours, nécessite de penser la situation de chacun comme singulière, indépendamment de la pathologie ou le handicap de la personne. En effet, chacun vit différemment la situation « *en fonction de ressources économiques, de ses caractéristiques sociodémographiques (âges, sexe, niveau d'étude...), de son lieu de résidence, de sa trajectoire antérieure, [...] le moment du cycle de vie.* »²⁵

L'ARS, Ile de France, en 2012, propose cette définition²⁶ : « *un parcours se définit comme la trajectoire globale des patients et usagers dans un territoire donné avec une attention particulière portée à l'individu et à ses choix. Si le parcours d'une personne donnée est unique à l'échelle d'une population on peut repérer et organiser des typologies de parcours a priori et calibrer et anticiper les ressources nécessaires.* »

1.1.3 Les termes associés au parcours de soins du patient

Dans le cadre du parcours de soins, des termes associés sont utilisés fréquemment et sont nécessaires à définir. Ceux-ci accompagnent la notion de parcours de soins du patient dans sa continuité, sa fluidité, sa coordination, son accessibilité, son égalité d'accès aux soins.

La continuité nécessaire au parcours de soins du patient, est définie dans le dictionnaire Le Petit Robert²⁷ comme « *le caractère de ce qui est continu : constance, enchaînement, permanence, persistance. La continuité d'une action. Absence de rupture. [...] le contraire : discontinuité, interruption, suspension.* » Le code de santé publique, à l'article L6315-1, en 2011, précise pour les médecins que la « *continuité des soins aux malades est assurée quelles que soient les circonstances.* »²⁸ La Direction générale de la santé, en 2012²⁹, conçoit la continuité du parcours de soins « *selon six dimensions : temporelle, géographique, interdisciplinaire (recours au juste niveau d'expertise), relationnelle (attentes partagées), informationnelle (communication adéquate), économique.* »

²⁴ Bloch M.A, Hénaut L, *Coordination et parcours La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, 2014, p 104

²⁵ *Ibid*

²⁶ *Ibid* p 21

²⁷ Le Petit Robert, 1996, p 457

²⁸ Cité par ARS, la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et al, septembre 2012, *Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie Pour une prise en charge adaptée des patients et des usagers Lexique d A à Z*, ARS, p 6

²⁹ *Ibid*, p 23

Puis, dans le cadre d'un parcours de soins fluide, la définition de fluidité³⁰, nous amène à la notion de « *l'état de ce qui est fluide [...]* » et fluide se définit « *en parlant de la circulation routière, qui se fait à une cadence et à une vitesse normale (sans embouteillages, sans ralentissements)* »

La coordination du parcours de soins du patient est un axe incontournable, la coordination se définit comme un « *agencement des parties d'un tout selon un plan logique, pour une fin déterminée [...]* ». Si nous reprenons le terme dans le sens grammatical de « *conjonction de coordination, liant les éléments lexicaux (mots) ou syntaxiques [...]* »³¹ Cela nous mène à retenir le terme de « liant » qui est nécessaire dans le parcours de soins du patient pour assurer une prise en charge fluide entre les interfaces et les divers professionnels de santé. A l'article L 372-7 du code de l'action sociale et des familles, en 2010³², « *la coordination dans le domaine sociale et médico-sociale a pour finalité d'organiser la complémentarité et la continuité des prises en charge et des accompagnements*. Donabedian³³ définit la coordination dans le champ sanitaire et médico-social, comme « *un processus par lequel les éléments et les relations impliqués dans le soin pendant chacune des séquences de soin sont en cohérence ensemble dans une conception vue de manière globale*. » Pour le centre de gestion scientifique de Mines-Paris Tech, en 2011³⁴, « *la coordination consiste à synchroniser de façon cohérente et efficiente les contributions de plusieurs acteurs, connaître et comprendre les contraintes de chacun et agir en conséquence*. » En 2011, le rapport de l'IGAS³⁵, définit la coordination comme « *l'organisation mise en place autour d'un projet partagé entre acteurs pour articuler l'ensemble des actions, des moyens humains et matériels dans un espace donné (temporel et géographique)*. » Ce rapport mentionne la nécessité d'un « *décloisonnement des frontières administratives et des cultures entre les professionnels [...]* du champ sanitaire, médico-social et social.[...] » et repose sur des outils « [...] *fiches de liaison pour l'échange d'information[...] des protocoles de prise en charge pour proposer des repères techniques et des recommandations pratiques pour la prise en charge de la personne [...] un dossier médical et social partagé [...] pour les échanges extérieurs à l'établissement de santé,* »

Dans le cadre du parcours de soins, le patient doit pouvoir accéder aux soins. L'accessibilité aux soins. Pascal Bonnet ³⁶ définit l'accessibilité aux soins comme étant

³⁰ *Ibid*, Le Petit Robert, p 938

³¹ *Ibid*, p 468

³² Cité par ARS, la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et al, septembre 2012, *Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie Pour une prise en charge adaptée des patients et des usagers Lexique d A à Z*, ARS, p 11

³³ *Ibid*

³⁴ *Ibid*

³⁵ *Ibid* p 11-12

³⁶ Pascal Bonnet, 2002, *le concept d'accessibilité et d'accès aux soins*, dossier de la DEA GEOS, ARS de >Bourgogne, Cité par ARS, la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et al,

« la capacité matérielle d'accéder aux ressources sanitaires et aux services de santé » avec « [...] deux dimensions sanitaire et sociale. Elle touche aussi l'accessibilité sociale, financière aux ressources sanitaires tout autant que géographique. » Il indique qu' « un niveau d'accessibilité aux services de santé se concrétise par l'utilisation des services et l'amélioration de l'état de santé des populations. » En 2012, H Picheral dans « le dictionnaire raisonné de géographie de la santé »³⁷, y ajoute la notion matérielle sur « la fonction du couple distance et temps donc de proximité ou d'éloignement du cabinet du médecin, de l'établissement de soins et de la longueur du trajet. » Sur la dimension sociale, il précise que l'accessibilité des soins concerne aussi la possibilité financière d'y recourir : « la plus grande accessibilité est ainsi un des objectifs premiers de tout système de santé dans sa dimension sociale (équité). [...] l'accessibilité est maintenant considérée comme un déterminant de santé et un éventuel facteur de risque. »

Cependant il faut noter que les bases de l'égal accès aux soins sont retrouvés dans les principes fondamentaux au sein du préambule de la Constitution de 1946, à l'article 11, la nation « [...] garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection à la santé [...] »³⁸ Puis la loi de Rolland, dans le même esprit précise que tous les services publics, dont le service public hospitalier est tenu « au respect des principes fondamentaux d'égalité, de continuité, de neutralité et de mutabilité ou d'adaptabilité. »

1.2 Les freins à la continuité du parcours de soins

Concernant les freins au parcours de soins du patient, nous définirons les ruptures de soins, les réhospitalisations évitables.

En ce qui concerne la rupture³⁹, la définition donnée est « une division, séparation brusque (d'une chose solide) en deux ou plusieurs parties ; son résultat [...] interruption, cessation brusque (de ce qui durait) [...] opposition, différence tranchée entre des choses qui se suivent, décalage, écart, rupture de ton, de rythme, [...] séparation plus ou moins brusque entre personnes qui étaient unies... »

Puis le contexte actuel du parcours de soins des patients présente parfois des réhospitalisations évitables. La HAS a publié et élaboré des fiches « Points clés et solutions » avec le Collège National Professionnel de Gériatrie(CNPG), la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie(SFGG), puis la Fédération Française Maisons et Pôles de Santé(FFMPS), afin de réduire les réhospitalisations évitables des personnes âgées. La fiche sur « comment réduire le risque des réhospitalisations

septembre 2012, *Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie Pour une prise en charge adaptée des patients et des usagers Lexique d A à Z*, ARS, p 6

³⁷ Cité par Cité par ARS, la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et al, septembre 2012, *Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie Pour une prise en charge adaptée des patients et des usagers Lexique d A à Z*, ARS, p 4

³⁸ Gualino, édition 2012-2013, *la constitution de la V^e République*, lextenso éditions, p 43.

³⁹ Le Petit Robert p 2011

évitables »⁴⁰ cherche à faciliter le repérage des patients à haut risque de réhospitalisation. La réhospitalisation évitable est définie par ce support « *comme une hospitalisation non programmée, en lien avec le séjour hospitalier précédent et survenant dans les 30 jours suivant la sortie.* »⁴¹ La Has explique que des soins primaires et des recommandations inscrites dans un courrier de sortie de l'hospitalisation précédente, pourraient permettre de contrôler la situation et d'éviter ainsi une réhospitalisation.

Concernant les freins au parcours de soins du patient, nous définirons les ruptures de soins, les réhospitalisations évitables.

1.2.1 Les freins des structures et des professionnels.

Au sein des structures d'hospitalisation, les freins au parcours de soins sont décrits par Christine Moriceau et al, ainsi : « *le point de vue des services des urgences, [...] nous subissons la gestion des lits au quotidien* ». Les urgences doivent faire face « *[...] à un besoin de lits d'hospitalisation constant dans le temps [...]* ». Pour les pôles techniques, il existe un « *effet délétère des déprogrammations pour l'activité et l'image de l'établissement.* » Les difficultés existantes sont liées à « *un manque de disponibilité des plateaux techniques, [...] les marges disponibles en lits sont telles que les difficultés liées à la gestion des sorties en aval des urgences ne peuvent être imputées uniquement à un manque de lits mais bien à leurs modalités de gestion [...]* ». Les auteurs notent « *la variabilité des flux programmés traduit un manque de maîtrise du processus de programmation et constitue un véritable facteur aléas. [...]* »⁴² Sur le plan des hospitalisations il apparaît que le « *le dépassement d'une durée prévisionnelle de séjour d'un patient, les retards de sortie aux disponibilités d'aval [...]* »⁴³, nuisent à la qualité de prise en charge du patient dans son parcours de soins.

L'Inspection Générale Affaires Sociales (IGAS), dans son rapport de 2012, indique que « *l'analyse des parcours de prise en charge, comme réexamen des organisations de travail demeurent relativement peu avancés* »⁴⁴. L'IGAS cite Moisdon qui se positionne ainsi sur les organisations et la prise en charge médicale. « *Très peu d'opérations visent l'organisation du travail au niveau des processus de soins eux-mêmes, c'est-à-dire les modes de coordination entre les professionnels de soins, la gestion des flux des malades, des informations, du matériel, l'adéquation de la charge de travail à l'activité [...]* Force est

⁴⁰ HAS et al, *Points clés et solutions organisation des parcours Comment réduire le risque de réhospitalisations évitables des personnes âgées, p1, disponible sur WWW.HAS-sante.fr*

⁴¹ *Ibid*

⁴² Moriceau C et al, mai-juin 2013, *Gestion des lits et ordonnancement du circuit patient Un dispositif innovant expérimenté au CHU de Nantes*, Revue Hospitalière de France, N°552, p37

⁴³ *Ibid*

⁴⁴ Inspection Générale des Affaires Sociales, *Rapport 2012 L'Hôpital*, la documentation Française, p 70-71 (295p)

de constater que les réformes en cause ne parviennent que difficilement à atteindre le cœur d'activité et à déstabiliser un fonctionnement apparemment très résistant. »⁴⁵

Marie Aline Bloch et Léonie Hénaut⁴⁶, énoncent les besoins de coordination et les dysfonctionnements du système, suite à une analyse d'une trentaine de rapports. Sur le plan des décideurs, des financeurs et des pouvoirs publics, les dysfonctionnements concernent l'existence d'une multiplicité d'acteurs : Etat, l'Assurance Maladie, les conseils généraux. Elles citent : *« des coordinations partielles, un manque de coordination entre les administrations centrales, la séparation du sanitaire et du médico-social, une répartition inégale des dispositifs de coordination selon les territoires, la non mise en place des mesures préconisées ou non pérennisation des structures, notamment pour la mise en place de correspondants uniques, d'intégration des services.⁴⁷ »* Concernant les structures et les professionnels, elles ont recensé *« des difficultés à impliquer suffisamment les médecins traitants dans le parcours de soins, des professionnels spécialisés qui ont du mal à collaborer, un décalage des cultures et objectifs professionnels, des frontières floues entre les champs d'activité des professionnels, un manque de personnel et de temps pour la coordination, un manque d'articulation des différents dispositifs de coordination, la séparation du sanitaire et du médico-social, la segmentation du système hospitalier en organes. »*

1.2.2 Les freins liés aux patients

Concernant le vécu des patients à propos de leur parcours, il est important de ne pas oublier la notion du « vécu » de la personne de leur situation. En effet la maladie génère des *« ruptures biographiques et de phases de transition au cours desquelles leur rapport au passé et à l'avenir, leur estime de soi ou encore leur identité sont mis à l'épreuve, [...] de façon singulière. »⁴⁸*

Le parcours de soins peut être interrompu du fait du patient par le refus de soins ou le renoncement aux soins.

La conférence nationale de santé (CNS) présente dans son rapport les divers aspects du refus de soins. Pour les établissements de santé, elle précise qu'*« un refus explicite ou direct se constitue »* s'il y a un *« [...] refus d'accueillir un malade; l'impossibilité de fournir les services d'un professionnel aux compétences adéquates et d'assurer le transfert dans un autre établissement; [...] »*. Elle distingue aussi des refus implicites ou indirects. *« Leurs manifestations sont variées, [...] »* et se rapportent à *« l'acceptation d'un patient dans des conditions différentes du reste de la patientèle, des délais d'attentes indéterminés, [...] »*. D'autres motifs sont identifiés concernant la personne : *« les refus*

⁴⁵ *Ibid*

⁴⁶ Bloch M.A, Hénaut L, *Coordination et parcours La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, 2014, p 81

⁴⁷ *Ibid*

⁴⁸ *Ibid*, p 104

liés au comportement du patient, ceux liés à sa situation économique, ceux liés à sa condition sociale [...] »⁴⁹. Le patient peut aussi refuser les soins proposés au cours de son parcours de soins « *Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment* ». (Article L1111-4 alinéa 2 et 3 du code de la santé publique).

Concernant le renoncement aux soins, en 2010, la Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) a étudié l'état de santé et le renoncement aux soins de la population percevant les minima sociaux à partir de la question suivante : « *Au cours des douze derniers mois, avez-vous, vous ou un autre membre de votre ménage, dû renoncer ou vous priver, par manque d'argent, dans les domaines suivant: l'habillement, l'alimentation, le logement, les soins et la santé, [...] les assurances ?* ». Le résultat de cette étude présente « [...] *que leurs besoins de soins sont plus importants, ils déclarent renoncer plus souvent à consulter un médecin ou à recevoir des soins dentaires pour des raisons financières: 18 % disent avoir renoncé à une consultation médicale au cours de l'année écoulée et 27 % à des soins dentaires, contre respectivement 4 % et 11 % parmi l'ensemble des 18-59 ans.* »⁵⁰

Pour les personnes malades âgées et leurs aidants, Marie-Aline Bloch et Léonie Hénaut décrivent les dysfonctionnements suivants : « *une errance diagnostique, la multiplicité des intervenants et des évaluateurs, évaluations partielles ne prenant pas en compte tous les besoins de la personne, le problème de sécurité et de qualité de la prise en charge : inadaptée, trop longue, trop segmentée, des ruptures de parcours (à l'entrée et à la sortie de l'hôpital par exemple), des délais entre les différentes phases, des coûts pour la personne et sa famille, un déficit de coordination si aidant informel inexistant, une coordination trop lourde pour un aidant épuisé ou débordé.* »⁵¹

1.3 Les leviers au service du parcours de soins.

1.3.1 Les leviers identifiés par l'ARS

En 2012, le secrétariat général des affaires sociales⁵² relate que l'ARS a identifié des leviers « *pour mettre en place des parcours personnalisés, cohérents et coordonnés : la mise en place d'une action concertée sur les déterminants de santé [...] l'amélioration de*

⁴⁹ Conférence Nationale de Santé (CNSA) et accueil des usagers, septembre 2010, *Résoudre les refus de soins, rapport annuel sur le respect des droits des usagers du système de santé*, Ministère de la santé et des sports, p 11-12, disponible sur internet http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapp_refus_de_soins_cns_221010.pdf

⁵⁰ DREES, juin 2012, *Etat de santé et renoncement aux soins*, N° 882, p 1, p 6, disponible sur le site : « <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er882.pdf>

⁵¹ ⁵¹ Bloch M.A, Hénaut L, *Coordination et parcours La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, 2014, p 81

⁵² Secrétariat Général des ministères chargés des affaires sociales (SGMCAS) Agence Régionale de Santé, mai 2012, *Parcours de soins Parcours de santé Parcours de vie Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers, présentation diaporama, disponible sur internet, p14-23.*

la connaissance des facteurs de risques des pathologies et leur repérage précoce, la mise en place d'actions ciblées sur des populations vulnérables, la structuration de filières complètes de prises en charge, de la prévention à l'accompagnement médico-social, en passant par la médecine de ville et les soins ambulatoires et hospitaliers. » Dans l'objectif de mettre en place des parcours de soins, l'ARS doit identifier « un maillage territorial fin permettant la structuration du premier niveau de recours, la gradation de la prise en charge, l'efficacité et la qualité des soins, le développement d'alternatives à l'hospitalisation. [...] le décloisonnement des secteurs et la formalisation de coopérations » et envisager « une évolution des modes de financement permettant la transversalité des prises en charge. » Dans le programme régional de santé, la problématique des parcours est présente dans l'ensemble des Programmes Régionaux de Santé (PRS). Les ARS « sont de par leur mission la clé de voûte du bon fonctionnement des parcours. »⁵³ Dans les PRS⁵⁴ sont inscrits des parcours prioritaires orientés vers les personnes âgées, les personnes handicapées, celles souffrant de maladies chroniques, la naissance pour les mères, les enfants et la périnatalité, puis les jeunes et les addictions. En effet, en 2012, l'ARS face à chaque parcours prioritaire, attend la déclinaison d'actions au sein du PRS⁵⁵. Face à l'augmentation prévisible des personnes âgées, « de 2010 à 2060, le nombre de personne âgées de plus de 80 ans passera de 2,5 millions à 8,5 millions »⁵⁶ Les actions recommandées sont de développer « le diagnostic précoce et la prévention de la perte d'autonomie, favoriser le maintien à domicile, adapter l'offre sanitaire et médico sociale, articuler l'hospitalisation et la médecine de ville, soulager les aidants familiaux, développer une offre adaptée en direction de populations spécifiques Alzheimer, personnes, troubles envahissants du comportement, [...] ».

En France, « 2,7% de la population est en situation d'handicap⁵⁷ », afin d'assurer un parcours personnalisé de la personne handicapée, l'ARS préconise des actions sur le dépistage précoce, sur la scolarisation, sur l'insertion professionnelle, la personnalisation de l'offre sanitaire et médico-sociale, sur le maintien en milieu de vie, sur l'aide aux aidants, les solutions de répit ou d'accueil en urgence.

Les maladies chroniques, « touchent 15 millions de personnes »⁵⁸, l'ARS préconise des actions de renforcement de la prévention, le dépistage, de développement de l'information et les lieux d'écoute. Pour les soins, il est attendu une gradation des soins « afin d'améliorer la qualité des soins et la qualité de vie du patient ». Sur le plan de l'accès aux soins, il est demandé de veiller aux populations « les plus vulnérables et de réduire les inégalités territoriales ». Autour de la personne atteinte de maladie chronique, il est

⁵³ *Ibid*, p9

⁵⁴ *Ibid*, p 10-15

⁵⁵ *Ibid*.

⁵⁶ *Ibid*, p 11

⁵⁷ *Ibid*, p 10

⁵⁸ *Ibid*, p 12

recommandé d'améliorer « *la coordination des acteurs et orienter vers une prise en charge pluridisciplinaire* ». Le développement de la télémédecine pourra assurer un meilleur suivi des patients.

Autour de la naissance, pour le parcours des mères, enfants et de la périnatalité, les actions définies par l'ARS sont de « *mieux maîtriser le projet de grossesse, de renforcer la prévention, de mieux accompagner les grossesses à risque et les femmes en difficultés, de veiller à l'accompagnement sanitaire et social dès la sortie de maternité, améliorer la santé des enfants [...]*»⁵⁹

Face aux jeunes et aux addictions, l'ARS souhaite un renforcement de la prévention et du dépistage, l'accompagnement du « *jeune et de son entourage pour un état de bien-être physique, mental et social, lutter contre le recours tardif aux soins, développer un accueil et une prise en charge somatique, et psychiatrique et sociale des addictions.* »⁶⁰

Concernant l'accessibilité « *à la santé des personnes en situation de précarité et les détenus : en 2011, 9 millions de personnes connaissent d'importantes difficultés de logement, 150000 sont sans domicile fixe* »⁶¹ L'ARS va décliner au sein de son PRS des actions pour « *améliorer l'accessibilité aux soins, géographique, financier et culturelle* » en favorisant l'accès aux transports.

La circulaire du 18 juin 2013 relative à l'organisation des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), met l'accent sur des actions pour réduire les inégalités et prévenir les ruptures. Ainsi le PASS permet l'accès aux soins et à la santé, puis facilite « *l'accompagnement des personnes en situation de précarité à s'engager et à poursuivre un parcours de soins adaptés à leurs besoins.*»⁶²

L'ARS attend des parcours de soins qu'ils permettent aux personnes d'avoir accès à « *des parcours lisibles, accessibles, complets et de qualité, pour une prise en charge globale et coordonnée de leurs besoins; répondre à une recherche d'équité et d'égalité d'accès à la santé; satisfaire la demande des patients et de leur entourage en adaptant les soins et services aux besoins de la population; fluidifier les prises en charge par divers leviers; rationaliser et améliorer l'efficience de l'ensemble de l'offre de soins et de santé.* »⁶³

Dans le cadre des outils⁶⁴, l'ARS doit viser à déployer un « *[...] dossier de vie informatisé pour suivre la trajectoire de chaque patient et offrir un outil de liaison et de communication entre les différents intervenants.* »

⁵⁹ *Ibid*, p13

⁶⁰ *Ibid*, p 14

⁶¹ *Ibid*, p 15

⁶² Circulaire N°DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé(PASS)

⁶³ Secrétariat Général des ministères chargés des affaires sociales (SGMCAS) Agence Régionale de Santé, mai 2012, *Parcours de soins Parcours de santé Parcours de vie Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers, présentation diaporama, disponible sur internet, p6*

⁶⁴ *Ibid*, p14-23

1.3.2 La démarche qualité

Dans le cadre de la démarche qualité, la HAS a travaillé sur des recommandations sur des parcours de soins en lien avec les maladies chroniques. Elle a élaboré et publié des guides sur les parcours de soins de quatre pathologies chroniques⁶⁵ : un guide sur le parcours de soins bronchopneumopathie chronique obstructive, un sur le parcours de soins maladie rénale chronique de l'adulte, un autre sur la maladie de Parkinson et un sur l'insuffisance cardiaque. Ces guides présentent la prise en charge de ces maladies chroniques « *en centrant leur organisation autour de parcours de soins permettant le plus possible un accompagnement du malade à la fois personnalisé et coordonné.* » Ces guides sont centrés sur la prise en soins d'une personne atteinte d'une maladie, ils décrivent l'ensemble de son parcours de soins. Ils s'adressent aux professionnels intervenant dans la prise en charge générale, lors de situations spécifiques, hospitalière et ambulatoire, ils s'intéressent aussi aux articulations avec les professionnels dans la durée de la prise en charge. « *En tenant compte de la pluri-professionnalité de la prise en charge, le guide aborde aussi le rôle, la place et les modalités de coordination des différents professionnels.* »⁶⁶

Chacun des guides se compose d'une fiche sur les points critiques de la prise en charge et d'un schéma du parcours de soins.⁶⁷

Les fiches « *points critiques du parcours de soins* »⁶⁸ ont été publiées par la HAS, pour chaque pathologie précitée, listant diverses étapes à suivre pour prendre en charge le patient. Celles-ci portent sur le diagnostic et bilan initial, sur la stratégie thérapeutique, puis sur le suivi en absence de complication et sur la prise en charge des exacerbations en ambulatoire. Des actions sont proposées au médecin au fil du parcours du patient afin de répondre à ses besoins et assurer une prise en charge de qualité.

Toujours dans un objectif d'amélioration de la qualité des soins et des bonnes pratiques, la HAS propose sous forme de fiches « *Points clés et solutions* » pour chacune des maladies chroniques précitées et pour les personnes âgées. L'objectif de ces fiches est de contribuer à réduire les réhospitalisations. Ainsi ce support tente de répondre à cet axe, comme par exemple dans le cas des patients atteints de bronchopneumopathie en donnant des recommandations aux professionnels, sur « *Comment prévenir les ré-*

⁶⁵HAS, *Promouvoir les parcours de soins personnalisés pour les malades chroniques, mis en ligne sur le site HAS le 15 mai 2012, p 2.*

⁶⁶Consultable sur le site internet de la HAS : <http://www.has-ante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide-parcours-de-soins-bronchopneumopathie-chronique-obstructive>

⁶⁷ *Ibid*

⁶⁸ HAS, *Promouvoir les parcours de soins personnalisés pour les malades chroniques, mis en ligne sur le site HAS le 15 mai 2012, p 2.*

hospitalisations après une exacerbation de bronchopneumopathie chronique obstructive ?»⁶⁹

La certification de la HAS V2014, s'oriente en 2015 sur les parcours de soins du patient. Cette nouvelle démarche d'évaluation dite « patient traceur » est une « *méthode d'évaluation et d'amélioration des pratiques qui consiste à partir d'un séjour d'un patient hospitalisé à évaluer les processus de soins, les organisations et les systèmes qui s'y rattachent.* »⁷⁰ Lors de la visite de certification, les experts visiteurs choisissent un patient et conduisent l'évaluation sur la base du dossier patient. Cette nouvelle méthode « *place le regard des évaluateurs au niveau du cœur de métier, au contact des équipes dans les unités de soins* » tous les acteurs participant à la prise en charge, sont impliqués. Lors de la visite est pris « [...] *en compte le regard du patient* » et « [...] *permet d'observer les interfaces et la collaboration interdisciplinaire tout au long de la prise en charge.* »⁷¹ La visite s'appuie sur une liste de thèmes à auditer et une liste de patients traceurs. Celle-ci « *est composée des patients traceurs à réaliser lors de la visite, de l'identification des secteurs d'activité à visiter à partir du profil de l'établissement [...] et d'une caractérisation du patient selon le type de pathologie ou activité à appréhender, [...] le type de population, [...] le mode d'entrée, la complexité du parcours.* »⁷² Cette démarche du patient traceur va contribuer à obliger les professionnels à s'interroger sur leurs pratiques et les liens qu'ils vont devoir créer pour fluidifier le parcours de soins du patient et sécuriser les interfaces.

1.3.3 La gestion des lits : une aide pour fluidifier le parcours de soins

Dans le cadre du parcours de soins, l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) accompagne les établissements à partir d'un programme national d'amélioration de la Gestion des lits⁷³. Le but de cette démarche « gestion des lits » est de s'appuyer sur trois leviers de performance. Le premier concerne « *le service rendu au patient, par une fluidification des parcours de patients en hospitalisation programmée et non programmée et par une hospitalisation au bon endroit et pour une juste durée* ». Le second levier s'intéresse au cadre de travail des professionnels par « *une meilleure régulation des besoins en personnel, simplification des tâches d'allocation des lits, un lissage des mouvements des patients et des charges en soins* ». Le dernier vise « *l'amélioration de l'efficacité des établissements* » par l'« *adéquation des capacités en lits à l'activité avec*

⁶⁹ HAS, Fiche points clés, mai 2014, consultable sur le site internet de la HAS : <http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c1744728/fr/comment-prévenir-les-re-hospitalisations-apres-une-exacerbation-de-bronchopneumopathie-chronique-obstructive>

⁷⁰ HAS, juillet 2013, *Présentation V2014 la méthode du patient traceur*, Diaporama, p 4.

⁷¹ HAS, juillet 2013, *Présentation V2014 la méthode du patient traceur*, Diaporama, p 5

⁷² *Ibid*, p 9

⁷³ ANAP, 29 avril 2013, *Le programme Gestion des lits*, disponible sur le site de l'ANAP : <http://www.anap.fr/actualites/actualites-projets/le-programme-gestion-des-lits-de-lanap/>

prise en compte des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle », puis la gestion des fluctuations d'activités et l'« *allocation des ressources soignantes aux activités de soins.* » Dans ce cadre, l'ANAP accompagne les établissements de santé ayant des activités de Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO), avec un projet de gestions des lits. Un binôme composé d'un médecin ou chef de pôle et d'un cadre supérieur de santé, travaille durant 18 mois sur ce dispositif avec 14 journées d'accompagnement de l'ANAP. La démarche s'articule autour de temps de formation, de diagnostic, de mise en œuvre, de validation par l'ARS et l'ANAP et de contractualisation avec 12 sessions d'appui téléphonique pour soutenir la mise en œuvre du plan d'actions. Cette démarche participe aussi à l'amélioration du parcours de soins du patient puisqu'à terme, elle contribue à améliorer l'organisation de la rotation et la disponibilité des lits pour accueillir les nouveaux patients afin de diminuer les délais d'attente d'entrée et de sortie.

1.3.4 Les outils contribuant à une lisibilité du parcours de soins

Concernant les personnes âgées des expérimentations sont menées afin d'améliorer leur parcours de santé de plus de 75 ans et les accompagner dans leur parcours de soins.

A la demande du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, la HAS a élaboré un modèle de plan personnalisé de santé (PPS)⁷⁴, dans le cadre d'expérimentations « *Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie* » (PAERPA). Le PPS est un plan d'action « *nécessitant un travail formalisé entre acteurs de proximité. Il s'agit de favoriser la prise en charge en équipe pluriprofessionnelle dans un cadre de coopération non hiérarchique [...].suite à une évaluation globale de la situation médicale, psychologique et sociale de la personne afin d'identifier les situations à problèmes. Il débouche sur un suivi et une réévaluation.* »⁷⁵ Le PPS « *doit servir à mettre en œuvre un parcours de soins adapté de manière partagée entre le patient et les soignants[...] s appuie sur une évaluation globale de la situation du patient et de ses besoins et préférences [...] prenant en compte les éventuelles situations poly-pathologies. [...]* » Le PPS est organisé sur « *la description des objectifs et interventions établis avec le patient, [...] la planification du suivi* »⁷⁶

L'assurance maladie et les mutuelles complémentaires proposent aux patients un accompagnement par des informations et conseils personnalisés. Cette démarche a pour objectif de leur permettre de mieux vivre avec leur pathologie chronique à travers les programmes de Sophia⁷⁷ axés sur le diabète et l'asthme.

⁷⁴ HAS, mars 2014, *Plan Personnalisé de Santé (PPS) PAERPA*, disponible sur le site internet HAS : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1638463/fr/plan-personnalise-de-sante-pps-paerpa

⁷⁵ *Ibid*

⁷⁶ HAS promouvoir les parcours, disponible sur le site de la HAS : <http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c1247611/fr/promouvoir-les-parcours-de-soins-personnalisés-pour-les-malades-chroniques>

⁷⁷ Améli, site de l'Assurance maladie, accessible sur internet Amélie-Sophia.

Afin de faciliter la sortie et le retour à domicile, l'Assurance Maladie a mis en place un Projet d'Aide au Retour à Domicile (PRADO) Insuffisance cardiaque⁷⁸. Ce PRADO concerne les patients hospitalisés pour décompensation cardiaque. Ce programme est proposé par l'assurance maladie en partenariat avec la Société française de cardiologie et concerne cinq départements : Ile et Vilaine, Bas Rhin, Gironde, Seine-Maritime et Somme. Il met en place un suivi médical par les professionnels choisis par le patient avec un accompagnement par une infirmière libérale formée à l'insuffisance cardiaque par le médecin traitant et le cardiologue du patient. Le dispositif se met en place dès l'hospitalisation du patient pour décompensation cardiaque, si celui-ci souhaite y adhérer. Un conseiller de l'assurance maladie contacte ensuite le patient pour sa mise en œuvre. Puis le programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO)⁷⁹ des patients hospitalisés s'étend peu à peu sur le territoire, son objectif est d' « *anticiper les besoins du patient lié à son retour à domicile et fluidifier son parcours hôpital-ville [...]»⁸⁰ et permettre « [...] d'accompagner la sortie. »⁸¹ Ainsi les retours à domicile sont préparés et le patient est pris en charge dès le premier jour. Dans ce cadre, un conseiller de l'assurance maladie facilite les liens entre « *les professionnels de santé de l'hôpital et de ville et le patient, pour son retour à domicile* » Ce programme intervient dans les champs de la maternité, de l'orthopédie, et de l'insuffisance cardiaque. L'évaluation du PRADO pour la maternité en 2011, a mis en évidence qu'il n'y a eu aucune ré hospitalisation pour les mères.*

Le chemin clinique est mis en place dans certains établissements.

« *La construction des chemins cliniques est centrée sur le patient, autour des processus de prise en charge. La finalité est de décrire tous les éléments incontournables à prendre en compte dans le parcours du patient, pour une pathologie donnée. [...] il s'agit de décrire et de décortiquer, voire d'analyser, l'ensemble des éléments d'un processus [...] de respecter les attributs de la démarche d'analyse des processus dans la prise en charge d'un patient et autour de cette prise en charge.»⁸² Les chemins cliniques permettent aux équipes, un gain de temps « *grâce à la vision holistique, temporelle et prévisionnelle de la prise en charge du patient. Le chemin clinique facilite la gestion des actes de soin tout au long du parcours sur un fond de gestion de l'ensemble des risques [...] Il constitue pour la sortie du patient, un outil important pour élaborer la synthèse de**

⁷⁸ Ameli, 7 mai 2013, *PRADO insuffisance cardiaque*, disponible sur le site internet : http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/infirmiers/votre-caisse-gironde/exercer-au-quotidien/prado-insuffisance-cardiaque_gironde.php

⁷⁹ Thomas Jan, caisse nationale d'assurance maladie, 29 mai 2013, présentation diaporama PRADO le programme de retour à domicile, *disponible sur internet*, p1-20.

⁸⁰ *Ibid*

⁸¹ Ameli, site de l'Assurance maladie, accessible sur internet amelie.fr

⁸² Psiuk T., Verhest C., 2011, *Plans de soins types et chemins cliniques 19 situations cliniques prévalentes, introduction*, p XXII.

l'hospitalisation et de l'ensemble du parcours de soins. Il trace chacun des actes de soin réalisé, et identifie dans le même temps l'ensemble des acteurs de santé qui sont intervenus, à un moment ou un autre, dans la prise en charge du patient. »⁸³

Les chemins cliniques sont le plus souvent présentés sous la forme d'un diagramme de Pert ou de Gant. Les principes de Pert sont que « *toute tâche a pour début une étape d'origine et pour extrémité une étape de fin* »⁸⁴ « *une étape ne peut être atteinte que lorsque toutes les étapes qui la précèdent sont terminées.* »⁸⁵ Un indicateur temps au sein du diagramme permet de définir le début et la fin d'un processus et d'en mesurer les écarts.

Le chemin clinique par « *la visibilité des ressources utilisées dans la réalisation des différentes tâches constitue pour l'encadrement une source essentielle pour l'étude des coûts, des durées d'hospitalisation, des écarts entre charge prévisionnelle en soins et charge réelle.* »⁸⁶ Thérèse Psiuk indique que « *les directions de soins sont les promoteurs du déploiement des chemins cliniques au sein de leur structure, en collaboration avec les équipes médicales et d'encadrement. L'objectif de la démarche du projet vise non seulement la mise en œuvre de ces nouveaux outils à l'intérieur des unités de soins, mais également la mise en œuvre d'un processus transversal de parcours du patient.* »⁸⁷

D'autres établissements ont choisi d'élaborer des processus de prise en charge

La notion de processus⁸⁸ est dans son sens didactique ; un « *ensemble de phénomènes, conçu comme actif et organisé dans le temps [...] se déroulant dans le même ordre, façon de procéder, [...] suite d'opérations aboutissant à un résultat ; [...]* » le dictionnaire renvoie à « *procédure, processus de fabrication. Suivre un processus.* » Il apparaît important dans l'analyse de la continuité des soins de s'appuyer sur une « *approche processus* ». ⁸⁹ Petra Eckl et Christian Harmand citent la norme « ISO 9004 : 2000 » laquelle précise : « *pour qu'un organisme fonctionne de manière efficace et efficiente, il doit identifier et gérer de nombreuses activités corrélées. Toute activité utilisant des ressources, gérée de manière à permettre la transformation d'éléments d'entrées en élément de sortie, est considérée comme un processus.* »⁹⁰ En ce qui nous concerne les établissements de santé, dès qu'il y a une entrée de patient, cela « *déclenche une succession d'activités qui aboutissent à la réalisation d'une prestation (sortie).* »⁹¹ Petra Eckl et Christian Harmand précisent que la difficulté réside dans la détermination des processus Ils distinguent pour chaque phase du

⁸³ *Ibid*, p XXII-XXIII.

⁸⁴ *Ibid*, p XXIII.

⁸⁵ *Ibid*, p XXIV.

⁸⁶ *Ibid*

⁸⁷ *Ibid*, p XXII.

⁸⁸ Le Petit Robert, 1996, p 1786

⁸⁹ Cité par Eckl P., Harmand C., 2007, *Guide du management intégré Une approche processus*, AFNOR, p 49.

⁹⁰ *Ibid*, p 52

⁹¹ *Ibid*, p 49.

processus des actions corrélées et coordonnées, dont chaque action est décomposée en tâches élémentaires. « *La sortie d'un processus constitue l'entrée du processus suivant [...] Ces processus paraissent homogènes et les entrées/sorties sont nettement identifiables.* » Dans ce cadre, les auteurs nous mentionnent que « *La comparaison des données d'entrée et de sortie constitue la base de la mesure d'efficacité du processus lui-même.* » Cet aspect est intéressant car il est directement en lien avec la démarche qualité de la prise en charge du patient et pourrait permettre la mesure de l'efficacité du parcours.

L'instruction du 1^{er} février 2013⁹², concerne la mise en œuvre de la démarche relative aux processus de soins. Elle est complémentaire aux actions mises déjà en place par les ARS, et l'informe sur les actions attendues pour améliorer les parcours de soins. Cinq processus de soins sont retenus pour être analysés et améliorés : l'arthroplastie du genou, la chirurgie des hernies et traitement des varices, le cancer colorectal, l'insuffisance cardiaque et le diabète.

1.4 Les acteurs concernés par le parcours de soins

1.4.1 Les structures d'accompagnement du parcours de soins

Le ministère

Sur le plan national⁹³, depuis 10 ans, le ministère tente de faciliter la mise en place de parcours de soins à partir d'initiatives au travers des « *plans de santé publique : Alzheimer, AVC, Obésité, ...* »

Pour 2012, la feuille de route du secrétariat général des affaires sociales était d'identifier les points de ruptures et d'envisager des solutions à mettre en place au niveau national. Il organise l'information des ARS et veille sur la déclinaison régionale des outils *nationaux*. Il facilite les échanges de pratiques entre les ARS et auprès des directions et caisses nationales par des ateliers interrégionaux, plate-formes et le déploiement de prototypes de parcours pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie (rapport HCAAM de juin 2011). Le secrétaire général des affaires sociales anime « *l'engagement d'une démarche de travail sur d'autres parcours : diagnostic, appui aux expérimentations, élaboration puis pilotage d'un programme national inter-ARS d'optimisation du parcours.* » Il mentionne que les « *ARS sont de par leurs missions, la clé de voute du bon fonctionnement des parcours.* »

⁹² Instruction N°DSS/CNAMTS/DGOS/DGS/2013/120 du 1^{er} février 2013 concernant la mise en œuvre de la démarche relative aux « processus de soins. »

⁹³ Secrétariat Général des ministères chargés des affaires sociales (SGMCAS) Agence Régionale de Santé, mai 2012, *Parcours de soins Parcours de santé Parcours de vie Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers, présentation diaporama, disponible sur internet, p14-23.*

En 2009, Bertrand Garros souligne que les maisons de santé contribue « à la permanence des soins, à lutter contre la démedicalisation géographique, à l'organisation territoriale, à la collaboration entre professionnels de santé, aux nouveaux modes de rémunération, à la prise en charge des maladies chroniques et des situations de dépendances ou de handicap, au développement d'approches préventives, »⁹⁴. Elles sont considérées comme un des moyens pour répondre aux enjeux de continuité des soins et de coordination.⁹⁵

1.4.2 Des modalités et des acteurs afin d'organiser le parcours de soins

En 2010, le CHU de Nantes a mis en place une démarche ordonnancement dans son contrat de performance. « *L'ordonnancement hospitalier du parcours permet de gérer de manière décloisonnée et coordonnée l'ensemble des ressources qui participent à cette prise en charge.* »⁹⁶ Ce changement a permis au CHU de Nantes d'avoir « *des durées de séjours plus pertinentes, un circuit plus lisible pour le patient et une réduction du report d'interventions.* »⁹⁷ Dans un premier temps, l'ordonnancement du CHU s'est appuyé sur l'amélioration de la gestion des lits, dont les priorités furent de « *connaitre le flux des patients, réguler le programmé, appliquer le principe de « zéro attente » après orientations aux urgences, favoriser les entrées directes, coordonner le circuit patient.* »⁹⁸ Selon Christine Moriceau et al, cette démarche vise à réaliser des « *gains potentiels d'activité supplémentaire, à améliorer la qualité des soins, diminuer le taux de journées non pertinentes, meilleur accès pour les patients depuis les urgences, et les conditions de travail des personnels par un lissage de la charge de travail sur la semaine.* »⁹⁹ A partir du principe utilisé dans le secteur industriel, l'ordonnancement hospitalier s'appuie sur quatre processus pour les étapes du parcours de soins du patient : « *Programmer, vérifier la disponibilité des ressources, organiser le séjour, assurer la prestation prévue et permettre la sortie du patient* »¹⁰⁰ L'ordonnancement centralisé mis en place, a facilité la cohabitation de l'activité programmée et non programmée et a nécessité l'implication des acteurs sur la circulation de l'information au fil de l'eau. Il concerne aussi les consultations, les plateaux techniques et les unités de soins. Le CHU de Nantes lors de sa mise en œuvre, a tenu compte des parcours de patient et des professionnels concernés en s'appuyant au départ sur les parcours chirurgicaux des patients puis sur les parcours médicaux. Puis l'ordonnancement a nécessité des

⁹⁴ Cité par Bloch M.A, Hénaut L, *Coordination et parcours La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, 2014, p 100.

⁹⁵ *Ibid*, p 101

⁹⁶ Moriceau C et al, mai-juin 2013, *Gestion des lits et ordonnancement du circuit patient Un dispositif innovant expérimenté au CHU de Nantes*, Revue Hospitalière de France, N°552, p36

⁹⁷ *Ibid*

⁹⁸ *Ibid*, p 38-39

⁹⁹ *Ibid*, p 39

¹⁰⁰ *Ibid*

changements de pratiques médicales et non médicales avec de nouvelles règles : « *la responsabilité médicale référencée à des patients relevant de la spécialité, [...] des règles d'hébergement des patients relevant de la discipline [...]* » avec « [...] *une formation du personnel afin de sécuriser la prise en charge, [...] une articulation des congés médicaux et paramédicaux avec les fermetures de lits et plateaux techniques [...].* »

Concernant la coordination des parcours, les infirmières coordinatrices interviennent à la fois dans des Etablissement Hébergement de Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), Service de soins infirmiers à Domicile (SSIAD), lors d'hospitalisation à domicile, greffe, centres de référence de maladies rares ou chroniques, réseaux, entreprises privées. Elles ont « *une activité strictement administrative, d'autres gèrent des parcours complexes de soins (des cases managers [...]) d'autres animent des équipes de soins pluriprofessionnelle, d'autres encore soutiennent et conseillent patients et familles [...]) certaines assument toutes ces tâches [...].* »¹⁰¹ Pour Martine Nectoux¹⁰², l'infirmière coordinatrice est engagée dans « *un positionnement garant du suivi du malade et de son parcours de santé [...] elle soutient une stratégie de communication dans une dynamique de réseau et détermine si l'état de santé du malade justifie ce type de prise en charge.* »

¹⁰¹ Vlaemynck F, 1^{er} mars 2011, Infirmières coordinatrices sujets soignants mal identifiés, L'infirmière Magazine, n° 274, p 21

¹⁰² *Ibid.*

2 L'enquête sur le parcours de soins

2.1 La méthode

2.1.1 L'organisation de l'enquête

Les enquêtes se sont déroulées sur deux établissements au sein d'un centre hospitalier (CH) durant le premier et le troisième stage du 10 février au 10 mars 2014 et du 1er septembre au 7 novembre 2014, et lors du deuxième stage dans un CHU du 17 mai au 12 juin 2014.¹⁰³ Un entretien auprès du directeur des soins d'un établissement privé d'intérêt collectif (ESPIC) ayant une expertise sur le chemin clinique, a permis d'approfondir cette démarche.

Une grille d'entretien semi directive a été élaborée et adaptée selon les personnes rencontrées.¹⁰⁴ Au total, vingt neuf entretiens ont été réalisés.

Les premiers entretiens se sont déroulés lors du premier stage afin de préciser et valider la question de départ et la problématique du parcours de soins du patient au cours de l'hospitalisation. Puis au sein du CHU, durant le deuxième stage, les entretiens se sont déroulés auprès des acteurs concernés par le parcours de soins ou engagés dans une démarche projet contribuant à améliorer le parcours de soins du patient.

En général, les entretiens ont duré entre une heure et une heure trente. Ils se sont déroulés dans les bureaux de chaque personne.

2.1.2 Les limites de l'enquête

La difficulté pour les acteurs fut de se rendre disponible, certains entretiens ont dû être reportés. Parfois ils ont été écourtés ou interrompus par le téléphone ou par des demandes des professionnels de soins. Chaque directeur général des établissements enquêtés ont accepté de répondre brièvement à la question du parcours de soins lors d'un échange de quinze minutes. Sur le deuxième stage, le président de la CME n'a pas pu être enquêté. Une enquête enrichissante, dont l'analyse de l'enquête a nécessité de faire des choix parfois difficiles afin de retranscrire l'essentiel des entretiens.

2.1.3 Les points forts de la méthode

Cette enquête a permis de confronter les éléments identifiés au cours de notre expérience professionnelle et ceux concernant la réalité des acteurs sur un CH, un CHU et un ESPIC mono pathologique. Les rencontres successives avec les acteurs, ont permis d'enrichir la connaissance sur les freins et les leviers. Cette étape de diagnostic éclaire sur le contexte et a permis d'identifier des outils, des expériences et des engagements de professionnels

¹⁰³ Annexe N°I : liste des personnes enquêtées, p II

¹⁰⁴ Annexe N° II grilles d'entretien semi directives, p III

contribuant à améliorer les parcours de soins. Des innovations peuvent servir d'exemples et de point de départ pour lancer de nouveaux projets. Le travail pluri professionnel a mis en lumière le potentiel des professionnels pour conduire les changements pour accompagner le patient.

L'enquête s'est élargie sur le troisième stage par un entretien avec un directeur de soins ayant effectué son mémoire sur le parcours de soins, puis avec un représentant des usagers et une réunion bilan étape avec un bed manager.

2.2 La présentation de l'enquête

2.2.1 Une pré enquête au sein d'un centre hospitalier

La première enquête se réalisa sur un CH, un établissement de recours sur le territoire de santé, fusionné avec un établissement de proximité situé à trente kilomètres. Il compte 1200 lits et places, 1900 agents et se compose de six pôles. Il se trouve sur une région caractérisée par une densité médicale et une offre hospitalière plus faible que la moyenne nationale et un taux de fuite important des patients. Il couvre une population d'environ 460 000 habitants. Cet établissement fut le lieu d'études du premier et troisième stage.

2.2.2 Une enquête au sein d'un centre hospitalier universitaire.

La deuxième enquête se déroula dans un CHU. Il a développé plusieurs Groupements de Coopérations Sanitaires (CGS) sur son territoire. Il se compose de 15 pôles répartis sur 11 sites. Il a une capacité de 3000 lits et places. Il compte 14 000 agents. Il répond aux besoins de quatre millions d'habitants en région et de dix millions d'habitants en inter région.

Dans un premier temps, une liste de professionnels a été effectuée. Puis au cours du stage et lors de certains entretiens, les personnes orientaient l'enquête vers d'autres acteurs, impliqués dans un groupe de travail sur le parcours de soins ou ayant une de leur mission contribuant à améliorer ou à étudier le parcours au sein du CHU.

Suite à des réunions de travail au sein de la coordination générale des soins, le périmètre de l'enquête s'est élargi vers d'autres rencontres avec des cadres supérieurs de santé engagés : au sein du groupe projet de la gestion des lits soutenu par l'ANAP, et d'autres assurant l'accompagnement des chemins cliniques et plans de soins type. Un médecin chargé des relations ville-hôpital a pu enrichir aussi cette approche du parcours de soins.

Puis dans le cadre de la chirurgie de l'obésité, des entretiens ont permis d'approfondir un exemple de prise en charge auprès des acteurs impliqués. Deux infirmières programmatrices et un usager ont illustré une expérience de parcours de soins structuré et accompagné.

2.2.3 Les enquêtés

Les acteurs enquêtés ont été choisis en fonction du lien possible avec le parcours de soins de façon transversale auprès des directions, de chefs de projets, de responsables qualité puis sous une forme verticale au sein des cadres de pôles, au plus près d'une unité de soins auprès de cadres de santé, puis des professionnels de santé et d'un patient. Sur le CH, les entretiens ont été menés auprès du directeur général, du président de la CME, du coordonnateur des soins, du directeur de la qualité et de la gestion des risques et des affaires générales et juridiques, du directeur de la performance, du cadre du service social et de six cadres supérieurs de santé. Sur le CHU, les entretiens se sont déroulés auprès du coordonnateur général des soins, d'un directeur des soins et un Cadre Supérieur de Santé (CSS) de la coordination des soins chargé des flux patients et du brancardage.

Sur un plan transversal, le choix s'est orienté vers un ingénieur qualité responsable de la préparation V2014, un médecin responsable des relations ville-hôpital, d'un directeur chargé des relations avec les usagers, un chef de pôle médico-chirurgical copilote du projet ANAP sur la gestion des lits ainsi qu'un CSS d'un autre pôle copilote aussi du projet ANAP sur la gestion des lits.

De façon à s'approcher du terrain et approfondir la réalité des acteurs, des entretiens ont pu être effectués auprès d'un CSS d'un pôle médico-chirurgical ayant développé des chemins cliniques en équipe pluri professionnelle autour de certaines pathologies. Puis ce CSS a permis à l'enquête de se prolonger auprès de deux infirmières programmatrices, d'un patient et du cadre de santé (CS) de l'unité de Chirurgie de l'obésité où le parcours de soins du patient est structuré et accompagné.

Afin d'approfondir l'approche du parcours de soins et du chemin clinique, un entretien a été réalisé auprès d'un directeur de soins d'un établissement privé ESPIC, expert et formateur sur le chemin clinique.

Durant le troisième stage, les entretiens ont été complétés auprès du représentant des usagers de la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise En Charge (CRUQPC) . Une participation à une réunion bilan étape avec un bed manager.

L'ensemble de cette étude a pour objectif comprendre pourquoi le parcours de soins du patient présente-t-il des ruptures dans la continuité des soins de son entrée à sa sortie? Quel est le rôle du DS dans la mise en œuvre de la continuité du parcours de soins ? Quels sont les freins et les leviers à la mise en œuvre des parcours de soins ? Quelles représentations, les acteurs ont-ils du parcours de soins du patient? Quels sont les axes possibles du DS pour améliorer le parcours de soins du patient ?

2.3 L'analyse des résultats

Les résultats de l'enquête menée sur les deux lieux de stage, seront présentés de façon indifférenciée. Dans un premier temps sera présenté les difficultés rencontrées par les acteurs au cours du parcours de soins des patients. Dans un deuxième temps, nous étudierons les solutions mises en place afin d'améliorer le parcours de soins. Puis nous découvrirons le point de vue de quatre directeurs des soins.

2.3.1 Les difficultés rencontrées par les acteurs autour du parcours de soins.

Les acteurs ont relatés leur intérêt pour le parcours de soins et ils ont validé que celui-ci, fait parti des problématiques rencontrées et à résoudre, à ce jour au sein de l'établissement et le territoire.

Le directeur général constate qu'il y a de « *nombreux blocages au sein du service des urgences dépendant d'un usage des urgences par les patients pour tous besoins, un manque de lits disponibles dans les services générant une saturation. Le parcours de soins du patient est ralenti, il faut absolument repenser nos pratiques pour déverrouiller les blocages qui se trouvent principalement aux urgences et lors de l'organisation des sorties.* » Un autre directeur général a indiqué à plusieurs reprises au cours des instances, diverses réunions et sur des documents internes, que l'accent devait être mis sur l'accessibilité de l'hôpital aux patients et aux professionnels libéraux. Il oriente les professionnels sur plusieurs axes liés au parcours : l'accessibilité des soins, le parcours de soins, l'amélioration de l'organisation des consultations et les relations ville- hôpital.

Concernant l'entrée par les urgences

Le représentant des usagers identifie qu'il existe « *un problème pour la prise en charge des patients le weekend sur le territoire, la maison de santé rend service mais ne résout pas tout, car les patients doivent passer par le 15 pour obtenir un rendez vous, alors ils vont aux urgences car elles sont justes à côté.* » Il précise « *Sur la ville nous avons un problème de démographie médical, des médecins vont prendre leur retraite et pour l'instant le maire n'a pas réussi à faire venir SOS médecins* » Pour lui, le patient est seul face à sa maladie et doit trouver des solutions rapides pour sa prise en charge. D'autre part, il constate que de « *nombreux patients bloquent les urgences par de la « bobologie » et font dépenser beaucoup d'énergie aux soignants.* » Le directeur de la qualité et des affaires juridiques, souligne que le parcours de soins du patient, est impacté sur les weekends « *les médecins généralistes de garde, ne se déplacent pas au domicile des patients et consultent uniquement de 12h à 20h. Les patients parfois qui ne souhaitent pas attendre arrivent aux urgences.* » Le CSS du pôle constate aussi que « *certains patients ne devraient pas être là. [...] certains se présentent directement aux urgences et ne cherchent plus de réponses en ville* ». D'autres comportements sont relevés, des patients ont « *des délais longs pour avoir une consultation auprès d'un*

spécialiste, alors ils passent par les urgences pour entrer plus vite ou accélérer leur parcours de soins. Cela augmente l'attente aux urgences et oblige les professionnels à faire un long tri pour les prises en charge.»

Concernant l'hébergement post urgences, le médecin chef de pôle et pilote du projet ANAP gestion des lits, relève des dysfonctionnements dans le parcours de soins du patient, dès les urgences. *« Souvent le patient n'est pas au bon endroit, il y a des lits réquisitionnés pour des hospitalisations programmées. Les patients venant des urgences ne sont pas orientés dans le bon service. »* . Ce constat est identique pour le président de la CME. A propos de l'organisation des hospitalisations de semaine il indique que celles-ci *« ont été mises en place sur des lits hospitalisations complètes provoquant un embouteillage aux urgences. Ces lits fermés le weekend représentent 50% de lits vides sur l'établissement.»* De plus, les patients ne pouvant sortir le vendredi soir oblige à *« leur trouver un lit dans un autre service ouvert le weekend. »* Ils identifient que *« les difficultés proviennent des activités programmées, elles pénalisent les patients des urgences. Ces éléments provoquent des tensions entre eux »*.

Concernant la gestion des lits et les hébergements provisoires de patient :

Un CSS remarque aux urgences, parfois *« un manque de transparence des services sur la situation des lits et sur l'état réel du patient, avec toujours le problème de trouver un lit dans l'établissement, le patient destiné pour de la chirurgie se retrouve parfois en médecine. »* Il constate aussi que les engorgements des entrées, sont aussi en lien avec les retours des patients transférés pour explorations ou interventions sur d'autres établissements. Ces retours se *« répercutent sur les hospitalisations programmées, qui doivent être, soit reportées ou soit les patients sont hébergés dans d'autres services.»* En effet, pour les hospitalisations programmée, un CSS explique *« on ne peut pas les programmer avec qualité car on ne sait jamais quand une place va se libérer en conventionnel alors on appelle le patient à 12 h pour lui dire qu'il est attendu à 16h le même jour.»* Cela pose un problème au parcours de soins du patient sur son confort, sa sécurité et son suivi. Un autre CSS constate qu'une entrée *« hébergée provisoirement dans un service non adapté, entraîne une perte de temps pour le patient dans son parcours et ses soins, il en est de même pour les professionnels qui doivent le lendemain négocier pour transférer le patient dans le bon service*

Concernant l'organisation et la communication sur le parcours de soins

Le représentant des usagers constate qu'il est *« peu interpellé par l'hôpital, j'ai l'impression de ne pas exister et faire de la figuration, j'aimerais être intégré aux groupes de travail de l'établissement pour donner mon point de vue, côté patient mais pour l'instant je sens que cela n'est pas possible. [...] Pour le parcours de soins, je pense que le premier contact est important avec les professionnels soignants, ce que je veux dire c'est que la relation est au cœur des soins et si la relation n'est pas au cœur du soin, le*

soin est incomplet. Comment un patient peut-il comprendre son parcours si on ne lui parle pas, on ne lui explique pas avec ses mots ? Il est important que chaque soignant vérifie le degré de compréhension du patient pour qu'il suive son traitement, peu de médecins le font. Les plaintes des usagers sont le plus souvent axées sur le déficit relationnel médical, rarement sur le personnel paramédical. » Intervenant aussi dans les établissements de santé privé, il note que les relations avec les médecins libéraux sont plus rapprochées et il est convié chaque fois. Il remarque que « *les médecins libéraux ne connaissent pas tous les médecins de l'hôpital et ne sont pas informés des mouvements des médecins au sein des services et ils ne se rencontrent pas.* »

Un CSS trouve que « *les établissements publics ne communiquent pas assez sur le parcours de soins, certains chefs de service ne s'impliquent pas dans des groupes de travail pour repenser les prises en charge des patients, chacun travaille dans son secteur* » Le CSS copilote du projet ANAP, nous explique que « *les patients sont pris en charge par diverses unités qui n'appartiennent pas au même pôle. Il constate des « zones de pouvoir » dans la prise en charge des patients, compliquant la prise en charge et la coordination des acteurs : « on n'a pas tous les mêmes lectures du patient, de ses besoins et de sa prise en charge en interne, on a une lecture trop parcellaire trop organique du patient ».* Il constate au cours de ce groupe de travail que parler du parcours de soins « *fait peur, ça effraie car on ne sait pas par quel bout le prendre, par où commencer.* »

Pour le CSS du service social, il est important de travailler et d'échanger sur l'organisation du parcours patient « *ensemble pour donner du sens aux actions, comprendre les situations et repérer les points de blocage pour trouver des solutions en intra et en extrahospitalier sur le plan social.* »

Le médecin responsable des relations ville-hôpital constate un cloisonnement, un manque réciproque de connaissances des acteurs de ville. « *Les articulations entre les structures de soins à domicile et les établissements sanitaires ne sont pas clairement dessinées [...] la vraie difficulté pour les établissements c'est la sortie, la deuxième difficulté c'est l'articulation entre l'établissement, son environnement sanitaire et le territoire de santé. Chacun fonctionne en « silo », la médecine de ville, la médecine hospitalière, les paramédicaux* ». Les médecins libéraux, lors de réunions, lui ont fait les remarques suivantes : « *il est difficile pour obtenir un praticien par téléphone.* » Il relève qu'il existe un cloisonnement dans les tâches « *on parle de parcours coordonné mais est-ce que déjà on coordonne, on échange sur la prise en charge en pluri professionnalité en interne.* »

L'organisation et la coordination

Pour fluidifier le parcours du patient, le cadre de santé doit analyser les écarts et revoir les organisations « *si ça ne fonctionne pas c'est souvent parce que nous sommes sur de l'organisation improvisée, si on anticipe les processus de prise en charge avec une*

coordination des acteurs on saura quand il faut planifier le contrôle d'imagerie quand il faut convoquer le patient pour tel examen et les coordonner ensemble, la méconnaissance des processus fait déraiper et génère une perte de temps pour le patient et les professionnels.» .Un autre CSS de pôle MCO, constate une « *prise en charge du patient découpée en séquences en fonction des divers professionnels : séquence médecin, séquence aide-soignant, séquence infirmière, mais cette chaîne ne s'accroche pas. Il manque de la coordination.* »

L'organisation et la fluidité des interfaces

Au sein des établissements, le transport fait par les brancardiers a un rôle de « liant » entre les étapes du circuit du patient. Divers dysfonctionnements sont relatés par un CSS chargé du brancardage « *il y a des temps d'attente évitable pour les brancardiers, qui limitent l'efficacité de la prise en charge des patients. Si le brancardier n'a pas suffisamment d'informations pour effectuer le trajet du patient cela peut entraîner une rupture dans la continuité des soins comme l'annulation d'une exploration fonctionnelle ou des retards dans les programmations des examens* ». Il relève aussi sur le plan de l'identitovigilance, les brancardiers doivent trouver un soignant pour poser le bracelet d'identité du patient avant de l'emmener. Il a identifié que « *si le patient n'est pas prêt, le brancardier perd du temps* ». Dans le cadre de la réorganisation des pôles, le CSS déplore « *le pôle support brancardage n'a pas été sollicité pourtant il contribue aux flux des patients.* » Il a remarqué aussi l'existence de petits arrangements entre « amis » qui pénalisent les autres. Un autre CSS de pôle a découvert des arrangements provocants des ruptures dans la continuité du parcours de soins. Lors de l'absence d'une infirmière ou de la secrétaire « *il n'y avait pas d'exams programmés, cela allongeait les délais pour obtenir une consultation.* »

Lors des sorties de salles de réveil des patients en « chirurgie ambulatoire », les « *sorties de salle de réveil se font sans accompagnement spécifique, sans information sur la surveillance. Le médecin anesthésiste signe les sorties de salle de réveil en une seule fois cela déclenche la sortie de salle de réveil par vague de cinq patients, les sorties s'enchaînent.* » Cette interface peut être à risque pour la sécurité du patient en matière de surveillance du patient et nécessite à être organisée pour assurer une continuité de prise en charge.

Sur la chirurgie bariatrique, l'infirmière programmatrice étudie chaque année l'activité et les délais de prise en charge. Elle remarque une augmentation du délai de consultation pour l'entrée des patients dans ce parcours de soins. « *Avant, nous les faisons une fois par mois, et maintenant deux fois par semaine. Cependant les consultations avec les spécialistes et les rendez vous d'explorations sont saturées. Maintenant on demande aux patients de faire leur bilan et les explorations à l'extérieur de l'hôpital. Le délai d'attente pour entrer dans ce parcours est de 5 à 6 mois.* »

D'autres blocages sont identifiés chaque veille de weekend, si un patient en ambulatoire ou en programmation de semaine ne peut sortir « [...] c'est un vrai parcours du combattant pour trouver un lit, pour négocier car on se confronte à des zones de pouvoir » Il relate aussi que les patients hébergés sont « mal vus dans les services ». Un autre problème se pose si le patient est hébergé dans un service temporairement « les soignants se sentent en insécurité car ils manquent de compétences, de connaissances face à une spécificité de la prise en charge. » Pour le CSS, chaque professionnel garde des notions « mais on n'a pas les compétences adaptées à la situation. » Qu'en est-il à cette étape de la sécurité, des compétences et de la qualité de l'accueil du patient et de la confiance à établir?

Concernant la sortie

Le président de la CME considère que « les sorties ne sont pas suffisamment anticipées, les médecins doivent aussi s'engager et envisager à travailler autour de l'organisation des sorties. » Le directeur de la qualité et de la gestion des risques remarque que « la sortie est souvent retardée car les résultats des examens arrivent qu'en début d'après midi et le patient sort après 14h » Il précise que les patients ne veulent pas sortir le matin « j'ai payé ma chambre, ma journée, mon repas, j'ai droit de rester là. » Un CSS nous a révélé aussi une culture de la sortie après 14 heures : « soit disant que ça désorganise les soins et les activités médicales ou autre motif : son retour à domicile n'est pas prêt. » Par nécessité, les patients sortants l'après-midi sont sortis de la chambre puis mis dans des zones d'attente du service en attendant la venue de la famille ou des ambulanciers. Cependant dans ces espaces, ils ne sont pas surveillés et ne sont pas confortablement installés.

Pour le directeur de la performance, sur le plan économique, souhaite que les parcours de soins des patients soient optimisés pour ajuster la DMS. « Le blocage de lits en aval aggrave la DMS et représente un coût pour l'établissement. » Les CSS indiquent que l'attente de places en SSR et en court séjour gériatrique, embolissent les sorties en MCO. Les CSS sont conscients qu'il manque des lits d'aval en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), en Unité Soins de Longue Durée et en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (USLD).

Le CSS a identifié que certains cadres se désinvestissent de la fluidité des séjours patients alors que cela doit être une priorité. Au sein des échanges dans le groupe de travail ANAP se dégage aussi, que parfois la gestion des lits est l'affaire de tous mais « on ne sait plus qui fait quoi ? ». Il constate aussi que les professionnels ne sont pas sensibilisés suffisamment au parcours, à la durée de séjour. Il a remarqué que « dès qu'on parle de diminuer la durée de séjour, ils disent « il faut arrêter de parler de gros sous » on a été trop basé au départ sur un discours économique ce qui entraîne des freins ».

Le CSS du service social constate que la fluidité de leur parcours est ralentie par l'impossibilité d'effectuer leur sortie « *cela est souvent lié à des problèmes sociaux, si le patient n'a pas de mutuelle, s'il a des problèmes juridiques, s'il a besoin d'une mesure de protection, toutes ces démarches demandent du temps* » Le retour à domicile est compromis si « *les ressources du patient ne le permettent pas* ». L'organisation d'une entrée en EHPAD, se complique parfois par des difficultés aussi pour les enfants qui « *sont soit en conflit entre eux pour placer leur parent, ou absents, ou sont eux même en difficultés sociales, familiales et financières.* »

Un directeur chargé des relations avec les usagers a identifié à travers diverses enquêtes qu'« *il existe un déficit sur l'organisation des sorties, les patients disent une fois que je suis sorti je n'ai pas les informations pour gérer ce que je dois faire si cela se passe mal : je retourne aux urgences, je reviens à l'hôpital, je vais voir mon médecin traitant ?*». Il perçoit aussi à travers les enquêtes et les courriers adressés à la CRUQPEC qu'il y a une décharge des patients de leur corps à des professionnels qui les prennent en charge et lors de la sortie les patients semblent dire « *devoir se réapproprier leur corps pour être acteur de leur prise en charge et leur sortie mais cela n'est du tout pris en compte. Les patients souhaitent être pris en charge mais aussi que leur sortie soit préparée mais cela n'est pas du tout fait. C'est une rupture, d'un moment à l'autre, c'est « vous sortez » ok je sors « voilà vos papiers », terminé.* » Souvent dans les courriers, les patients expriment leur mécontent du peu d'informations données au moment de la sortie [...] d'un seul coup il faut libérer la chambre mais on ne decode pas le courrier on ne me dit pas ce qu'il y a dedans on me dit pas si j'ai des médicaments à prendre en urgence.» Il remarque aussi que les aidants ne sont pas pris en compte, « *le retour à domicile n'est pas le seul fait du patient c'est celui de son entourage, la famille.*» Un CSS donne un exemple pouvant retarder la sortie : « *si on ne prévient pas le patient et sa famille sur la sortie, parfois le patient n'a pas la clé de chez lui.* »

Concernant les maladies chroniques

Pour le président de la CME, les professionnels doivent « *se préoccuper des prises en charge des personnes âgées, des personnes handicapées et des personnes atteintes de maladie chronique afin d'orienter nos prises en charge par l'approche processus.* » Le CSS du pôle d'oncologie, constate que « *des retards d'entrée dans le processus de soins sont liés à une attente longue pour obtenir des rendez vous d'explorations.* »

Le médecin responsable des relations « ville-hôpital » avec un cardiologue de l'établissement, travaillent sur les maladies chroniques. Il déclare « *les parcours HAS sont très professionnels très techniques sur le parcours du patient mais trop axés encore sur une vision des professionnels mais cela ne se passe comme cela en réalité dans la vraie vie du patient.* » Il constate en général : « *on ne dit pas à un patient qu'il est insuffisant cardiaque, le patient ne sait pas ce qu'il a, donc il se dessine alors des parcours de soins*

extrêmement différents où le patient subit des soins sans forcément comprendre ce qui lui arrive.» Il déplore : « on continue de parler aux patients avec des termes incompréhensibles pour lui et sa famille, les patients ne sont pas écoutés suffisamment, il faut partir du patient car c'est bien lui qui est tétanisé par le risque de faire un infarctus à tout moment.» Pour lui, le parcours du patient « on n'y est pas encore, on est encore et toujours sur le parcours de maladie.»

Sur le plan du suivi de l'obésité et du post opératoire de chirurgie bariatrique, le cadre de santé explique que *« les patients se plaignent du vide entre la sortie et la consultation à un mois après l'intervention. »* Sur le plan de l'éducation, une difficulté existe, le patient est revu en consultation *« un mois, trois mois puis 6 mois, un an après puis 2 ans après l'intervention et puis tous les 5 ans. Nous notons que les patients grossissent entre ces périodes. Ils se plaignent de cette absence de contacts entre chaque consultation.»* Ce cadre de santé a remarqué que *« les patients venant avec des complications, n'ont pas reçu de préparation avant l'intervention et n'ont pas été suivi ensuite dans les établissements où ils ont été opérés. Une patiente nous a expliqué que le suivi post opératoire était payant, elle ne l'a pas fait. »*

Les formations et les outils au service du parcours de soins.

Un CSS de pôle expert en chemin clinique, souligne que les cadres de santé ne sont pas formés au chemin clinique pourtant le *« chemin clinique n'est pas exploité comme outil managérial et outil pédagogique au sein des équipes. Il inviterait les acteurs à travailler ensemble autour du parcours de soins du patient. »*

Pour l'infirmière programmatrice, elle a beaucoup appris par l'intermédiaire du médecin et du chirurgien, elle a assisté aux diverses réunions médicales et aux rencontres avec les autres services bariatriques de la région ainsi elle a pu construire cette compétence. Elle déplore qu'il y a *« des endroits où il n'y a pas d'infirmière mais des secrétaires à la place, mais nous ne faisons pas la même prise en charge, elle n'a pas l'expertise infirmière.»*

2.3.2 Des solutions proposées pour améliorer le parcours de soins

Pour le directeur général : *« il faut plus travailler sur la fluidité et envisager plus des processus, développer les partenariats, le chemin clinique pourrait être un outil mais nous en sommes pas là, il faut que les acteurs acceptent de travailler ensemble. Le directeur des soins est celui qui peut mettre du lien entre tous les rouages.»*

Régulariser la situation sociale pour faciliter le parcours

Le CSS du service social indique qu' *« il faut dès l'entrée du patient, travailler sur la situation sociale du patient pour envisager déjà les modalités de la sortie.»* L'utilisation de l'outil trajectoire sur l'établissement semble permettre une amélioration, depuis décembre 2013, *« depuis trois mois, cela a permis d'objectiver les trajets des patients et de mieux coordonner la sortie, les acteurs sont responsabilisés par rapport à l'enregistrement du*

patient sur l'outil. Il permet de visualiser très vite, les fragilités des personnes pour organiser leur sortie. »

Un engagement des acteurs

Un CSS explique que *« le parcours de soins du patient doit être porté par la direction des soins. Là où la direction des soins a porté le chemin clinique, le parcours de soins existe de l'entrée à la sortie. C'est à partir de là que les acteurs se connectent ensemble, c'est une culture à développer, à instaurer et à entretenir par les cadres à travers le raisonnement clinique. La construction des chemins cliniques permet de diminuer les zones à risques sur le parcours du patient. »* Le président de la CME a connaissance que certains établissements *« travaillent en interne sur le parcours de soins à partir des chemins cliniques, peut-être que cela pour aider à réfléchir ensemble sur nos organisations. »* Le CSS copilote du groupe projet ANAP-gestions des lits, estime que chaque service doit s'engager à *« flécher et dédier un lit pour les urgences cela pourrait faciliter l'accueil des nouveaux patients. »*.

Fluidifier les étapes du parcours du patient

Un CSS considère que le *« brancardage est un soin, il doit garantir la sécurité et la continuité des soins. Depuis l'utilisation des téléphones mobiles, les anomalies, les dysfonctionnements sont très vite réajustés par un régulateur central. Le temps des brancardiers est optimisé. Ce système permet de fluidifier le parcours des patients. »* L'activité du brancardier mérite à être visible et reconnu au sein des établissements car elle contribue à faciliter les interfaces du parcours interne.

Une sortie programmée et organisée.

Pour le chef de pôle, pilote du groupe ANAP, lors de l'arrivée d'un patient aux urgences *« il est nécessaire de diminuer le temps passé aux urgences. »* Le but de ce groupe de travail est pour lui *« de rétablir le contact entre les urgences et les services d'aval, avoir une relation fonctionnelle avec les services, permettra de diminuer l'attente et un accueil inconfortable de patients aux urgences. L'idéal serait d'avoir un logiciel qui informe en temps réel sur les sorties »* A cette étape du groupe, il indique que *« pour fluidifier le parcours de soins en intra hospitalier, il faut un management et une contractualisation. »*

Depuis quatre mois, une expérimentation de « bed manager » a été mise en place au sein d'un établissement enquêté, un cadre de santé a débute cette activité. Il effectue un tour des lits dans les services par contact téléphonique à 9 heures, 14 heures et 18 heures. Il répartit les patients sur les lits, son objectif est de « vider » les lits portes des urgences et surtout de *« trouver un lit pour les patients dans le bon service »*. Il recense les lits disponibles auprès des cadres de santé. Il partage ces informations avec les médecins urgentistes. Il relance certains services et suit si les sorties éventuelles se confirment. Il négocie les places, en cas de difficultés un médecin urgentiste prend le relai auprès de son confrère. Le cadre de santé « bed manager » rencontre des difficultés *« à ce jour,*

certains médecins ne jouent pas la transparence et bloquent des lits pour les hospitalisations programmées. » Il reçoit des refus des médecins « qui parfois cèdent si un médecin prend le relais pour négocier. »

La programmation du parcours de soins, un accompagnement à personnaliser. Depuis plusieurs années, une infirmière programmatrice, organise le parcours de soins des patients devant subir une chirurgie bariatrique. Ce poste fut créé pour répondre à une augmentation des demandes d'interventions bariatriques, pour mieux accompagner les patients dans cette démarche et coordonner les divers professionnels autour du patient. Ses activités se répartissent autour de la préparation à l'intervention avec l'entretien du patient afin de personnaliser son parcours, adapter des conseils éducatifs, programmer sa prise en charge. Elle participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire. Elle organise les diverses consultations, programme « *les hospitalisations de suivi à un mois, à deux mois, à trois mois, à un an, à trois ans, à puis tous les 5 ans.* » Son rôle est aussi de négocier avec l'imagerie des plages horaires pour programmer les examens de suivis des patients en ambulatoire. Elle assure un suivi téléphonique, les patients appellent pour obtenir des conseils ou lui faire part de leurs inquiétudes. Si elle détecte une complication, elle organise l'hospitalisation, les explorations de dépistage et la consultation avec le chirurgien. L'infirmière programmatrice souhaiterait avoir tous les emails des patients pour leur adresser leur convocation, leur faire des relances, leur rappeler leur rendez vous mais aussi échanger avec eux et prendre de leurs nouvelles. L'infirmière programmatrice permet au chirurgien de ne plus être dérangé par les appels des patients, elle apporte une réponse adaptée de part ses compétences et fait gagner du temps aux patients en cas d'urgence car elle peut programmer les explorations nécessaires.

Dans le cadre des maladies chroniques : des outils au service du parcours de soins du patient.

Le représentant des usagers a identifié une pratique dans une clinique privée pour suivre le patient atteint d'une maladie chronique « *le patient tous les 15 jours répond à un questionnaire en lien avec sa pathologie, via internet, où il décrit son état de santé à son médecin et celui-ci en fonction des résultats lui programme une consultation si besoin, par l'intermédiaire d'un message « SMS »* Il a connaissance aussi que cet établissement privé envoie aussi via un logiciel des messages de rappel de consultation ou de programmation d'hospitalisation aux patients. Cependant il aimerait voir les associations de patients atteints de maladies chroniques ou d'handicap « *plus intégrées au sein des groupes de réflexion en intra hospitalier pour faire valoir leurs besoins.* » Dans cette même logique, le médecin responsable du comité ville-hôpital, souhaite dans son groupe de réflexion sur le parcours de soins des patients atteints de maladies chroniques accueillir le représentant des usagers « *il nous faut dans le groupe de travail, un patient*

avec une légitimité, pour qu'il puisse nous dire si ce que l'on fait, est adapté en matière de communication, de développement de l'éducation thérapeutique, et de prise en charge. »

Le directeur général explique que le parcours de soins est abordé sur l'angle d'une analyse des processus au sein de son établissement. *« Le pôle en oncologie travaille dans ce sens et s'appuie sur la filière de soins pour construire les divers processus de prise en charge »* en lien avec la pathologie et l'axe thérapeutique du patient. Le CSS explique que la déclinaison¹⁰⁵ de ces processus *« permet de s'appuyer à chaque fois, sur une cartographie des processus et activités, maquette identique à suivre pour décrire tous les processus. Chaque processus comporte les données d'entrée du processus. Puis, ce macro processus définit le type de prise en charge, qui se décompose en cinq étapes : la programmation de l'hospitalisation, l'admission et l'accueil du patient, le bloc opératoire et le séjour, la sortie, la remise en état de la chambre. Puis, il figure les données de sortie du processus. »* Ces macro processus déclinent les activités à chaque étape, sous forme de check-list destinées, principalement aux paramédicaux en leur indiquant les temps forts et la chronologie du parcours de soins du patient durant ce type de prise en charge. Cet outil permet de situer le patient dans son parcours.

Avec la ville, un meilleur suivi des plaies chroniques est assurée par les infirmières libérales via la télémédecine, *« elles échangent rapidement avec les médecins, présentent l'évolution des plaies, puis réajustent rapidement le traitement entre deux consultations »* précise le CSS du pôle de MCO.

Un CSS du pôle chirurgie médecine, expert et formateur sur le chemin clinique, constate, que pour parler du parcours de soins du patient aux équipes *« il faut déjà intégrer le chemin clinique¹⁰⁶, avoir ainsi ensemble défini les grandes étapes les plus précises pour ensuite ramener vers un parcours personnalisé plus humain pour le patient, fait en fonction de lui, de sa compréhension, son état, à partir d'un entretien clinique. Le chemin clinique est un outil du parcours de soins du patient, c'est un processus qui est à la fois un outil de management par la clinique mais aussi un outil pédagogique pour les professionnels de santé et les étudiants. »* Le chemin clinique *« oblige les professionnels à faire un travail d'introspection, pour s'interroger et réajuster les prises en charge, puis ensuite faire bouger les organisations, pour s'adapter aux besoins du patient. Pour mettre le parcours de soins du patient au centre des activités soignantes il faut faire vivre les chemins cliniques. Les cadres de santé doivent utiliser les chemins cliniques comme un outil de management pour améliorer le parcours du patient et l'évaluer. »*

Dans le cadre de l'expérimentation des nouvelles grilles de la V2014, les experts HAS ont testé vingt et un parcours de patients. L'ingénieur Qualité a remarqué *« les professionnels ont apprécié d'être associé durant la visite aux questions sur les modalités de prise en*

¹⁰⁵ Annexe N° III, macro processus, p XVI

¹⁰⁶ Annexe N° IV, chemin clinique, p XV

charge du patient. » Cet aspect est une piste à exploiter pour le DS pour travailler sur le cœur des métiers.

Des formations sécurisant la prise en charge sur le parcours de soins du patient

La mise en place des macros processus sur le pôle cancérologie, a mis en évidence l'obligation de former les infirmières pour répondre aux soins du patient sur son parcours.

« Ces compétences validées furent inscrites dans leur passeport de compétences »

2.3.3 L'analyse du parcours de soins par les DS

Sur le plan des difficultés du parcours de soins

Un DS « A » constate un *« manque de coordination et un manque de représentation globale du parcours de soins de la part des professionnels. Chacun travaille pour son propre service, ils ont une difficulté à visualiser la globalité de la prise en charge des patients pendant leur séjour. A ce jour, les outils ne sont pas bien adaptés. »* Les freins à la continuité des soins sont du fait des *« acteurs, par exemple les chefs de service voient que leur service, ils raisonnent par prise en charge dans leur service, dans leur organisation sans tenir compte de celle des autres.»* Le DS « B » remarque un désinvestissement des acteurs sur le parcours de soins du patient *« les cadres relèguent cette tâche aux assistantes sociales. »* Il observe un manque des liens entre les acteurs et des échanges, *« les choses se font mais sans traçabilité, rien n'est pas formalisé.»*

Le DS « C » constate depuis l'élaboration de son mémoire sur le parcours de soins qu'il existe toujours *« des résistances des médecins à travailler sur les parcours alors que les paramédicaux sont demandeurs. »* Il précise que *« chacun défend son pré carré »* Il lui semble qu'il manque un *« pilote de la coordination, une seule tête reconnue, aujourd'hui, il existe plusieurs personnes à la tête des décisions pour le patient et si une personne dit non tout est bloqué. »*

Le DS « B » identifie plusieurs aspects à approfondir : l'organisation, la communication et la gestion des risques. *« Pour le parcours de soins, il faut travailler les interfaces, les risques se situent au moment des changements de service du patient. Il est important de bien définir le parcours de soins pour que chaque professionnel sache bien de quoi on parle ».*

Le DS « C » précise que dans le parcours de soins il y a une notion de temporalité avec diverses étapes dans son circuit au sein de l'établissement, dont *« le transport est un élément du parcours qui peut se répéter pendant le séjour et pouvant être des zones de fragilité. »* Il note que *« les cadences ont changé, auparavant il y avait du temps pour préparer les sorties maintenant il faut le faire aussitôt l'entrée. »*

Sur le plan des partenariats et de la communication: le DS « D » explique que le cœur du problème dans le parcours de soins du patient c'est les relations avec l'extérieur *« pour ma part je ne vois pas beaucoup de directeur des soins en lien avec l'extérieur de*

l'établissement ». Le DS « B » constate que *« les sorties sont insuffisamment travaillées avec les libéraux. »*

Les difficultés du parcours de soins sont liées au manque de fluidité avec l'aval, *« un jeune avec une fracture de fémur sera accueilli sans tarder en SSR. Une personne âgée ne sera pas acceptée dans l'immédiat même si elle a la même fracture. »* précise le DS « C ».

La communication difficile nuit à l'organisation des parcours de soins. Le DS « A » indique *« dès que l'on touche à l'organisation de la prise en charge du patient dans une spécialité, il y a des difficultés de communication, les différences de point de vue n'aident pas à la construction des parcours. »*

Pour le patient atteint d'une maladie chronique, le DS « A » note *« qu'il est difficile de mettre autour d'une table des personnes qui n'ont jamais travaillé ensemble. Depuis longtemps, le patient construit son parcours de soins en fonction de lui, de ce qu'il en a compris, le patient fait les liens entre les divers professionnels de santé, on morcèle la prise en charge, le patient tente de reconstruire sa prise en charge »*

Les pistes retenues par les DS pour améliorer le parcours de soins du patient.

Le DS « C » indique qu'il serait intéressant de *« développer plus les partenariats et de travailler plus entre les acteurs médicaux et paramédicaux. Il faut impulser le travail en réseaux avec les libéraux et les partenaires extérieurs afin de pouvoir ensemble fluidifier les sorties. »*

Le DS « B », indique qu'*« il faut mettre à profit toutes les compétences existantes sur l'établissement, avant de créer d'autres métiers, il faut que les acteurs apprennent à travailler déjà ensemble, sinon personne ne se sent concerné par le parcours. »*

Pour le DS « C » *« le parcours de soins doit être un axe inscrit dans la politique des soins et le projet de soins. Par l'intermédiaire des pôles, il est possible de créer une organisation de parcours de soins à partir d'une prise en charge en intra. La mise en place des macros processus pourrait être aussi développée dans d'autres types de prise en charge pas mais uniquement en lien avec une spécialité. La certification par le patient traceur nous y amène. Le parcours de soins avec l'approche par processus en oncologie permet de poser un autre regard, il reste à étendre en chirurgie et médecine. »* Le DS « A » aussi assure que pour fluidifier le parcours de soins, il est nécessaire *« d'orienter les professionnels sur les parcours de la HAS, afin d'impulser l'approche par macro processus, de développer la communication et la collaboration en inter-service aussi. La contractualisation entre différents services facilitera le parcours de soins. »* Le DS « C » précise qu'il est nécessaire de *« travailler sur les organisations qui sont pré identifiées mais cela oblige à travailler sur les interfaces c'est à cet endroit que se trouvent les fragilités. »*

Le DS «A» cite que les missions premières du DS sont « *de promouvoir un parcours de soins identifié institutionnellement, le DS a toute sa place car le parcours de soins du patient répond à une logique de prise en charge sur l'établissement.* »

Le DS « B » sur le plan de l'organisation du parcours de soins, il pense que pour « *l'organiser, c'est aussi trouver les moyens d'accompagner un changement, c'est aussi abandonner certains types de prise en charge, pour construire des parcours il faut un véritable travail collectif, un consensus* » Il cite la mise en place de la chirurgie ambulatoire qui a été un des prémices de formalisation de parcours de soins.

Le DS « C » ouvre sur le plan médico-économique, en disant que « *le parcours de soins doit permettre de modéliser les choses et d'anticiper les ressources humaines mais aussi de mesurer les recettes potentielles. De nouveaux métiers arrivent pour faciliter les parcours de soins, ils contribuent à la diminution des DMS avec un retour plus rapide à domicile du patient.*»

Le DS « D » d'un ESPIC, spécialisé en cancérologie, explique avoir été interpellée la première fois sur le parcours de soins en qualité d'infirmière « *lors des états généraux sur le cancer en 1998, où le patient réclamait d'être considéré comme une personne, une personne informée, éduquée sur son traitement, en connaissant les effets secondaires de son traitement, pouvant les gérer et être maître de son parcours.*» Cet événement l'a bouleversé sur sa pratique « *je pensais bien faire mon travail, je me suis posée des questions en me disant mais qu'est ce qui manque à la prise en charge du patient, je me suis dit qu'il fallait construire des référentiels de prise en charge.* » Depuis, il est expert et formateur sur le chemin clinique. Il constate que certaines équipes sont centrées sur des activités répétitives, se dispersent dans de nombreux projets et sont en recherche de sens : « *cela génère des équipes en perte de motivation et démissionnaire qui provoque un turnover important et bloque les projets. Le parcours de soins doit permettre aux équipes de se centrer sur la clinique. Le parcours de soins oriente le management des agents par la clinique, prétexte pour emmener tout le monde dans le même sens et donner de la cohérence et de la cohésion en se centrant sur le patient et ses besoins.* » Il dit organiser le parcours « *en organisant le désorganisant le plus rapidement possible pour gagner en efficience* ». Il précise que le chemin clinique « *est d'un grand recours pour le Département de l'Information Médicale (DIM) car il lui permet de retrouver de l'information pour évaluer le coût d'un séjour puisque tout est tracé* ».

Dans le cadre des sorties

Le DS « D » a mis en place dès l'entrée une procédure d'évaluation du niveau de sortie du patient. Le médecin définit avec le professionnel le niveau de la sortie:« *le niveau 1 correspond à une sortie simple sans prescription, le niveau 2 retour à domicile avec une prescription, le niveau 3 sortie avec HAD et le niveau4 transfert soins de suite* » Une

évaluation est refaite entre le deuxième et le troisième jour pour confirmer les modalités de sortie et les organiser avec l'outil « trajectoire ».

Depuis plusieurs années d'utilisation du chemin clinique, le DS « D » assure qu'il apporte une *« vision pédagogique de la prise en charge qui s'inscrit dans le parcours de soins du patient mais aussi un moyen d'évaluer et d'analyser les écarts.»* En effet, le chemin clinique permet aux étudiants, aux nouveaux agents et aux professionnels de *« s'y référer, ils sont sûrs de ne rien oublier, le chemin clinique donne du sens aux actions car le soignant doit s'interroger pourquoi à telle étape il fait tel soin. Il oblige à développer de nouveaux savoirs, c'est à la fois un outil d'intégration, de visualisation des compétences à développer. Il permet aussi de faire de la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC) et permet d'envisager le plan de formation, il apporte les connaissances essentielles aux soignants pour faire le soin »*

2.3.4 L'analyse des résultats

Cette étude sur le parcours de soins du patient hospitalisé, nous a permis de retenir divers points importants contribuant aux blocages et des éléments à développer comme la visibilité des parcours de soins, la communication, la recherche de sens, le partenariat, l'accessibilité des soins.

La visibilité ne semble pas se dessiner car il y a un cloisonnement dans les actes de soins. Les soins se succèdent de manière séquentielle à partir d'un organe défaillant ou d'une pathologie, ou à partir d'une intervention. A ce niveau, il apparaît que le patient compose et construit son parcours en fonction de ce qu'il en a compris.

Le DS doit favoriser des temps d'échanges entre le service et les pôles pour articuler les prises en charge. Le fait de centrer les soins à partir du patient vont permettre de visualiser et écouter les besoins des patients. Le management par la clinique peut permettre de redonner du sens aux actes effectués et de s'organiser en pluri professionnalité.

Les enquêtés nous ont mentionné des zones délicates au cours du parcours de soins, elles concernent l'entrée du patient, puis les transferts vers les plateaux techniques. Mais surtout la sortie est problématique par manque de places dans les structures d'aval.

Le DS doit développer des groupes de travail en transversal sur les interfaces et convaincre le président de la CME d'être parti prenante sur ces travaux à mener en pluri professionnalité. L'engagement des cadres de santé est indispensable à la réussite de la déclinaison du parcours de soins dans les services. Cet aspect s'inscrit dans la démarche qualité et la gestion des risques.

Face à la gestion des lits, nous pouvons retenir que des blocages sont issus d'un manque de transparence sur la disponibilité des lits, d'un manque de lits d'aval en interne ainsi qu'en externe, et des sorties non anticipées. Des pistes sont en cours de développement à partir de régulation de lits à partir de bed manager, d'infirmière programmatrice

contribuant à organiser la prise en charge et à l'anticiper. Comme à l'extérieur de l'établissement, ces formes d'organisation centralisée nécessite de se connecter entre elles pour ne pas encore segmenter la prise en charge du patient. La situation sociale du patient doit intégrer immédiatement les étapes à l'entrée du patient et faire partie des évaluations au même titre que celles des soignants.

La fluidité du parcours de soins ne pourra pas se généraliser si les acteurs ne travaillent pas ensemble et comprennent la chaîne des soins. La communication et la connaissance sur le rôle de chacun semblent primordiales. La valorisation du rôle de chacun dans le parcours de soins du patient devrait permettre de mieux résoudre les interfaces ou les blocages.

La mise en place de processus semble être un moyen de dessiner le parcours du patient et de situer le patient à chaque étape de son parcours. Concernant, le chemin clinique, ses avantages sont variés, il permet un management par la clinique avec un point d'encrage à établir avec les médecins et l'ensemble des paramédicaux. Sa structuration est une aide à la décision, à la fois un outil pédagogique. Il contribue à la GPMC. Il oblige à faire réfléchir sur les pratiques professionnelles, il répond à la démarche qualité. Dans ce cadre, il est relaté dans l'enquête de redonner du sens aux actions et ces deux outils semblent s'y inscrire.

Il apparait une nécessité de renforcer la communication auprès du patient et entre les divers professionnels en interne comme en externe. L'implication des usagers peut être une piste à développer car il pourrait faire progresser les professionnels sur d'autres logiques de communication.

L'ANAP sur la gestion des lits et la HAS par la certification V2014, apparaissent pour les enquêtes comme des vecteurs de mise en relief et réflexion autour du parcours de soins. Sur le plan de la sortie, il semble important de développer un accompagnement plus adapté en matière d'explication, de préparation à la sortie afin d'assurer un retour à domicile plus sécurisé et offrant une continuité après l'hospitalisation. Des partenariats sont à développer avec les libéraux pour assurer un meilleur suivi, améliorer les pratiques professionnelles et assurer une continuité des soins.

Les formations contribuant au parcours de soins, l'enquête révèle un champ qui est en cours de construction, rien n'est défini. Des orientations sur des formations aux chemins cliniques pourraient permettre une prise de conscience des acteurs aux besoins d'apprendre à travailler ensemble, puis de définir les étapes du parcours de soins du patient. Par cette démarche, comme pour la mise en place des processus apparait le besoin de savoirs, à faire acquérir aux professionnels pour contribuer au développement de compétences spécifiques à la prise en charge de patients.

3 Les préconisations du DS pour améliorer le parcours de soins du patient

3.1 Le parcours de soins du patient et le DS

3.1.1 Les missions du DS au service du parcours de soins

Sur le plan des missions, le référentiel de l'EHESP précise que le DS contribue à l'amélioration et la cohérence des parcours de soins du patient au sein de l'établissement. Il doit en interne organiser le parcours de soins et les activités afférentes en collaboration avec le corps médical. Le DS doit veiller à assurer la sécurité des soins et leur continuité. Il doit mettre en œuvre un management permettant de rendre visible le parcours de soins par des prises en charge de patient fluides, identifiées, relayées en interne comme à l'extérieur de l'établissement. Un des objectifs prioritaires est de créer du lien entre les acteurs, les structures et surtout les usagers afin de répondre efficacement aux besoins de santé.

3.1.2 Un préalable pour le DS : faire le diagnostic

A court terme, lors de la prise de fonction en qualité de DS, il est nécessaire d'effectuer un diagnostic de la situation de l'établissement sur son territoire. Une recherche sur le profil de la population et son état de santé pourra lui permettre d'envisager et de comprendre les besoins de la population. Des sites sur internet pourront lui permettre de compléter cette étude de terrain pour appréhender la situation. L'INSEE indiquera des données sur la zone d'emploi et la DREES-santé pourra compléter par des informations sur la santé et le recours aux soins de la population. Le site ARS de la région pourra le renseigner sur le projet régional de santé à partir du diagnostic stratégique régional et les orientations retenues sur le territoire. Les données disponibles du SROS, le Programme Territorial de Santé, les Conférences de Territoire, Observatoire Régional de Santé (ORS) pourront cerner les problématiques de santé et envisager les filières de soins. Puis d'autres sites pourront compléter cette étude à partir d'ATIH (statistiques MCO, cartographie de recrutements des patients), HOSPIDIAG (concernant les parts de marché et le recrutement), STATISS (pour les statistiques et indicateurs de santé et sociaux). Le DS devra aussi cerner la coordination sur le territoire des Coopérations Hospitalières de Territoire (CHT), Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) et l'existence ou non de réseaux.

A moyen terme, localement sur le territoire, le DS étudiera au plus près le contexte en repérant ce qui fonctionne, dans quelles conditions, quelles sont les liaisons entre les acteurs, comment s'articulent les différents professionnels du sanitaire, du social, de la ville et du médico-social ? Il est important de s'appuyer sur ce qui existe déjà, d'aider à se

développer, à rendre transparent puis connecter les actions entre elles. Il est nécessaire de créer du lien entre le CLIC, les plateformes MAIA et le PAERPA.

Au sein de l'établissement, à court terme, le DS doit s'appuyer sur la politique générale et le projet d'établissement. Le Directeur Général de l'établissement fixera les missions accordées au DS au sein de l'établissement. Le projet de l'établissement va orienter certains axes sur le parcours de soins, ils seront à repérer pour les lier les uns aux autres et les rendre lisibles pour tous les professionnels. Les rapports de la certification de la HAS sur l'établissement peuvent aussi mesurer l'état d'avancement concernant la sécurisation des prises en charge et la définition de parcours de soins des patients.

3.1.3 Un maillage des acteurs pour le parcours de soins du patient : un objectif pour le DS

Membre de l'équipe de direction, le DS doit s'inscrire dans la dynamique et collaborer avec les différents directeurs. C'est pourquoi, dans le cadre du parcours de soins, le DS se rapprochera des directeurs et des responsables contribuant à améliorer le parcours de soins : le directeur de la qualité, le coordonnateur de la gestion des risques, le directeur de la stratégie et de la performance, le directeur des systèmes d'information...

Le DS doit travailler en étroite collaboration avec le président de CME et articuler le projet de soins avec le projet médical. Puis, ensemble, ils pourront mettre en relief des parcours de soins de patient en impulsant des groupes de travaux en équipe pluriprofessionnelle.

A partir du projet de soins déjà élaboré et les comptes rendus de la CSIRMT, le DS pourra prendre connaissance du chemin parcouru, des projets conduits à terme, ceux en cours et ceux à envisager ou à réorienter en fonction des nouvelles recommandations en lien avec les parcours patients.

A partir des contractualisations internes, le DS peut aussi découvrir comment les pôles s'approprient le parcours de soins du patient. Il peut rechercher si les contractualisations entre les pôles et le directeur général, ont été définies dans ce sens et si elles sont déclinées au sein des services de soins et avec les prestataires.

L'existence de réunions de concertation pluriprofessionnelle positionnera le degré de communication entre les divers professionnels.

L'existence et le dynamisme des filières de soins, entre la ville et hôpital, seront des aspects permettant au DS d'évaluer les axes possibles à développer, à consolider ou à maintenir.

En externe, la rencontre avec les partenaires d'amont et d'aval à l'hospitalisation, va permettre de tisser des liens, d'ouvrir le dialogue afin de comprendre les difficultés et envisager des pistes de travail.

La possibilité de participer à la conférence de territoire, peut faciliter le DS à percevoir les problématiques des usagers face à leurs besoins de santé.

Des rencontres Ville-Hôpital seront des moyens pour améliorer les parcours de soins en tenant compte des avis des acteurs extérieurs à l'hôpital et des usagers afin de définir des axes d'amélioration sur les prises en charges et les outils à partager.

Les liaisons avec les professionnels libéraux, infirmières, kinésithérapeutes et médecins pourront contribuer à mettre en place des prises en charge ambulatoires de patients. Cela va nécessiter un travail en collaboration des rencontres, des échanges, des formations communes pour se centrer ensemble sur le même objectif : assurer un parcours de soins de patient, cohérent, auprès du bon professionnel, au bon endroit, au bon moment, avec compétence et sécurité des soins.

Les structures d'aval sont des partenaires à rencontrer pour identifier les circuits des personnes, améliorer la fluidité. Elles comprennent le retour à domicile, la réadaptation et la rééducation, les soins de longues durées et les EHPAD. Ces interfaces sont à travailler avec les équipes pour anticiper les sorties et éviter les réhospitalisations.

Sur le plan local, le DS et les membres de l'équipe d'encadrement pourraient se rapprocher et travailler avec les structures existantes ou celles en cours de création afin de répondre au plus près des besoins. Des échanges et des temps de travail pourraient faciliter une meilleure connaissance des besoins de santé et de prise en charge sur le territoire pour les populations fragilisées comme les personnes âgées et les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Dans le cadre de la maladie d'Alzheimer, les Maisons pour l'Autonomie l'Intégration et des malades Alzheimer(MAIA) peuvent permettre de créer un réel travail en partenariat autour des patients touchés par la maladie. En effet, ce dispositif se met progressivement en place sur les territoires. Son objectif est de travailler avec les divers partenaires sur un territoire défini. Il s'agit face aux diverses structures de « [...] favoriser le décloisonnement [...] dans les secteurs médico-social et sanitaire en organisant leur coopération selon un processus établi afin que tous les partenaires recensés sur un territoire partagent des référentiels et aient des pratiques communes. »¹⁰⁷ Les gestionnaires de cas des MAIA sont des interlocuteurs facilitateurs pour les parcours de soins.

Le Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) avec son coordonnateur permet aussi de fédérer les acteurs locaux. Il est une ressource pour identifier sur le territoire les partenaires pouvant contribuer à répondre aux besoins de patients sur certains parcours. En effet, le CLIC répond « à une triple logique et remplit des missions graduées selon le niveau de labellisation du CLIC [...] une logique de proximité, une logique d'accès facilités aux droits, une logique de mise en réseau des professionnels [...] »¹⁰⁸.

¹⁰⁷ MAIA, Présentation de l'appel à projets Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer, Mars 2011, Disponible sur le site internet : http://www.ars.picardie.sante.fr/fileadmin/PICARDIE/documentations/docs_8internet/democratie_strategie/CRSA/com_spe/Annexe3_Presentation_AAP_MAIA.pdf

¹⁰⁸ Le CLIC, consulté sur le site internet le 10 octobre 2014, disponible sur : <http://www.capretraite.fr/le-clic-1866149-48.html>

Il est nécessaire aussi de repérer les réseaux et les filières existantes qui tracent aussi des étapes dans le parcours de soins du patient mais aussi peuvent aider le patient dans son parcours si une synergie s'installe entre les acteurs et permet à chacun de savoir qui fait quoi ?

En interne à l'établissement :

Le parcours de soins à l'hôpital concerne la prise en charge du patient de l'entrée à la sortie par multiples acteurs.

Sous l'autorité du Directeur de l'établissement, le DS « *organise, contrôle et évalue la mise en œuvre par les cadres de santé de la politique des soins de l'établissement* »¹⁰⁹.

Le directeur de soins doit rencontrer et travailler avec ces différents collaborateurs au sein de l'établissement. « *Il participe en liaison avec le corps médical et l'ensemble de l'encadrement à la conception, l'organisation et l'évolution des structures et des activités de soins* »¹¹⁰ En effet, avec le président de la CME, un travail en binôme permet d'élaborer une stratégie pour faire converger les acteurs vers un travail collectif sur le parcours de soins du patient.

L'équipe d'encadrement veilleront à la déclinaison des axes du projet de soins et notamment concernant les orientations sur le parcours de soins. Ils sont les premiers relayeurs d'une culture à partager et faire que les parcours de soins se dessinent sur l'établissement en transversal. Les cadres de santé de pôles pourront avec les cadres de santé des services et des unités, tracer les parcours des patients accueillis, soit en fonction de leur pathologie ou du type de prise en charge. Au plus près des patients et de leurs attentes, les processus de soins pourront s'écrire par les équipes et s'articuler avec les autres acteurs en intra et en extra hospitalier.

Cette approche ne pourra se faire sans la présence des médecins chefs de pôles et des chefs de service.

Les chefs de pôles et les cadres de santé de pôle pourraient être contraints à s'impliquer sur les parcours de soins du patient, dans le cadre de la contractualisation interne avec les pôles. Ainsi les orientations institutionnelles, concernant le parcours de soins du patient, feront parties des engagements à respecter vis-à-vis du patient au sein des unités de soins.

Le service social a une place importante dans le parcours de soins du patient. En effet, le DS pourra aussi s'appuyer sur l'analyse de la situation du territoire par le cadre du service social. Ainsi, le DS mesurera les difficultés de fluidité des parcours en aval et pourra envisager ainsi des marges de progression : réajuster par l'anticipation des sorties,

¹⁰⁹ Décret N° 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret N°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, Article 4 alinéa III 1°

¹¹⁰ *Ibid.*, Article 11 alinéa III, 4°.

instituer une évaluation sociale à l'entrée systématiquement ou rechercher des réponses avec les structures externes.

3.2 Le management du DS : engager les acteurs sur le parcours de soins du patient

3.2.1 Les leviers en faveur du management du parcours de soins

Sur le plan de l'engagement des acteurs, le DS doit manager sur un plan transversal, vertical, descendant mais surtout ascendant. Son management devra s'appuyer sur divers aspects.

Un management participatif

En effet, les équipes sauront analysées au plus près les causes et les conséquences des dysfonctionnements. A partir de groupes de travail, les cadres utiliseront un management participatif qui permettra une implication des professionnels. Ils seront valorisés par leur production et le fait d'échanger autour de leurs pratiques et leur cœur de métier. En partant de leur quotidien, ils pourront exposer des pistes de solutions. L'orientation sur le parcours de soins placera le patient au centre des processus à définir.

Un management par le raisonnement clinique.

Recentrer les équipes sur leur cœur de métier et les amener à réfléchir sur la situation vécue par le patient va contribuer à améliorer leurs pratiques. Ainsi, il donneront du sens en apportant une attention particulière aux patients et leur famille. L'équipe d'encadrement devront animer les transmissions orales et améliorer les transmissions par leur présence et leur accompagnement. Les CS pourront alimenter le questionnement de l'équipe sur les prises en charge, amener la réflexion sur le projet de soins personnalisés et le parcours du patient : en développant des réunions de synthèse, des retours d'expériences (Retex) sur des situations prévalentes ou interpellantes. S'il existe une infirmière clinicienne, elle accompagnera les équipes pour améliorer les transmissions ciblées et tracer le parcours du patient au sein de son dossier, notamment sur les macrocibles d'entrée, intermédiaire et celle de sortie.

Un management par la qualité qui s'appuie sur des indicateurs de suivi.

Les rapports de la certification de la HAS peuvent présenter l'état d'avancement de l'établissement sur la sécurisation des prises en charge. La préparation de la V2014, est un levier pour le DS afin de mobiliser les acteurs autour du parcours de soins. En fonction de la date de certification « patient traceur », le DS pourra aussi impulser la démarche en demandant à ce que les organisations mises en place soient identifiées à propos des parcours de soins. Lors de la préparation de la visite, certains parcours en lien avec des pathologies chroniques prévalentes, pourront être formalisés, voire réajustés et enrichis.

Les outils liés à la démarche de gestions des risques pourront compléter les axes de ce management. La définition de la cartographie des risques a priori sur le parcours de soins

contribuera à anticiper les étapes, les interfaces. Ce repérage permettra aussi d'identifier les profils de patients fragilisés.

Il est nécessaire de repérer les zones critiques dans les parcours de soins des patients, les circuits hospitaliers présentent des risques, notamment dès l'entrée, lors du transport au sein de l'établissement, lors des explorations fonctionnelles, des bilans sanguins, lors de la prise en charge au bloc opératoire, lors de la sortie vers un retour à domicile ou vers une structure d'hébergement. Le DS doit mettre tout en œuvre pour détecter les zones à risques du parcours de soins et mobiliser les professionnels dans cette lecture afin de rendre les processus de soins plus lisibles.

L'approche des risques a posteriori peuvent informer sur le parcours de soins du patient. Les fiches de déclaration d'événements indésirables renseignent sur les points critiques éventuels durant le circuit du patient de son entrée à sa sortie. Ces informations seront le point de départ de réflexions avec l'encadrement, afin de comprendre l'organisation du circuit, repérer les zones à risques et réajuster.

Le DS intervient afin de mettre du lien entre les acteurs, veiller à garantir la sécurité et la qualité au fil du parcours de soins et des activités de soins.

Le rapport de certification de la HAS renseigne sur les axes à maintenir, à consolider et à développer. L'appropriation du référentiel de la HAS permet aux acteurs de s'auto-évaluer sur leurs activités et de les engager à réajuster afin de sécuriser les soins.

L'utilisation d'audits internes donne une photographie des pratiques et des organisations à des moments définis.

Le DS pourra appuyer la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, à partir d'audits internes. L'Instrument Global d'Evaluation de la Qualité des Soins Infirmiers (IGEQSI) consiste à évaluer la qualité et la sécurité des soins sur des thèmes divers. Les résultats présentés aux équipes et aux cadres sont des leviers et impulsant une prise de conscience. A partir de ce constat, les équipes réajustent à partir d'un plan d'actions. Sur le dossier du patient concernant l'entrée et la sortie, IGEQSI évalue les transmissions ciblées. Si la macrocible d'entrée n'est pas renseignée correctement, cela peut présager des risques pour le circuit du patient jusqu'à sa sortie. IGEQSI peut évaluer aussi la prise en charge du patient au moment de son passage au bloc opératoire où l'interface présente des risques : en matière d'identitovigilance et circuit de prise en charge préopératoire, pendant puis post opératoire.

Un management à partir de la satisfaction du patient

Les bilans de la CRUQPC peuvent compléter cet état des lieux, en prenant connaissance de l'insatisfaction, des attentes des patients et de leur famille, lors de leur hospitalisation et ainsi pouvoir l'améliorer en partant de leurs besoins, tout au long de leur parcours de soins. Ces éléments doivent être communiqués aux professionnels pour les conduire à réajuster leurs pratiques à partir de plans d'actions.

Les résultats des enquêtes de satisfaction, I-SATIS auprès des patients, vont contribuer à renseigner sur la qualité des soins, le confort, et l'organisation de la sortie.

Des indicateurs de satisfaction pourront aussi amener d'autres précisions sur le parcours de soins comme le délai d'attente pour la prise en charge sociale, le délai d'attente du patient entre son arrivée aux urgences et son installation dans l'unité.

3.2.2 Des outils de suivi des parcours de soins des patients

Dans un premier temps, le DS doit apprécier les outils utilisés par les professionnels pour tracer le parcours de soins du patient. Il s'appuiera sur des outils de traçabilité permettant d'identifier l'engagement des professionnels à travailler ensemble afin de faciliter le parcours du patient. Il s'appuiera sur le dossier patient et vérifier le degré de partage des informations sur le patient.

Le système d'information de l'établissement est essentiel pour le suivi du parcours du patient, à la fois pour tracer les soins effectués mais aussi pour leur programmation, leur réalisation et la sécurité. Il vérifiera si la durée de séjour est efficiente en suivant les chiffres de l'Indice de Performance de Durée Moyenne de Séjour (IP DMS) et ainsi se comparer aux autres établissements.

En travaillant avec le médecin DIM, le DS pourra aussi approfondir les taux de ré hospitalisations évitables de patients.

Il apparait important aussi de faire apparaitre la notion de parcours au sein du projet de soins et au sein de la CSIRMT.

Auprès du service social, il pourra obtenir des informations sur l'anticipation des sorties, tracée dans le logiciel Trajectoire.

Chaque jour, la connaissance des lits disponibles et l'horaire des sorties indiquera la dynamique dans les parcours et la réactivité des structures d'aval.

Le système de régulation centralisé du brancardage est un atout au sein de l'établissement pour organiser la prise en charge et programmer les déplacements du patient vers les services prestataires. L'optimisation du brancardage peut contribuer à produire des parcours de soins plus fluides au sein de l'hôpital et tracer par le système informatique.

La mise en place de chemins cliniques contribuera à faire travailler les équipes sur les parcours de soins. Cet outil peut être utilisé comme un retour d'expérience, un travail commun avec l'équipe médicale. Il permet aussi d'évaluer l'efficacité des prises en charge. Une fois, formalisé le chemin clinique sera utile comme support pédagogique pour les nouveaux professionnels et les étudiants. Dans le cadre de déploiement de définitions de processus de prise en charge ou de chemins cliniques, une conduite de ce projet sera à établir. Elle organisera autour d'un calendrier, un comité de pilotage, un plan d'action, des bilans d'étapes et des évaluations.

3.3 Le développement de compétences nouvelles une avancée pour le parcours de soins du patient

3.3.1 Des compétences en organisation et en négociation

Concernant la coordination du parcours de soins du patient, la régulation des flux des patients par une gestion centralisée des lits contribue à fluidifier l'accueil de nouveaux patients et oblige à anticiper les sorties. Le bed manager dans ce rôle favorise le partage des informations avec les unités et facilite l'accessibilité aux soins. L'ordonnancement réunit tous les acteurs intervenants dans le parcours de soins du patient. Il concerne les urgences, les consultations, le service social, les services d'imagerie et les explorations, le bloc et les unités de soins. Pour développer ces activités nouvelles, le DS doit identifier les professionnels pouvant occuper ces activités et leur donner les moyens de développer des compétences en négociation, en organisation et en informatique. Elles sont à transférer aussi sur les consultations, la programmation des actes d'imagerie et le programme opératoire.

3.3.2 Des compétences reconnues, partagées et protocolisées

Pour les maladies chroniques, le DS peut contribuer à améliorer le parcours de soins du patient en accompagnant les coopérations professionnelles. Dans le cadre de l'article 51 de la loi « HPST » relatif aux coopérations professionnelles, des compétences infirmières pourraient être développées et diminueraient les délais d'attente pour obtenir une consultation médicale. Le suivi et l'éducation du patient pourraient ainsi régulièrement être effectués par cette infirmière. Ainsi sous protocole médical, elle accompagnerait le patient dans son parcours de soins. Ces consultations infirmières intermédiaires rassureraient le patient et apporteraient une aide personnalisée à l'observance de son traitement et le suivi de son état de santé. Elle le guiderait dans son parcours de soins. Ces protocoles pourraient être développés, dans le cadre des pathologies chroniques déjà présentées dans les guides de la HAS : insuffisance cardiaque, diabète, maladie de Parkinson par exemple, afin d'améliorer le parcours de soins du patient.

3.3.3 Des compétences partagées entre la ville et hôpital

Formation entre infirmières libérales et hospitalières.

Dans le cadre de la formation continue, il serait intéressant de partager des formations avec les infirmières libérales avec l'hôpital. Des sessions sur divers thèmes pourraient être mises au plan de formation. Face aux problématiques rencontrées dans leur prise en charge, les formations pourraient assurer une actualisation des connaissances à la fois pour les infirmières hospitalières mais aussi les infirmières à domicile. Elles pourraient améliorer les prises en charge lors de maladie chroniques et en post opératoire à domicile. Le partage des expériences pourrait favoriser aussi les relations avec la ville et

ainsi consolider un partenariat bénéfique pour la sécurité des soins et le patient. Ces temps de formation seraient aussi le lieu d'échanges sur les pratiques professionnelles.

3.4 Des perspectives à développer pour le parcours de soins

3.4.1 Communiquer et partager entre professionnels

Court moyen et long terme

Le parcours de soins doit être inscrit au sein du projet de soins et se décliner dans les pôles puis les unités. Il doit aussi retrouver défini au sein des divers livrets d'accueil pour le patient, le nouvel agent et les étudiants.

Le parcours de soins pour être visible doit être un axe retrouvé dans les divers projets et pour établir des plans d'actions, cela nécessite de faire partager cette notion auprès des acteurs et des collaborateurs. Il doit s'inscrire dans les divers projets institutionnels. Le DS et l'équipe d'encadrement doivent donner du sens aux projets et aux actions en expliquant et en argumentant l'objectif à atteindre et pourquoi. Il est nécessaire de faire preuve de pédagogie et de trouver tous les moyens pour emmener les acteurs sur cette perspective d'amélioration des parcours. Une clarification des objectifs avec l'équipe d'encadrement permettra d'éclairer de façon pratique le sens à donner aux parcours de soins des patients en interne et en externe avec la ville et les structures d'aval. Peu à peu, le parcours de soins sera tracé en transversal sur l'établissement et articulé entre les diverses interfaces.

Sur le plan du management, il est important pour le Directeur de soins de donner du relief aux professionnels travaillant et accompagnant le parcours du patient sur l'établissement. La Direction des soins regroupe depuis le décret du 19 avril 2002 : les soins infirmiers, les soins de rééducation et médico-techniques. Ces professionnels s'articulent tout au long du parcours du patient mais connaissent-ils le rôle de chacun ? Identifient-ils les compétences et la complémentarité de chacun ? Il serait intéressant de travailler sur les collaborations entre les acteurs et permettre à chacun de se positionner dans la prise en charge et de comprendre le champ d'activités des uns et des autres. Ces échanges pourraient s'établir en transversale sur l'établissement par une journée sur les métiers. Puis sous la forme d'échanges sur la prise en charge des patients, les CSS de pôles et les CS pourraient animer ces rencontres au sein des pôles et des unités, en inter pôles et travailler sur la complémentarité des acteurs dans la prise en charge.

3.4.2 Visualiser les acteurs du parcours de soins

Un calendrier annuel pourrait permettre de positionner des événements pouvant rendre visible aux professionnels et aux usagers l'existence du parcours de soins. L'organisation de journées à termes sous la forme de stands ou d'échanges pourrait rythmer l'année.

Si nous l'avions mis en place sur 2014, les dates à retenir auraient pu concerner : la semaine de la sécurité du patient du 20 au 28 novembre sur « *ensemble, engageons nous pour des soins continus entre la Ville et l'Hôpital* », et la journée de « *l'aidant* » le 6 octobre. D'autres journées pourraient s'organiser avec les associations de patients, avec les structures d'orientation et d'information MAIA et CLIC mais aussi sur les structures d'aval. L'établissement pourrait aussi présenter ces activités conventionnelles mais aussi les alternatives à l'hospitalisation en mobilisant tous les acteurs de l'hôpital et de la ville.

3.4.3 Les valeurs tout au long du parcours

Cela signifie partir du patient de ce qu'il vit et ce qu'il ressent pour assurer un accompagnement adapté au rythme des étapes de son parcours et de ses besoins sur sa trajectoire de vie.

Le directeur des soins doit s'appuyer sur les valeurs soignantes pour placer le patient au cœur des soins et mobiliser les acteurs sur le cœur de métier. La valorisation du travail effectué permet aux équipes de continuer à avancer et de se sentir reconnu. Cela favorise l'estime de soi et motive les agents. L'affichage de cette culture doit partir du sens que les soignants peuvent donner à leurs actions.

Accompagner le patient dans son parcours suppose l'accueillir, l'écouter, le soigner, lui expliquer, l'encourager et le soulager dans les différentes étapes par rapport à lui mais aussi sa famille ou ses proches. Son parcours de soins jusqu'à sa fin de vie est la préoccupation des professionnels. Lors de son décès, fin de son parcours de vie, nous avons le devoir d'envisager une procédure de transfert et d'accompagnement à la chambre mortuaire pour lui et sa famille, avec dignité et un accueil adapté.

3.4.4 Les perspectives à envisager pour le parcours de soins

Sur le plan institutionnel, il est important de communiquer autour du parcours de soins du patient auprès des équipes et définir le sens et les termes associés.

Dans le cadre de la CSIRMT, les projets sur le parcours de soins pourraient être présentés par les équipes concernées.

Il est important de communiquer avec les représentants des usagers. Leur présence peut faciliter les travaux de réflexion sur la prise en charge des parcours. Sur les pathologies chroniques, il serait judicieux de faire participer les patients, les associations de patients ou le représentant des usagers pour répondre au plus juste à leurs besoins. Cela pourrait aider les soignants à avancer sur des pistes de réponses qu'ils n'auraient pas envisagées. Inviter le représentant des usagers lors de séances de la CSIRMT, pourrait amener un changement de regard et une évolution pour les prises en charge : une écoute et une reconnaissance réciproque.

Le raisonnement clinique permet aux soignants de donner du sens à leurs actions. Le DS doit sur le plan de formation et dans le projet de soins, prévoir des formations au

raisonnement clinique et transmissions ciblées pour tracer correctement la prise en charge. La traçabilité sur le dossier permet d'évaluer la pertinence du raisonnement clinique et la continuité des soins durant l'hospitalisation. Ainsi des référents pourraient être répartis dans les unités.

La mise en place de salon de sorties pourrait garantir de libérer des lits le matin au sein des unités pour de nouveaux patients. Les patients sortants seraient installés dans des salons en attendant leur départ de l'hôpital. Une surveillance, du confort, un accès à un cabinet de toilettes apporteraient une qualité des soins, à la fois sécurisée par la présence de professionnels. Ainsi, les entrées seraient prises en charge plus rapidement et plus confortablement.

Concernant l'entrée du patient, une réflexion institutionnelle pourrait être initiée pour définir un circuit patient fluide en partenariat avec les médecins libéraux. Pour les patients venant consulter aux urgences sans passer par un médecin de ville, il serait intéressant d'accueillir et d'orienter plus rapidement ces patients vers une maison médicale. Afin de faciliter cette accessibilité aux soins, la maison de santé pourrait y répondre et désengorgerait les urgences. L'ouverture d'une maison de santé, de type « dispensaire », assurerait des soins de premier recours auprès de la population.

Dans le cadre de l'accueil des étudiants en stage, le DS de l'hôpital en partenariat avec le DS de l'IFSI pourraient ensemble organiser le parcours de stage en fonction du parcours de soins du patient afin de préparer le futur professionnel à cette approche.

Puis pour les patients destinés à leur sortie d'être orientés vers les Soins de Suite et de Réadaptation(SSR), il pourrait être envisagé de créer un SSR à domicile en le combinant soit avec une structure HAD de l'hôpital et, ou avec des libéraux. Les sorties pourraient être plus fluides et les patients retourneraient à leur domicile pour poursuivre leur prise en charge.

Conclusion

Cette étude a analysé le parcours de soins du patient de son entrée à sa sortie de l'hôpital ainsi que son impact sur le territoire. Il était nécessaire de repérer les difficultés sur le parcours de soins pour envisager des solutions. L'enquête réalisée a permis de cibler les zones fragiles. Les solutions des acteurs sont des axes à développer pour améliorer le parcours de soins du patient.

En effet, le parcours de soins doit être une préoccupation de tous les acteurs à chaque articulation des diverses interfaces. Fluidifier le parcours de soins, nécessite de travailler ensemble sur la qualité et la sécurité de la prise en charge. Les soignants doivent être associés à cette réflexion pour que le parcours de soins, vive et soit visible. A partir de l'appropriation par les professionnels, le patient pourra plus facilement comprendre, s'orienter et adhérer à sa prise en charge.

Le DS sera l'acteur devant impulser et accompagner les partenariats à développer entre les professionnels de la ville et de l'hôpital. Ce maillage facilitera les échanges et formalisera des repères sur « le qui fait quoi et comment ? ». Le réajustement des pratiques par des rencontres pluri professionnelles amèneront à créer des liens puis faciliteront la visibilité du parcours de soins. L'objectif du DS s'oriente vers le développement d'une culture du « parcours de soins » qui contribue à placer « le bon professionnel au bon moment avec la bonne compétence ». Cette démarche doit se faire en collaboration avec le président de CME et s'appuyer sur les équipes d'encadrement, afin de se coordonner en interne, retravailler sur les pratiques professionnelles et dessiner des macros processus ou élaborer des chemins cliniques en pluri professionnalité. L'ouverture sur la ville aidera à améliorer l'entrée et la sortie du patient.

L'optimisation d'outils, l'organisation des flux patients et l'apparition de nouveaux métiers contribueront à accompagner plus harmonieusement le patient sur son parcours. La place centrale donnée aux usagers sera une force pour mieux comprendre la situation singulière que vit toute personne lorsqu'elle rentre dans la maladie. Le patient pourra devenir plus acteur et nous pourrons mieux répondre à ces attentes. Le DS doit donner du sens aux actions et le management par le raisonnement clinique permet comme le précise Frédérique Decavel, Directrice des soins au CHU d'Angers, « [...] *en inscrivant clairement le développement du raisonnement clinique sur toutes ses formes dans le projet de soins, la direction des soins oriente politiquement et stratégiquement les professionnels vers la reconnaissance de la pertinence des actions de soins au service des usagers.*¹¹¹ »

¹¹¹ Citée dans la préface de Psiuk T., Couby M, 2013, *Plans de soins types et chemins cliniques 20 situations prévalentes*, Préface

Bibliographie

Textes législatifs et règlementaires

LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 1 (V), *Chapitre II : Missions de service public des établissements de santé, Article L6112-1,*

LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, nommée aussi loi Douste-Blazy, publiée au journal officiel d 17 août 2004

Circulaire N°DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé(PASS)

GUALINO, édition 2012-2013, *la constitution de la V^e République*, lextenso éditions, 48 p.

Ouvrages

BATIFOULIER F., CHENUT M., COSTES JF., et al, 2011, *Promouvoir les pratiques professionnelles en action sociale Etablissements, dispositifs, réseaux*, Paris : Dunod, 357p.

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

CHARRIER J., RITTER B., 1999, *Le plan de soins guide Un support du diagnostic infirmier Elaboration et mise en œuvre*, Paris : Masson, 222p.

ECKL P, HARMAND C, 2007, *Guide du management intégré Une approche par processus*, 2^{ième} tirage, La Plaine Saint-Denis Paris : Afnor Editions, 168p.

EHESP, Référentiel du métier de directeur des soins, 2010.

Inspection Générale des Affaires Sociales, *Rapport 2012 L'Hôpital*, la documentation Française, 295p.

KOURILSKY F, 2014, *Du désir au plaisir de changer*, 5^e édition, Dunod Edition, Paris, 310 p.

Le Petit Robert, 1996.

LOUBAT JR., 2013, *Outils santé social Coordonner parcours et projets personnalisés en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, 217p.

LE SAGET M, 2013, *Le manager intuitif vers l'entreprise collaboratrice*, Dunod Editions, Paris, 320 p.

MORICEAU C et al, mai-juin 2013, *Gestion des lits et ordonnancement du circuit patient Un dispositif innovant expérimenté au CHU de Nantes*, Revue Hospitalière de France, N°552, p 36 à 43.

PELLETIER C., 2005, *Démarche qualité et services aux personnes à domicile*, Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services aux Domiciles, Paris : Edition Dunod, 156p.

PSIUK T., VERHELST C., 2011, *Plans de soins types et chemins cliniques 19 situations cliniques prévalentes*, Issy les Moulineaux : Elsevier Masson, 382p.

PSIUK T., GOUBY M., 2013, *Plans de soins types et chemins cliniques 20 situations prévalentes*, Issy les Moulineaux : Elsevier Masson, 372p.

Articles

VLAEMYNCK F, 1^{er} mars 2011, *Infirmières coordinatrices sujets soignants mal identifiés*, L'infirmière Magazine, n° 274, P 20-23

Rapports

CORDIER A et al Comité des sages, un projet global pour la stratégie nationale de santé, juin 2013, *19 recommandations du comité des sages*, 147 p.

COUTY E, février 2013, *le pacte de confiance pour l'hôpital*, 71p.

HCAAM, 2012, *Avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM*, 31 p.

Communiqué de presse : Marisol Touraine, décembre 2012, *Annnonce du « Pacte territoire-santé »*.

Conférences

12^{èmes} Journées nationales d'étude 2014, *De l'hôpital au Territoire Pour un parcours de vie*, Nancy.

Conférence de presse du 23 septembre 2013 : « stratégie nationale de santé : vers la refondation du système de santé français »,

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/intro_mme_devictor_consult_sns_1906_env_230614.pdf

<http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-version-courte.pdf>

<http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid73959/intervention-de-genevieve-fioraso-a-l-occasion-de-la-presentation-de-la-strategie-nationale-de-sante.html>

Sites Internet

Ameli, 7 mai 2013, *PRADO insuffisance cardiaque*, disponible sur le site internet :

http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/infirmiers/votre-caisse-gironde/exercer-au-quotidien/prado-insuffisance-cardiaque_gironde.php

Thomas Jan, caisse nationale d'assurance maladie, 29 mai 2013, présentation diaporama PRADO le programme de retour à domicile, *disponible sur internet*, p1-20.

Ameli, site de l'Assurance maladie, accessible sur internet amelie.fr

Ameli, site de l'Assurance maladie, accessible sur internet Amélie-Sophia.

<http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/refam062005.pdf>.

ANAP, 29 avril 2013, *Le programme Gestion des lits*, disponible sur le site de l'ANAP :

<http://www.anap.fr/actualites/actualites-projets/le-programme-gestion-des-lits-de-lanap/>

ARS, la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et al, septembre 2012, *Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie Pour une prise en charge adaptée des patients et des usagers Lexique de A à Z*, ARS.

BIZARD B., 1^{er} octobre 2013, « Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie »,

DAFIS, dossier réalisé par le pôle de santé du CRDM, 25p, visité le 17 août 2014,

disponible sur internet :

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/parcours_de_sante_doss_doc_011013.pdf

Collectif Inter associatif Sur la Santé (CISS) : CISS PRATIQUE, 2013, *Assurance maladie : le parcours de soins*, Fiche thématique du CISS n° 13, Disponible sur le site internet :

http://www.leciss.org/sites/default/files/13_Parcours%20de%20soins-fiche-CISS.pdf

<http://www.leciss.org/qui-sommes-nous>

Conférence Nationale de Santé (CNSA) et accueil des usagers, septembre 2010, *Résoudre les refus de soins, rapport annuel sur le respect des droits des usagers du système de santé*, Ministère de la santé et des sports, p11-12, Disponible sur internet http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapp_refus_de_soins_cns_221010.pdf

DREES, juin 2012, *Etat de santé et renoncement aux soins*, N° 882, p 1 à 6, disponible sur le site : « <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er882.pdf>

HAS et al, *Points clés et solutions organisation des parcours Comment réduire le risque de réhospitalisations évitables des personnes âgées*, p1, disponible sur WWW.HAS-sante.fr

HAS, *Promouvoir les parcours de soins personnalisés pour les malades chroniques*, mis en ligne sur le site HAS le 15 mai 2012, p 2.

Consultable sur le site internet de la HAS :

HAS promouvoir les parcours, disponible sur le site de la HAS : <http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c1247611/fr/promouvoir-les-parcours-de-soins-personnalises-pour-les-malades-chroniques>

<http://www.has-ante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide-parcours-de-soins-bronchopneumopathie-chronique-obstructive>

HAS, Fiche points clés, mai 2014, consultable sur le site internet de la HAS : <http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c1744728/fr/comment-prevenir-les-re-hospitalisations-apres-une-exacerbation-de-bronchopneumopathie-chronique-obstructive>

HAS, juillet 2013, *Présentation V2014 la méthode du patient traceur*, Diaporama

HAS, mars 2014, *Plan Personnalisé de Santé (PPS) PAERPA*, disponible sur le site internet HAS : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1638463/fr/plan-personnalise-de-sante-pps-paerpa

Portail du service public de la sécurité sociale, Dossier La réforme de l'assurance maladie, 6 p, visité en août 2014, disponible sur internet

http://www.fehap.fr/upload/docs/application/pdf/2013-10/laurent_sauze_ars_parcours_de_soins.pdf

Portail du service public de la sécurité sociale, 2.5.2011 mis à jour le 6.9.2013, *Présentation de la réforme de l'Assurance maladie de 2004*, visité en août 2014, disponible sur internet

<http://www.securite-sociale.fr/Presentation-de-la-reforme-de-l-Assurance-maladie-de-2004>

Les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS), 7 décembre 2011, Le site santé du Ministère des Affaires sociales et de la Santé, disponible sur : sante.gouv.fr

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000020886450&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20100205>

Secrétariat Général des ministères chargés des affaires sociales (SGMCAS) Agence Régionale de Santé, mai 2012, *Parcours de soins Parcours de santé Parcours de vie Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers, présentation diaporama, disponible sur internet.*

Stratégie Nationale de Santé

<http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-version-longue.pdf>

<http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-cordier-SNS-sages.pdf>

<http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-version-courte.pdf>

Liste des annexes

Annexe I : Liste des personnes enquêtées : page II

Annexe II : Grille d'entretiens : page III

Annexe III : exemple de chemin clinique du CHU: page XV

Annexe IV : exemple de processus du CH: page XVI

Liste des personnes enquêtées

Stage 1 : entretiens : CH

- Directeur général
- Président de CME
- Directrice des Soins : DS « A »
- Cadre assistante sociale
- Directeur de la qualité et de la gestion des risques et des affaires générales et juridiques
- Directeur de la performance
- 6 CSS
- Le représentant des usagers à la CRUQPEC

Durant le stage 2 : CHU :

- Directeur Général
- Directeur Marketing, délégué aux relations avec les usagers et membre de la CRUQPEC
- Un DS « B »
- Un CSS chargé des flux patients - brancardage
- Un ingénieur qualité : préparation V 2014
- Un médecin responsable des relations ville -hôpital
- Un chef de pôles médico-chirurgical, pilote projet ANAP gestions des lits
- Un CSS de pôle copilote du projet ANAP gestions des lits
- Un CSS pôle médico-chirurgical, ayant des Infirmières (IDES) programmatrices
- Un CS d'unité CHIR avec IDE programmatrice
- Deux IDE programmatrices
- Un patient pris en charge par les IDES de programmation

Entretien avec un expert et un formateur sur le chemin clinique

- DS au sein d'un ESPIC : DS « D »

Entretien téléphonique :

- un DS de CH ayant fait son mémoire sur le parcours de soins : DS « C »

Réunion bilan avec le bed manager

Questions de départ :

Pourquoi la continuité des parcours de soins des patients semble-t-elle difficile à mettre en œuvre ?

Pourquoi la continuité des parcours des patients semble –t- elle difficile à mettre en œuvre ?

Grille d'entretien semi-directif

Professionnels

Cadre supérieur de santé chargé du brancardage et des flux des patients

- 1) Depuis combien de temps, travaillez vous au sein du CH? au sein du pôle ? ou au sein de ce service ? quelle filière professionnelle ?
- 2) Quelles sont vos missions ?
- 3) Quels liens existe -il entre le flux, brancardage et le parcours patient ?
- 4) Quelles sont les problématiques que vous rencontrez ? Quelles sont les plaintes des brancardiers ? Des services ? Des usagers ? Quels sont les impacts sur les sorties de patients
- 5) Quelles solutions ou perspectives d'améliorations envisagez vous ? Quels outils ? Quelles formations ?

Grille d'entretien semi directif

Questions de départ :

Pourquoi la continuité des parcours de soins des patients, semble-t-elle difficile à mettre en œuvre ?

Pourquoi la continuité des parcours des patients semble –t- elle difficile à mettre en œuvre ?

Cadre supérieur de santé chargé du pôle MC

- 1) Depuis combien de temps, travaillez vous au sein du CHU ? au sein du pôle ? ou au sein de ce service ? quelle filière professionnelle ? Quelles sont vos missions ?

Au sein de votre pôle

- 2) Comment s'organise le parcours de soins des patients ? quelles sont les modalités de mise en œuvre ? les étapes ? quels acteurs ? Comment sont inscrites les activités de soins dans le parcours du patient ?
- 3) Qu'est ce que les acteurs connaissent du parcours de soins du patient ? Comment le parcours de soins du patient est il identifié par les acteurs ? Médecins, cadres de santé, soignants, usagers ?
- 4) Aujourd'hui, quelles sont les problématiques que vous relevez ? Existe-il des ruptures dans le parcours de soins ? quelles interfaces ? Et celles de demain ? Quelles sont les conséquences de ces ruptures ?quelles sont les causes ?
- 5) Quelles solutions ou perspectives d'améliorations envisagez vous ? Quels outils ? Quelles formations ?
- 6) Auriez-vous un parcours de soins à me présenter et un patient où je pourrai approfondir son dossier et son ressenti ?
- 7) Est-ce que je pourrai rencontrer un soignant pour connaitre sa représentation du parcours de soins du patient

Grille d'entretien semi directif

Questions de départ :

Pourquoi la continuité des parcours de soins des patients, semble-t-elle difficile à mettre en œuvre ?

Pourquoi la continuité des parcours des patients semble –t- elle difficile à mettre en œuvre ?

Médecin chef du pôle MC, sur le groupe projet ANAP : gestions des lits

Cadre supérieur de santé chargé du pôle MC, sur le groupe projet ANAP : gestions des lits

Pilotage en binôme

- 1) Depuis combien de temps, travaillez vous au sein du CH ? au sein du pôle ? ou au sein de ce service ? quelle filière professionnelle ? Quelles sont vos missions ?
- 2) Pourquoi faites vous partir du groupe de travail sur la gestion des lits accompagné par l'ANAP ?
- 3) Existe-t-il des liens entre la gestion des lits et les parcours de soins ?

Au sein de votre pôle

- 4) Comment s'organise le parcours de soins des patients ? quelles sont les modalités de mise en œuvre ? les étapes ? quels acteurs ? Comment sont inscrites les activités de soins dans le parcours du patient ?
- 5) Qu'est ce que les acteurs connaissent du parcours de soins du patient ? Comment le parcours de soins du patient est il identifié par les acteurs ? Médecins, cadres de santé, soignants, usagers ?
- 6) Aujourd'hui, quelles sont les problématiques que vous relevez ? Existe-il des ruptures dans le parcours de soins ? quelles interfaces ? Et celles de demain ? Quelles sont les conséquences de ces ruptures ?quelles sont les causes ?
- 7) Quelles solutions ou perspectives d'améliorations envisagez vous ? Quels outils ? Quelles formations ?

Grille d'entretien semi directif : Ingénieur Qualité

Présentation en CLUD : le 27 mai 2014

Il existe 21 parcours : points de vigilances, ressenti du patient

Audit de processus, thématique croisé avec des parcours de patients traceur réalisation d'un auto diagnostic

Fonction supports + PEC de la douleur + PEP Douleur + Parcours patient + parcours programmé, PEC de la douleur et IPAQS

Grille audit processus utilisé

Visite expérimentale en juillet 2012 puis Visite V 2015 en décembre 2015, Parcours en fonction des pathologies proposées / HAS

Le visiteur s'est orienté vers 1 service : entretien du patient

Voir les interfaces si SSR ex : AVC, cancer du sein, césarienne complexe, IDM

Travailler sur les parcours audit à préparer par un trio : médecin, cellule Qualité, CS

Puis mise sur un compte qualité sur HAS

Questions de départ :

Pourquoi la continuité des parcours de soins des patients, semble-t-elle difficile à mettre en œuvre ?

Pourquoi la continuité des parcours des patients semble -t- elle difficile à mettre en œuvre ?

- 1) **Depuis combien de temps, travaillez vous au sein du CHU ? au sein du pôle ? ou au sein de ce service ? quelle filière professionnelle ? Quelles sont vos missions ?**
- 2) **Quels sont les 21 parcours de soins du patient qui ont été testé lors de l'expérimentation en juillet 2012 ?**
- 3) **Pourquoi vous êtes vous engagé dans cet expérimentation du « patient traceur » ? Comment cela s'est passé ?**
- 4) **Quelles sont les problématiques relevées ? A propos du parcours patient ? A propos de la démarche « patient traceur ?**
- 5) **Qu'est ce que les acteurs connaissent du parcours de soins du patient ? Comment le parcours de soins du patient est il identifié par les acteurs ? Médecins, cadres de santé, soignants, usagers ?**
- 6) **Aujourd'hui, quelles sont les problématiques que vous relevez ? Existe-il des ruptures dans le parcours de soins ? quelles interfaces ? Et celles de demain ? Quelles sont les conséquences de ces ruptures ?quelles sont les causes ?**
- 7) **Quelles solutions ou perspectives d'améliorations envisagez vous ? Quels outils ? Quelles formations ?**

Grille d'entretien semi directif :
Directrice déléguée au marketing, à l'attractivité et aux relations
avec les usagers
CRUQPEC

Questions de départ :

Pourquoi la continuité des parcours de soins des patients, semble-t-elle difficile à mettre en œuvre ?

Pourquoi la continuité des parcours des patients semble –t- elle difficile à mettre en œuvre ?

- 1) **Depuis combien de temps, travaillez vous au sein du CHU ? au sein du pôle ? ou au sein de ce service ? quelle filière professionnelle ? Quelles sont vos missions ?**
- 2) **Avez-vous des réclamations et / ou des plaintes en lien avec le parcours de soins du patient de la part de la famille ou des usagers ?**
- 3) **Par rapport aux ruptures de soins ? ré-hospitalisations ? Durée de délai d'attente ? Hospitalisation reportée ou déprogrammation ?**
- 4) **Est-ce que le représentant des usagers vous propose des axes d'amélioration ?**
- 5) **Comment voyez-vous le positionnement du Directeur des soins par rapport aux attentes des usagers ? par rapport au parcours de soins ?**

Grille d'entretien semi directif

Questions de départ :

Pourquoi la continuité des parcours de soins des patients, semble-t-elle difficile à mettre en œuvre ?

Pourquoi la continuité des parcours des patients semble –t- elle difficile à mettre en œuvre ?

Médecin chargé des relations ville –hôpital

- 1) Depuis combien de temps, travaillez vous au sein du CHU ? au sein du pôle ? ou au sein de ce service ?
- 2) Existe-t-il des liens entre la gestion des lits et les parcours de soins ?
- 3) Comment s'organise le parcours de soins des patients ? quelles sont les modalités de mise en œuvre ? les étapes ? quels acteurs ? Comment sont inscrites les activités de soins dans le parcours du patient ?
- 4) Qu'est ce que les acteurs connaissent du parcours de soins du patient ? Comment le parcours de soins du patient est il identifié par les acteurs ? Médecins, cadres de santé, soignants, usagers ?
- 5) Aujourd'hui, quelles sont les problématiques que vous relevez ? Existe-il des ruptures dans le parcours de soins ? quelles interfaces ? Et celles de demain ? Quelles sont les conséquences de ces ruptures ?quelles sont les causes ?
- 6) Quelles solutions ou perspectives d'améliorations envisagez vous ? Quels outils ? Quelles formations ?
- 7) Comment voyez-vous le rôle du directeur des soins par rapport au parcours de soins du patient ? Quelle collaboration ? par rapport les relations ville hôpital ?

Grille d'entretien semi directif

Questions de départ :

Pourquoi la continuité des parcours de soins des patients, semble-t-elle difficile à mettre en œuvre ?

Pourquoi la continuité des parcours des patients semble –t- elle difficile à mettre en œuvre ?

IDE programmatrice

- 1) Depuis combien de temps, travaillez vous au sein du CHU ? au sein du pôle ? ou au sein de ce service ? quelle filière professionnelle ? Quelles sont vos missions ? Quelles compétences avez-vous développées ?
- 2) Comment s'organise le parcours de soins des patients ? quelles sont les modalités de mise en œuvre ? les étapes ? quels acteurs ? Comment sont inscrites les activités de soins dans le parcours du patient ?
- 3) Qu'est ce que les acteurs connaissent du parcours de soins du patient ? Comment le parcours de soins du patient est-il identifié par les acteurs ? Médecins, cadres de santé, soignants, usagers ?
- 4) Aujourd'hui, quelles sont les problématiques que vous relevez ? Existe-il des ruptures dans le parcours de soins ? quelles interfaces ? Et celles de demain ? Quelles sont les conséquences de ces ruptures ? quelles sont les causes ?
- 5) Quelles solutions ou perspectives d'améliorations envisagez vous ? Quels outils ? Quelles formations ?
- 6) Auriez-vous un parcours de soins à me présenter et un patient où je pourrai approfondir son dossier et son ressenti ?

Grille d'entretien semi directif

Questions de départ :

Pourquoi la continuité des parcours de soins des patients, semble-t-elle difficile à mettre en œuvre ?

Pourquoi la continuité des parcours des patients semble –t- elle difficile à mettre en œuvre ?

IDE

- 1) Depuis combien de temps, travaillez vous au sein du CHU ? au sein du pôle ? ou au sein de ce service ? quelle filière professionnelle ? Quelles sont vos missions ? Quelles compétences avez-vous développé ?
- 2) Comment s'organise le parcours de soins des patients ? quelles sont les modalités de mise en œuvre ? les étapes ? quels acteurs ? Comment sont inscrites les activités de soins dans le parcours du patient ?
- 3) Qu'est ce que les acteurs connaissent du parcours de soins du patient ? Comment le parcours de soins du patient est il identifié par les acteurs ? Médecins, cadres de santé, soignants, usagers ?
- 4) Aujourd'hui, quelles sont les problématiques que vous relevez ? Existe-il des ruptures dans le parcours de soins ? quelles interfaces ? Et celles de demain ? Quelles sont les conséquences de ces ruptures ?quelles sont les causes ?
- 5) Quelles solutions ou perspectives d'améliorations envisagez vous ? Quels outils ? Quelles formations vous semblent nécessaires?
- 6) Auriez-vous un parcours de soins à me présenter et un patient où je pourrai approfondir son dossier?

Grille d'entretien semi directif

Questions de départ :

Pourquoi la continuité des parcours de soins des patients, semble-t-elle difficile à mettre en œuvre ?

Pourquoi la continuité des parcours des patients semble –t- elle difficile à mettre en œuvre ?

Cadre de santé

- 1) Depuis combien de temps, travaillez vous au sein du CHU ? au sein du pôle ? ou au sein de ce service ? quelle filière professionnelle ? Quelles sont vos missions ? Quelles compétences avez-vous développé ?
- 2) Comment s'organise le parcours de soins des patients ? quelles sont les modalités de mise en œuvre ? les étapes ? quels acteurs ? Comment sont inscrites les activités de soins dans le parcours du patient ?
- 3) Qu'est ce que les acteurs connaissent du parcours de soins du patient ? Comment le parcours de soins du patient est il identifié par les acteurs ? Médecins, cadres de santé, soignants, usagers ?
- 4) Aujourd'hui, quelles sont les problématiques que vous relevez ? Existe-il des ruptures dans le parcours de soins ? quelles interfaces ? Et celles de demain ? Quelles sont les conséquences de ces ruptures ?quelles sont les causes ?
- 5) Quelles solutions ou perspectives d'améliorations envisagez vous ? Quels outils ? Quelles formations ?
- 6) Auriez-vous un parcours de soins à me présenter et un patient où je pourrai approfondir son dossier?

Grille d'entretien semi directive

Usagers

- 1. Depuis combien de temps avez-vous été opéré ?**
- 2. Comment s'est déroulé les étapes de votre prise en charge, vos hospitalisations et votre parcours ?**
- 3. Quelles difficultés avez-vous rencontrées ?**
- 4. Qu'est ce que vous avez apprécié ?**
- 5. Que souhaiteriez-vous ?**
- 6. Qu'est ce que vous attendez de votre hospitalisation ? quelles sont vos attentes ?**

Entretien semi directif
Le représentant des usagers

1. Depuis combien de temps, êtes vous représentant des usagers ?
2. Que pouvez-vous me dire sur le parcours de soins du patient ?
3. Quelles observations ? quelles difficultés ? quelles solutions ?
4. Que souhaiteriez-vous ?

Entretien semi directif

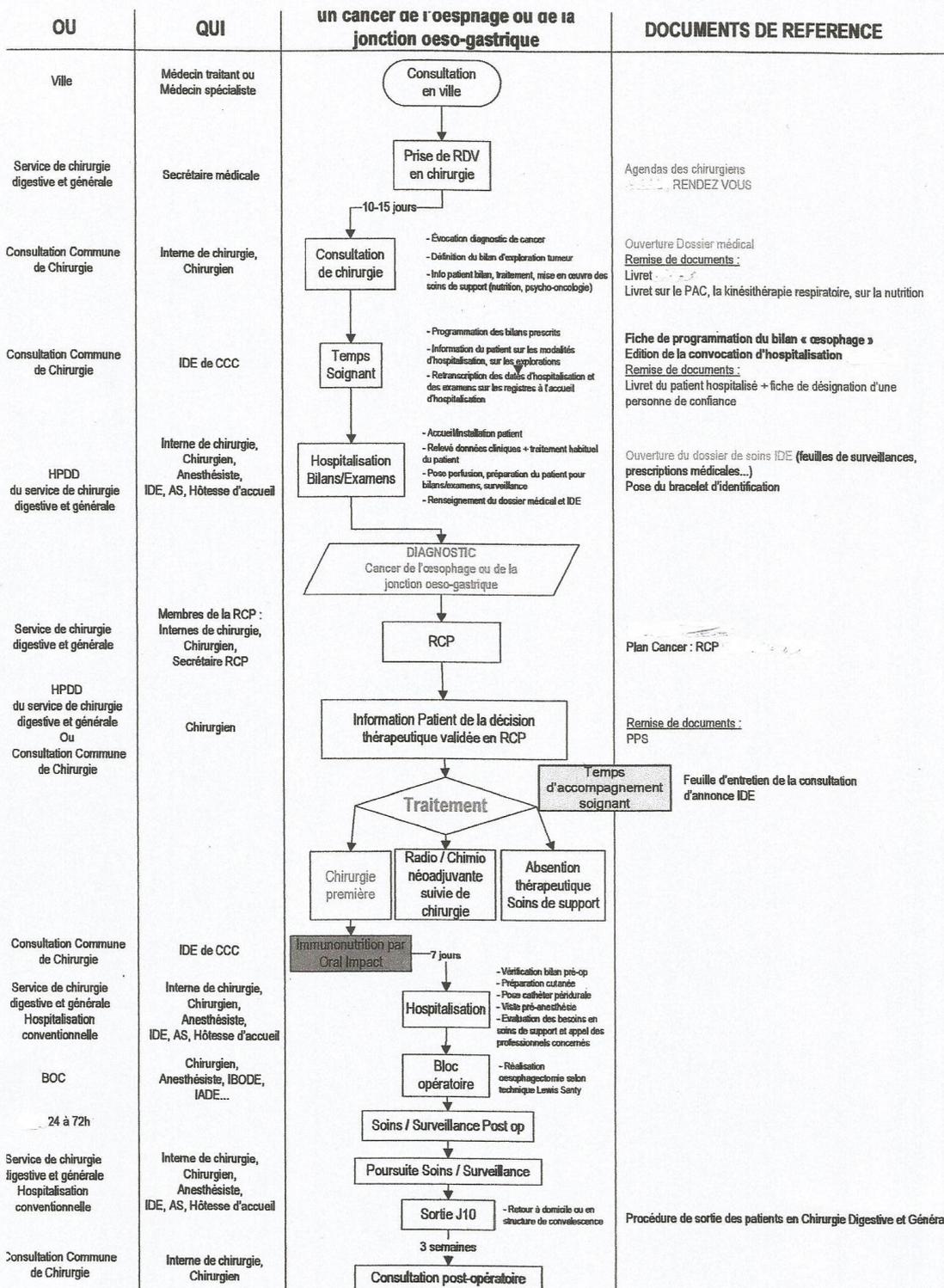
Directeur des soins

Questions de départ :

Pourquoi la continuité des parcours de soins des patients semble-t-elle difficile à mettre en œuvre ?

Pourquoi la continuité des parcours des patients semble –t- elle difficile à mettre en œuvre ?

- 1) Depuis combien de temps, travaillez vous au sein de l'établissement?
- 2) Comment s'organise le parcours de soins des patients ? quelles sont les modalités de mise en œuvre ? les étapes ? quels acteurs ? Comment sont inscrites les activités de soins dans le parcours du patient ?
- 3) Qu'est ce que les acteurs connaissent du parcours de soins du patient ? Comment le parcours de soins du patient est il identifié par les acteurs ? Médecins, cadres de santé, soignants, usagers ?
- 4) Aujourd'hui, quelles sont les problématiques que vous relevez ? Existe-il des ruptures dans le parcours de soins ? quelles interfaces ? Et celles de demain ? Quelles sont les conséquences de ces ruptures ?quelles sont les causes ?
- 5) Quelles solutions ou perspectives d'améliorations envisagez vous ? Quels outils ? Quelles formations ?



LEMAIRE

Claude

Décembre 2014

Directeur des soins

Promotion 2014

Le parcours de soins du patient visible et partagé : le challenge du directeur des soins pour l'avenir.

Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

Résumé :

Dans le cadre de la maîtrise des dépenses de santé, il est demandé aux établissements de santé de répondre de manière efficiente aux besoins de santé de la population.

Cependant des difficultés font obstacles à la fluidité du parcours de soins de l'entrée à la sortie du patient. Un cloisonnement des prises en charge en interne et en externe à l'hôpital, génère un mode de prise en charge séquentielle et encore trop organique.

Une enquête auprès des professionnels et des usagers, explore les dysfonctionnements, les attentes, les besoins perçus par ces différents acteurs. Cette étude a permis d'élaborer des préconisations en termes de pistes de réflexions et de solutions.

Le directeur des soins doit inscrire au cœur de sa stratégie : le parcours de soins du patient. Un travail de mise en lien est nécessaire pour coordonner les actions des professionnels. Les outils de traçabilité et de qualité, permettront à la fois d'assurer la visibilité, de donner du sens et d'améliorer les pratiques professionnelles. Les échanges entre les professionnels faciliteront le développement de compétences et de nouveaux métiers, bénéfiques pour accompagner les patients et leurs proches.

Mots clés :

Parcours de soins, patient, directeur de soins, sécurité, visibilité, pluri professionnalité, liens ville hôpital, compétences.

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.