



EHESP

Directeur des soins

Promotion : **2017**

Date du Jury : **Décembre 2017**

**Le parcours ville-Hôpital : Une
acculturation nécessaire, le nouveau
challenge du Directeur des Soins.**

Corinne CALARD

Remerciements

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce au concours de plusieurs personnes à qui je voudrais témoigner toute ma reconnaissance.

J'adresse mes sincères remerciements à toutes les personnes qui par leurs paroles, leurs écrits, leurs conseils et leurs critiques ont guidé mes réflexions et ont accepté de me rencontrer et de répondre à mes questions durant mes recherches

Enfin, je tiens à témoigner toute ma gratitude à Baptiste, Noémie, Marielle, Vanessa, Ludovic, pour leur patience, leur aide et leur soutien inestimable.

Sommaire

Introduction	1
1 Les parcours : Un territoire à définir, des outils à créer, une coordination à développer pour une culture commune.....	4
1.1 Les parcours: Un changement de paradigme des politiques de santé en France	4
1.2 Des outils nécessaires à la vision de parcours	6
1.3 Les parcours : Une coordination revisitant les frontières.	9
1.3.1 Développer la coordination.....	9
1.3.2 Définir les contours d'un territoire	11
1.4 Les parcours: Une culture émergente.	13
2 Le parcours ville-hôpital : Une étude autour d'un outil de coordination	17
2.1 Méthodologie d'enquête.	17
2.1.1 La population choisie.....	18
2.1.2 Le lieu de l'entretien	19
2.1.3 L'outil	19
2.1.4 Critique de la méthodologie.....	19
2.2 Les résultats.....	20
2.2.1 Le territoire un périmètre à définir	20
2.2.2 Des parcours multiples ouvrant sur le concept d'interdisciplinarité	22
2.2.3 Un parcours semé d'embuches.....	24
2.2.4 Faciliter les parcours à l'aide des outils existants ou créatifs	25
2.2.5 eTICSS: Un outil controversé.....	29
2.2.6 Coordination de parcours et rôle du DS : Une acculturation nécessaire	32
3 Développer une culture de parcours : Un axe stratégique du DS	37
3.1 Un axe de management : l'interdisciplinarité	37
3.2 Le Directeur des soins : Vecteur de relations et d'acculturation.....	39
3.3 La sensibilisation à une logique de parcours dans le processus de professionnalisation : Un enjeu pour le DS en institut.	42
Conclusion	45

Bibliographie.....	47
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ANAP:	Agence Nationale d'Appui à la Performance
APA:	Allocation Personnalisée d'Autonomie
AP-HP:	Assistance Publique-Hôpitaux de Paris
ARS:	Agence Régionale de Santé
CDU:	Commission Des Usagers
CII:	Conseil International des Infirmières
CNSA:	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CREX:	Comité de Retour d'Expérience
DGOS:	Direction Générale de l'Offre de Soins
DMS:	Durée Moyenne de Séjour
DS:	Directeur des Soins
HCAAM:	Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
EHPAD:	Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ETP:	Education Thérapeutique du Patient
eTICSS:	Territoire Innovant Coordiné Santé Social
GHT:	Groupement Hospitalier de Territoire
GIR:	Groupe Iso- Ressources
HAD:	Hospitalisation à Domicile
HAS :	Haute Autorité de Santé
HPST :	Hôpital, Patients, Santé et Territoires
IOA:	Infirmière d'Organisation de l'Accueil
IPA:	Infirmière en Pratiques Avancées
LMSS:	Loi de Modernisation de notre Système de Santé
MAIA:	Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins dans le champ de l'autonomie
MSP:	Maison de Santé Pluridisciplinaires
PASS:	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PCME:	Président de la Commission Médicale d'Etablissement
PRAPS:	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PTA:	Plateforme Territoriale d'Appui
PPS:	Plan Personnalisé de Santé
PSRS:	Plan Stratégique Régional de Santé
SRP:	Schéma Régional de Prévention
SSR:	Soins de Suite et de Réadaptation
STSP:	Service Territorial de Santé Publique
TSN:	Territoire de Soins Numérique
USLD:	Unité de soins de Longue Durée

Introduction

Face à l'augmentation des maladies chroniques et à la complexité de certaines prises en charge multi-professionnelles des patients; il s'agit, non plus d'agir sur la maladie elle-même, mais, sur l'environnement et la situation globale de l'utilisateur du système de soins. S'ouvre alors un changement de paradigme qui nécessite la prise en compte de l'ensemble des déterminants de santé dans le parcours de l'utilisateur en soins. Mais la coordination des professionnels de santé reste en chantier. Pour y répondre la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) promulguée le 21 juillet 2009 et publiée au journal officiel du 22 juillet permet une réorganisation du système de soins en mettant en place un parcours de soins coordonné, décliné en niveau de recours. Le titre II de cette loi invite à l'exercice regroupé des professionnels en renforçant la coordination des soins entre l'hôpital et la médecine de ville. Cette notion de parcours est définie dans le projet stratégique 2013-2016 de la Haute Autorité de Santé (HAS) *"comme la trajectoire globale des patients et usagers dans leur territoire de santé, avec une attention particulière portée à l'individu et à ses choix."*¹

Plus près de nous La loi de Modernisation de notre Système de Santé (LMSS) promulguée le 26 janvier 2016 réinterroge l'organisation des soins en France et souhaite une véritable médecine de parcours, concrète, pour les patients. Ce texte offre une réponse globale mais graduée en ciblant trois niveaux de prise en charge et en identifiant trois parcours différents:

Les parcours de santé, qui articulent les soins avec, en amont, la prévention sociale et en santé, et, en aval, l'accompagnement médico-social et social, le maintien et le retour à domicile.

Les parcours de soins, qui permettent l'accès aux consultations de 1er recours et, quand cela est nécessaire, aux autres lieux de soins : hospitalisation programmée ou non (urgences), Hospitalisation à Domicile (HAD), Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), Unité de Soins de Longue Durée (USLD) et Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

Les parcours de vie, qui envisagent la personne dans son environnement : famille et entourage, scolarisation, prévention de la désinsertion professionnelle, réinsertion, logement...

Cependant, Il reste à réaliser la mise en œuvre concrète de cette politique de "parcours". En effet, si la pertinence de la notion de parcours ne paraît plus faire débat, sa mise en pratique soulève de nombreuses interrogations ? Quelle coordination entre les

¹ Le projet stratégique 2013-2016 HAS

professionnels de santé ? Quels lieux de soins ? Et surtout quel outil pour favoriser cette nouvelle collaboration entre l'intrahospitalier et la médecine ambulatoire ?

Pour y répondre l'outil numérique est un levier majeur pour développer ces méthodes de travail collaboratives. Pour cela, un programme national Territoire de Soins Numérique (TSN), présenté le 28 février 2013 par le premier ministre, a sélectionné cinq projets régionaux ayant pour but de développer et mettre en place des systèmes innovants pour coordonner les parcours des patients.

Pour éclairer le lien entre, parcours et outil numérique, l'expérience eTICSS permet de préciser notre raisonnement. Le projet est nommé eTICSS, pour "Territoire Innovant Coordonné Santé Social". eTICSS s'est déployé début 2016 touchant 350 000 personnes résidents sur le territoire cible. Ce projet a pour objectif d'améliorer le service rendu aux patients et aux personnes fragiles, afin de les impliquer dans le suivi de leur santé. Pour cela, ce dispositif offrira des facilités de communication partagée entre les hôpitaux, les établissements médico-sociaux et tous les professionnels du secteur de la santé et du social. Il permettra ainsi, d'améliorer la coopération et le développement de l'échange d'informations relatives à chaque patient et offrir, à ce dernier, un accès facilité aux services de santé, sociaux et médico-sociaux. Suite à la publication de la LMSS, et plus précisément son décret N°2016-919 du 4 juillet 2016 sur les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA), le territoire " eTICSS" a su faire le lien avec la création d'une PTA semi-départementale. En effet depuis le 24 octobre 2016, cette plateforme de services numériques propose de nouvelles fonctionnalités. Les professionnels de santé peuvent dorénavant obtenir un soutien à la coordination d'un patient par la PTA en la sollicitant depuis le dossier patient eTICSS ou en appelant un numéro unique. Un interlocuteur spécialiste de la coordination répondra à l'appelant et le conseillera sur le parcours coordonné que ce dernier cherche à mettre en place pour l'un de ses patients. Le numéro unique sera aussi la porte d'entrée à l'outil numérique de coordination proposé par eTICSS.

Cependant, pourquoi faut-il mettre ce dispositif en place pour que les professionnels se coordonnent dans la prise en charge des patients ; quels problèmes rencontrent les Directeurs des Soins (DS) pour mettre en œuvre le dispositif ? Existents-ils des freins organisationnels ou culturels au développement des parcours de l'utilisateur ?

En effet la coordination s'effectue entre les professionnels d'un ou plusieurs établissements et des professionnels libéraux de différents secteurs: sociaux, sanitaires, médico-sociaux. Chaque acteur travaille avec une culture et une prise en charge différente mais tous doivent s'accorder sur la construction d'une trajectoire commune du malade. Un changement culturel des professionnels hospitaliers et libéraux est une nécessaire réponse pour répondre au besoin de l'utilisateur. La coopération qu'exige la vision de "parcours" oblige les équipes de soins et les professionnels extrahospitaliers à

s'organiser autour d'un objectif partagé: Améliorer la qualité de prise en charge de l'utilisateur dont ils ont la responsabilité. Ce travail suppose une acculturation aux connaissances de l'autre.

Ces constats nous amènent à une problématique professionnelle qui sera l'objet de notre travail de recherche

En quoi la culture professionnelle des soignants favorise ou entrave-t-elle la coordination du parcours ville hôpital ?

Pour tenter de répondre à cette problématique nous posons trois hypothèses.

- La culture hôpital-centrée du soignant en établissement de santé est un frein au développement du parcours ville-hôpital.
- La cohérence du parcours de l'utilisateur dépend de l'engagement des professionnels à coopérer ensemble au bénéfice du patient.
- Le développement de l'outil de coordination des parcours devra s'accompagner d'une volonté managériale pour faire évoluer les organisations.

Le travail de recherche s'articulera autour du dispositif eTICSS qui par son exemple permettra aux personnes interviewées un discours plus ancré dans leur réalité et qui ouvrira la réflexion à partir de leur expérience.

Nous développerons dans une première partie le parcours de soins au travers du territoire, des outils, de la coordination et de la culture commune nécessaire à sa mise en œuvre. Puis dans une seconde partie nous explorerons le parcours ville-hôpital à l'aide d'une étude autour d'un outil de coordination. Enfin nous montrerons les enjeux stratégiques du développement d'une logique de parcours pour le Directeur des Soins.

1 Les parcours : Un territoire à définir, des outils à créer, une coordination à développer pour une culture commune

La notion de parcours et son articulation entre les différents recours est une problématique en France mais également à l'international. Certains pays ont déjà réfléchi aux coopérations entre les professionnels de santé et entrepris des évolutions de leur système de soins, et particulièrement des soins primaires, premier recours, avant les soins hospitaliers. Cependant, tous les systèmes, dispositifs, recherchent encore une meilleure articulation et une efficacité des différents niveaux de leurs soins (primaires, secondaires) et des liens avec le système social. La vision de parcours nécessite une clarification de la notion de territoire, un outil de communication partagé et une coordination efficace.

1.1 Les parcours: Un changement de paradigme des politiques de santé en France

En France, la notion de parcours de soins n'est pas une idée nouvelle. En effet, la loi du 4 mars 2002 qui inscrit comme une de ses priorités le développement des réseaux de soins, oblige les différents professionnels de santé à collaborer sur un même territoire. Cette évolution, voulue par le législateur est de nouveau renforcée par la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie. Ce texte offre une place renforcée et centrale au médecin traitant, ainsi toute personne de plus de 16 ans devra désigner un médecin traitant unique, qui aura ainsi une vision du parcours de soins coordonné de chacun de ses patients.

Puis en 2009, la loi HPST a défini le socle du processus de coordination des parcours de soins, l'encadrant de règles juridiques favorables. Elle offre, une diversité de structures de soins coordonnées (Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP), pôle, réseaux...); elle encourage les démarches de coopérations entre professionnels de santé et plus précisément entre les professionnels des établissements de santé et les professionnels libéraux.

Cette logique de parcours dans la politique de santé publique, se poursuit par l'avis du 2 mars 2012 du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM). En effet, face à l'inégalité d'accès aux soins constatée et à la nécessaire rationalisation des coûts de la santé, le HCAAM insiste sur le déploiement d'une "*médecine de parcours*" qui apparaît comme une réponse efficace à ces problématiques. De plus cette même année, l' HAS souhaite promouvoir les parcours de soins permettant un suivi personnalisé et coordonné de l'usager.

En 2013 et 2014 deux rapports mettent de nouveau en avant la notion de parcours de soins. Le premier, le rapport Jacob du 6 juin 2013, faisant état des lieux de la prise en charge des personnes en situation de handicap réaffirme l'importance de l'amélioration du parcours dans l'accompagnement des personnes handicapées et fait un focus sur l'importance de la coordination: *"l'amélioration durable de la coordination entre les acteurs constitue une priorité, car elle favorise une bonne prise en charge et un accompagnement de la personne en situation de handicap"*.² Le second, du 22 avril 2014, ayant pour rapporteure Bernadette Devictor propose la création du Service Territorial de santé Publique (STSP) défini comme une offre de service, portant les principes du service public, résultant d'une organisation contractuelle entre les structures sanitaires, médico-sociales et sociales d'un territoire sous la régulation de l' Agence Régionale de Santé.(ARS) Cette proposition renverse la politique de l'offre de soins d'une logique de structure à une logique de moyen.

Enfin la LMSS du 26 janvier 2016, légifère sous son titre II sur la facilitation au quotidien du parcours de santé des Français et le décline en partie dans le premier chapitre de ce titre intitulé : Promouvoir les soins primaires et favoriser la structuration des parcours de santé. Cette loi précise également:

Article 1

"L'organisation des parcours de santé. Ces parcours visent, par la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en lien avec les usagers et les collectivités territoriales, à garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficacité de la prise en charge de la population, en tenant compte des spécificités géographiques, démographiques et saisonnières de chaque territoire, afin de concourir à l'équité territoriale [...]"

Article 14

"Le parcours de santé est dit complexe lorsque l'état de santé, le handicap ou la situation sociale du patient rend nécessaire l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux. Le recours aux fonctions d'appui est déclenché par le médecin traitant ou un médecin en lien avec ce dernier, en veillant à leur intégration dans la prise en charge globale du patient."

L'ensemble de ces politiques publiques montre que l'approche de l'utilisateur en soins auparavant fondée sur une prise en charge de pathologies et en lien avec des structures de soins est désormais centrée sur une approche de parcours. Il s'agit à présent d'offrir une prise en charge globale de l'utilisateur en organisant une trajectoire permettant pour chaque citoyen de recevoir une offre de soins pertinente, au bon moment, par le bon professionnel et/ou la bonne structure. Le parcours induit donc une vision horizontale où les politiques de santé et leurs règles sont interrogées et c'est l'enjeu d'une nouvelle

² Rapport de Pascal Jacob sur l'accès aux soins et à la santé des personnes – 2013 -
Corinne CALARD - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2017

dynamique collective à élaborer. De plus, le parcours nécessite une double coordination des interventions: une coordination temporelle et une coordination spatiale au plus près du lieu de vie.

L'élaboration du parcours s'oppose à des freins structurels et organisationnels. La vision hospitalo-centrée est dépassée. Il faut en amont de l'hospitalisation prévenir les insuffisances de la permanence des soins, anticiper les facteurs de risques de l'hospitalisation, développer les hospitalisations programmées et favoriser la rapidité de recours aux avis spécialisés. Puis lors de l'entrée à l'hôpital il est essentiel de repérer les patients en situation complexe et de recueillir le maximum d'informations tant sur le plan clinique que social. Ensuite, au cours de l'hospitalisation il est utile d'anticiper la sortie, pas uniquement sur le volet social mais également sur les relais cliniques afin de diminuer les ré-hospitalisations. Enfin, en aval, la problématique est centrée sur la transmission d'informations aux médecins traitants et aux professionnels paramédicaux et sociaux. Ce nouveau défi pour la politique de santé en France est synthétisé dans la citation suivante :

"Il ne s'agit pas de deux mondes aux règles propres, sans passerelles pour celles et ceux qui y exercent, mais il s'agit de penser des organisations transversales qui répondent mieux aux besoins de santé et aux attentes de nos concitoyens"³

Pour résoudre ces points de ruptures liés à un manque de coordination, la création de moyens adaptés aux transmissions d'informations est nécessaire.

1.2 Des outils nécessaires à la vision de parcours

De nouveaux outils de coordination tentent de répondre à ce manque de transmissions entre les professionnels qui œuvrent autour de l'utilisateur et plus particulièrement autour de la personne âgée.

Une circulaire du 6 juin 2000 relative aux Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) permet l'ouverture de guichets d'accueil, d'information et de coordination ouverts aux personnes âgées et à leur entourage, ainsi qu'aux professionnels de la gérontologie et du maintien à domicile. Ils sont mis en œuvre par les départements et ils constituent le lieu d'information privilégié des personnes âgées.

En 2008, la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) est en charge de développer une Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA) qui associe l'ensemble des acteurs engagés dans l'accompagnement de la personne âgées de 60 ans et plus et de leurs aidants grâce à une démarche novatrice : l'intégration des services d'aide et de soins.

³ Maurice-Pierre PLANEL et Frédéric VANIER – les fondements du virage ambulatoire – presses EHESP – Juin 2017 – p 15

Plus près de nous en 2013, l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale prévoit la mise en œuvre du dispositif sur les parcours des « Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie » (PAERPA), suivant les préconisations HCAAM. Ces deux derniers dispositifs ont des objectifs communs.:

- Construire un parcours de santé coordonné et intégré de la personne âgée, sur un territoire donné, avec l'ensemble des acteurs intervenant sur ce champ: secteur hospitalier, ambulatoire, médico-social et social
- Eviter les risques de rupture dans la prise en charge sociale et sanitaire de la personne âgée en fluidifiant l'accès aux différents opérateurs et prestations
- Simplifier les parcours, éviter les ruptures de continuité, améliorer la connaissance réciproque et la communication entre les partenaires, décloisonnement des trois secteurs, réduire les doublons en matière d'évaluation, limiter les hospitalisations et le recours aux urgences inapproprié....,

pour un parcours continu, diversifié, flexible et adaptable aux changements.

Enfin, l'article 74 de la loi n°2016-47 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé prévoit la mise en place de « fonctions d'appui » aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux pour la coordination des parcours de santé complexes. Ces fonctions d'appui, qui s'adressent à tous les patients, sans critère d'âge, de pathologie ou de handicap, peuvent être organisées sous forme de « plateformes territoriales d'appui », dans le cadre d'une convention entre l'Agence Régionale de Santé (ARS) et un ou plusieurs acteurs du système de santé.

Par ailleurs, en 2014 le programme Territoire Santé Numérique est également un outil de coordination qui vise l'émergence de « territoires d'excellence » pilotes en matière d'usage du numérique, au service de l'amélioration et de la modernisation du système de soins. Concrètement, il s'agit de tirer tous les bénéfices des nouvelles technologies de l'information et de la communication pour aider le patient à s'orienter dans le système de santé et pour renforcer la coordination entre les professionnels de santé.

Le dispositif eTICSS expérimenté dans un territoire du centre-est de la France est un outil qui a bénéficié du financement du programme TSN. C'est une des réponses apportées à ces défauts d'informations en amont et en aval de l'hospitalisation. Il cible tout particulièrement les patients en situation complexe. Il permet une coordination centrée sur l'accompagnement de l'utilisateur : prise de rendez-vous dématérialisée, géolocalisation des équipes mobiles, gestion et disponibilité des lits... . Ce dispositif innovant sera un élément structurant de ce travail, l'analyse de son évolution, sa mise en œuvre et ses freins seront un focus pour aider à comprendre les problématiques

inhérentes à la mise en place d'une coordination de parcours des patients en situation complexe.

Enfin, le Décret n° 2016-919 du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes a permis à cette région de développer sa Plateforme Territoriale d'Appui à partir des compétences existantes. A savoir le regroupement de cinq réseaux de santé actifs sur le territoire; réseaux à vocation gérontologiques, soins palliatifs, de coordination... Cette PTA utilise l'outil eTICSS créant ainsi une plateforme numérique dédiée à la coordination et au partage des informations pour les patients en situation complexe. Elle comprend entre autre l'identification exacte du patient, de son cercle de soins, différents formulaires et tests d'évaluation médico-sociaux, l'identification des problématiques, des solutions et acteurs de prises en charge,... conduisant à l'élaboration du Plan Personnalisé de Santé (PPS) et à son suivi.

Le développement des PTA voulu par la LMSS vise à apporter une réponse aux professionnels et en particulier aux médecins traitants dans la prise en charge des usagers en situations complexes. Cette plateforme permettra ainsi une information et une orientation des professionnels vers les ressources sociales, sanitaires et médico-sociales du territoire. Mais également, elle jouera un rôle d'appui à l'organisation des parcours complexes sous forme d'aide à la coordination des interventions des professionnels autour du patient. Enfin, elle offrira un soutien aux initiatives professionnelles visant une facilité d'accès aux soins, une meilleure coordination et une sécurisation des parcours.

Pourtant malgré les efforts des pouvoirs publics et des ARS et les outils élaborés, force est de constater que le processus des parcours de soins demeure encore peu développé. En effet, une approche par les parcours se heurte à l'organisation d'un système de santé peu enclin aux approches coordonnées. Certains freins sont connus: pas de tarification au parcours, une démographie médicale ne permettant pas dans certains territoires une organisation des soins du premier recours, enfin un cloisonnement historique entre les secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux et entre une médecine hospitalière et une médecine ambulatoire. Aujourd'hui, Il est essentiel pour les professionnels de santé de s'organiser, de partager les informations, de coopérer autour d'objectifs communs pour et avec le patient au plus près de son lieu de vie. Ainsi le soin dépend de la capacité de chacun d'entre eux à développer de nouvelles compétences à savoir, travailler en coordination.

1.3 Les parcours : Une coordination revisitant les frontières.

1.3.1 Développer la coordination

Travailler ensemble nécessite donc une coordination des acteurs. C'est une préoccupation majeure des organisations mais dans une vision de parcours, la problématique est plus importante encore, car elle cible non seulement des acteurs situés dans des lieux géographiques différents, mais également avec des intérêts différents, leur seul but commun étant la continuité de prise en charge d'un patient.

Bien que chacun d'entre nous connaît intuitivement ce que signifie le verbe "coordonner", il n'est pas simple de le définir précisément dans le contexte organisationnel. Dans un article sur le recadrage conceptuel de la coordination Éric ALSÈNE, et François PICHAULT reprennent les différentes définitions sociologiques de ce terme :

"(...) FAYOL (1916, p. 8) estime, au début du siècle dernier, que coordonner dans une entreprise, c'est « relier, unir, harmoniser tous les actes et tous les efforts ». GULICK (1937) définit par la suite la coordination comme la tâche consistant à interrelier les différentes parties du travail. LITTERER (1965) considèrera plus tard que la coordination est le processus de facilitation des activités qui ont des liens entre elles, tandis que VAN DE VEN et al. (1976, p. 322) écriront: « Coordonner signifie intégrer ou relier ensemble différentes parties d'une organisation pour accomplir un ensemble collectif de tâches ». Plus tard encore, MALONE et CROWSTON (1994) définiront la coordination comme la gestion des dépendances entre activités".⁴

D'après ces auteurs, l'action de coordonner peut se scinder en deux visions: Une vision intégrative visant à relier des activités différentes et une vision facilitatrice visant à réunir des activités interreliées. La notion de parcours fait appel à une vision facilitatrice car l'ensemble des activités sanitaires, sociales ou médico-sociales à relier est une coordination qui a pour but unique une synchronisation des contributions de plusieurs acteurs pour une prise en charge adaptée, personnalisée et efficiente pour un patient. La Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) rejoint cette vision dans son guide: Améliorer la coordination des soins : Comment faire évoluer les réseaux de santé ? Guide méthodologique Version n°1

"La coordination des soins se définit comme une action conjointe des professionnels de santé et des structures de soins en vue d'organiser la meilleure prise en charge des patients en situation complexe, en termes d'orientation dans le système, de programmation des étapes diagnostiques et thérapeutiques et

⁴ Éric ALSÈNE, et François PICHAULT, " La coordination au sein des organisations: Eléments de recadrage conceptuel" – Gérer et comprendre • Mars 2007 • N° 87 p 61 à p 81

d'organisation du suivi. Elle s'intègre dans la coordination du parcours de santé et a pour objectif de faire bénéficier au patient de « la bonne réponse (médicale, médico-sociale, sociale), au bon endroit, au bon moment »⁵

Cette coordination du parcours peut être effectuée par le médecin traitant mais dans le cas de situations complexes, de multi pathologies, de besoin d'hospitalisation le médecin traitant peut avoir besoin d'un appui. En effet pour limiter la perte de temps, pour mieux évaluer la situation d'un patient, pour mobiliser l'ensemble des ressources nécessaires, le médecin traitant travaillant seul ne peut garantir un parcours efficient. Pour cela le recours à un coordonnateur ou à un *case manager* peut faciliter la trajectoire de l'utilisateur en situation complexe afin de mettre en relation l'ensemble des services médicaux, psycho-sociaux, environnementaux et économiques. Le concept de *case management* en santé s'est développé dans un premier temps dans le domaine de la santé mentale et plus particulièrement au Canada, aux Etats-Unis et en Grande Bretagne puis progressivement en France. Le concept de *case management* est défini dans un article publié en 2010 comme suit :

"Le case management est le processus par lequel on obtient, coordonne et assure l'utilisation, pour les usagers souffrant d'incapacités psychiatriques, des soins et des services qui les aideront à satisfaire, d'une façon à la fois efficace et efficiente, leurs besoins multiples et complexes. Le but ultime du case management est de favoriser la continuité des soins et de permettre que les différents professionnels et partenaires du système de santé soient accessibles, en renforçant leurs responsabilités partagées et leurs actions."⁶

Ainsi, le *case manager* est un acteur indiqué pour répondre à un processus complexe, permettant d'assurer la continuité des interventions de prise en charge et leur suivi à long terme. Il a pour particularité de ne pas être déterminé dans un champ d'action spécifique, il pourra être travailleur social, médicaux-social, médecin, infirmier, psychologue... en revanche, cette indétermination, cette neutralité dans son rôle d'acteur pivot est indispensable pour assurer une flexibilité du dispositif. Pour assurer cette continuité et cette efficacité de la prise en charge de l'utilisateur le *case manager* se doit de travailler en réseau. Dans ce même article il est stipulé qu'il existe trois niveaux de pratiques de réseau en fonction de la situation rencontrée, il s'agit du niveau de liaison, de celui de la coordination enfin celui de l'intégration complète.

Le niveau de liaison correspond aux situations dites "simples" où l'appel à une consultation spécialisée n'est pas nécessaire. Les professionnels impliqués dans la prise

⁵ Instruction N° DGOS/PF3/2012/349 du 28 septembre 2012 relative au guide méthodologique « Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ».p 14

⁶ Cécile Petitqueux-Glaser *et al.*, « *Case management : quelles compétences professionnelles pour un accompagnement global et un suivi coordonné en santé mentale ?* », *Vie sociale* 2010/1 (N° 1), p. 109-128.DOI 10.3917/vsoc.101.0109- p 113

en charge de l'utilisateur sont informés afin de connaître la conduite à tenir et puissent agir en fonction de leurs propres compétences.

Le niveau de coordination oblige à une relation plus étroite entre les différents partenaires afin de garantir une cohérence entre soins spécialisés et soins primaires. Il intervient dans le cadre de situations complexes et doit offrir une réponse plus structurée et planifiée.

Enfin, le niveau d'intégration complète correspond aux situations les plus instables, complexes avec de hauts risques de rupture dans la continuité des soins. Ce contexte demande en réponse une équipe (avec des acteurs ayant des compétences complémentaires dans les différents domaines de la vie de l'utilisateur), unique, pour une prise en charge adaptée. Ce niveau de *case management* est encore à réfléchir en France.

Le *case management* quel que soit son niveau d'intervention dépend en grande partie du partage de l'information entre les différents professionnels. La mise en place d'outils de communications numériques, le développement du dossier patient partagé, sont les vecteurs essentiels de la transmission d'informations. Cependant, le partage de données ne peut se développer que sur un simple progrès technique, il doit s'appuyer sur des professionnels cherchant à améliorer leurs compétences collectives pour une prise en charge optimale de l'utilisateur. Le *case manager* sera confronté à la double exigence qui demande pour une efficacité de parcours, une logique verticale qui comprend des professionnels avec des compétences et des savoirs spécifiques et une logique horizontale visant la coordination et le développement d'une intelligence collective de ces mêmes acteurs. Cette vision horizontale devra s'effectuer sur un territoire donné, mais là encore les logiques de territoires ne sont pas les mêmes en fonction du domaine d'activités des personnels œuvrant auprès d'un utilisateur unique.

1.3.2 Définir les contours d'un territoire

La logique de parcours s'inscrit, comme nous l'avons vu dans sa définition, dans un territoire défini, au plus près du patient. Pour évoquer ce territoire on parle de niveau local ou de proximité. La coordination de parcours doit donc s'effectuer sur un territoire géographique défini, mais lequel ? Un ouvrage intitulé " les territoires de la santé" écrit sous la direction de Nathalie Martin-Papineau le territoire est ainsi défini :

"Le territoire est un espace investi par des institutions et/ou des groupes dont les identités sont spécifiques(...) c'est un espace instrumental, cadre d'actions, d'interventions publiques ou de mobilisations collectives..."⁷

Les régions sont à l'origine de la création de territoires aux contours multiples en raison des différentes actions à développer. Dans le domaine de la santé, le découpage et le financement sont également variables selon le domaine sanitaire, psychiatrique ou social. Le choix des périmètres dépend aussi des interventions à mener et des différentes approches envisagées. Le contour peut être défini dans le cadre purement territorial (contrat de territoire), mais également par une approche par pathologie (filiales AVC, Diabète...), enfin il répond à des plans, des schémas et des programmes : Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS), Schéma Régional de Prévention (SRP), Le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies (PRAPS)..... Le territoire de santé est donc constitué dans une région de multiples croisements en fonction du domaine d'activité, des types d'approches et des partenariats envisagés.

Par ailleurs, la place du médecin traitant est un élément pivot du parcours de soins, l'atlas de la démographie médicale de 2016 montre des difficultés dans l'accès aux soins sur certains territoires. En effet; ce constat effectué par l'ordre des médecins montre que malgré une activité médicale qui reste stable, une importante diminution des médecins généralistes se profile à l'horizon 2007-2025 en raison de nombreux départs à la retraite. De plus les disparités territoriales sont nombreuses avec des territoires sur-dotés et d'autres sous-dotés. L'absence de médecin traitant peut être un manque au niveau local, mais la présence d'un cabinet médical ne signe pas toujours une zone d'influence précise. En effet, le médecin demeurant au choix de l'utilisateur, c'est plus la compétence médicale que sa position géographique qui influe sur ce choix. On ne peut donc pas parler de zone d'influence reconnue pour un cabinet médical.

Enfin, les législateurs ont également réfléchi sur la notion de territoire de proximité, d'organisation des soins et la structuration des parcours. Depuis une vingtaine d'année, chaque loi de santé aborde la notion de territorialisation de l'action publique. La loi HPST qui, dans son titre, reprend le mot territoire a réformé profondément la planification de l'offre de soins en inscrivant les niveaux de recours. Plus près de nous, la loi de modernisation de notre système de santé, s'inscrit de nouveau dans une démarche de territorialisation en créant les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT). Dans un rapport préparatoire à cette loi A Cordier délimitait trois territoires: le territoire fonctionnel,

⁷ Nathalie Martin-Papineau "Les territoires de la santé" – Collection de la faculté de Droit et des sciences sociales de Poitiers – imprimeur Oudin - 2009

le territoire de proximité et le territoire populationnel. C'est le premier territoire qui est plus particulièrement adapté à la notion de parcours car " *c'est l'espace propice aux soins de santé intégrés*"⁸ c'est le lieu de travail en équipe de soins de santé primaire, le cadre de réalisations des actions préventives et éducatives , c'est à ce niveau que s'exerce la coordination des acteurs autour des soins complexes hors-hospitalisation et des interfaces ville-hôpital.

Ainsi cette notion territoriale des parcours amène Marcel Calvez à une nouvelle définition du territoire:

*"(...) désigne une organisation administrative ou politique spatialisée des dispositifs de prise en charge de la maladie ou des parcours de soins et des professions médicales à partir d'une caractérisation des besoins sanitaires des populations"*⁹

La notion de parcours ville-hôpital s'applique sur un territoire aux contours parfois imprécis qu'il faudra délimiter, mais également sur la capacité des professionnels à travailler ensemble et pour cela un changement de culture s'avère nécessaire. Cette problématique est également une interrogation relevée par Mireille Faugère directrice de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) repris dans un article sur les parcours de soins en janvier 2013:

*"Nous sommes dans un système très hospitalo-centré qu'il faut parvenir à modifier, mais comment ? De plus notre système est très permissif, les professionnels de santé font ce qu'ils veulent tout comme les patients qui vont où ils veulent. Nous avons devant nous un travail considérable qui ne réussira que si nous travaillons tous ensemble."*¹⁰

1.4 Les parcours: Une culture émergente.

Le "travailler ensemble" est indispensable au développement des parcours de santé, de vie, de soins de l'usager. Cependant, le parcours ville-hôpital met en lien deux logiques de soins, deux cultures soignantes, l'une hospitalière, l'autre libérale. Par ailleurs, il fait coïncider des acteurs de domaines différents sanitaires, médico-sociaux et sociaux avec chacun des cultures professionnelles singulières. Ce concept de culture est abordé différemment en fonction des diverses disciplines en sciences humaines. La

⁸ Rapport Alain Cordier un projet global pour la stratégie nationale de santé – juin 2013

⁹ Maurice- Pierre Planel et Frédéric Varnier – les fondements du virage ambulatoire – Presse de l'EHESP- 2017- p170/171

¹⁰ Laure Martin - Le parcours de soins: gisement d'efficacité du système de santé ? – article revue Initiative – janvier 2013 – tome 135 – N°1 – p 18

première définition de culture est due à Edward Tylor anthropologue britannique repris par D.Cuche en 2010 :

*"Culture ou civilisation, pris dans son sens éthologique le plus étendu, est ce tout complexe qui comprend les connaissances, les croyances, l'art, la morale, le droit, les coutumes et les autres capacités ou habitudes acquises par l'homme en tant que membre de la société ."*¹¹

La différence entre les humains sera exploitée également dans la discipline de la sociologie par Emile Durkheim et Lévy - Brühl. Dans cette discipline la notion de culture est un concept de base pour penser l'individu et le groupe, il développe le « *domaine psycho affectif, la personnalité, la sensibilité et leurs adhérences sociales* »¹² En anthropologie elle prend une conception soit restrictive, soit extensive, incluant les savoirs transmis par des institutions et valorisée par un groupe particulier ou l'ensemble des productions spécifiquement humaines. Dans les années 1930, aux Etats Unis, l'anthropologie et la sociologie se rapprochent pour s'intéresser à la culture de communautés. Celles-ci étaient représentatives de la société à laquelle elles appartenaient. C'est ainsi que le concept de subculture naît. Vont naître ainsi de nombreuses sous-cultures aussi bien référées à des classes sociales qu'à des ethnies. Ces groupes ont la même culture que la société en général mais présentent des caractéristiques rituelles ou des codes différents et partagés par les membres qui les composent .Il y aurait transmission de valeurs au sein du groupe ou de codes qui signifieraient l'appartenance du sujet à celui-ci. Cette subculture rejoint la culture professionnelle qui est elle-même subdivisée, selon Shaeda Isani¹³ en quatre cultures, subcultures spécifiques: La culture d'entreprise, celle de corporation, ou celle de service enfin celle de fonction.

La culture d'entreprise est une culture créée, développée et prescrite par les dirigeants en vue de créer une cohésion interne, un sentiment d'appartenance qui aidera à « (...) fédérer, mobiliser, gommer les différences entre les catégories de personnels au profit de la réalisation des missions de l'entreprise »¹⁴

La culture de corporation unit tous les professionnels issus de la même formation initiale.

La culture de service est une culture différenciée par service malgré une même culture d'entreprise.

¹¹ Cuche, D. (2010), *La notion de culture dans les sciences sociales*, (4^{ème} édition, 1^{ère} édition en 1996). Paris : *La Découverte- p8*

¹² Morin, E. (1969). De la culturanalyse à la politique culturelle, *Communications*, 14, *La politique culturelle*. 5-38. P 5

¹³ Compétence de culture professionnelle : définition, degrés et didactisation - Shaeda Isani – la revue du GERAS -<https://asp.revues.org/979> - consulté le 25 juillet 2017

¹⁴ Thévenet, Maurice. 1993. *La Culture d'entreprise*. Coll. Que sais-je ? Paris : Presses universitaires de France. P 6

La culture est transversale par rapport à l'organisation de la structure. Ainsi, dans les établissements de santé nous avons une culture de cadres ou une culture de secrétaires, une culture médicale, paramédicale..., toutes ces cultures possédant des valeurs qui ne sont pas simplement différentes mais parfois très divergentes.

Une autre culture peut être mise en avant dans le contexte du soin, il s'agit de la culture professionnelle. Dans un article Agnès Van Zanten l'évoque ainsi:

*"Le terme de "culture professionnelle" est utilisé (...) pour souligner le fait que l'exercice d'une activité professionnelle ne se réduit pas à la mise en œuvre de compétences et de techniques mais suppose également l'intégration à un micro-univers social caractérisé par des valeurs des façons explicites ou implicites de faire face à différents problèmes, des configurations spécifiques des relations de travail."*¹⁵

Ainsi, malgré une culture de corporation propre aux acteurs médicaux, paramédicaux et sociaux, le lieu d'exercice influe et développe une culture professionnelle spécifique. Dans la notion de parcours, la coordination de ces différents professionnels doit tenir compte de cette multitude de cultures et tout particulièrement, pour des professionnels de formation initiale identique, de leur culture professionnelle différente.

Ce travail collectif, nécessité par une vision de parcours oblige les professionnels à se rencontrer et amène à une acculturation réciproque. Plutôt que de considérer une perte de leur culture d'origine, l'acculturation désigne la construction d'une culture lors de rencontres. Dans le Mémoire pour l'étude de l'acculturation de 1936, nous retrouvons la définition suivante :

*"L'acculturation est l'ensemble des phénomènes qui résultent d'un concept continu et direct entre des groupes d'individus de cultures différentes et qui entraînent des changements dans les modèles (patterns) culturels initiaux de l'un ou des deux groupes »"*¹⁶.

L'acculturation devient un concept à considérer comme complexe et indique une dynamique. Le processus d'acculturation convoque les sujets et non seulement les cultures, ce qui implique de prendre en considération dans ce processus le contexte social, historique. L'acculturation a permis de redéfinir la culture et de lui donner un dynamisme et une universalité. En ce sens, la culture est devenue également un processus toujours en mouvements de construction, déconstruction et reconstruction.

En synthèse, nous remarquons qu'il n'existe pas un parcours mais des parcours patients. Ces parcours recouvrent des territoires aux limites parfois floues ou prédéfinies

¹⁵ Les professions et leurs sociologies, modèles théoriques, catégorisations et évolution – sous la direction de Pierre-Michel Menger – article de Agnès Van Zanten- édition la maison des sciences de l'homme – 1999 -P 161

¹⁶ Cuhe, D. (2010), *La notion de culture dans les sciences sociales*, (4^{ème} édition, 1^{ère} édition en 1996). Paris : *La Découverte*- p59

mais qui ne refléterons jamais le territoire spécifique du patient singulier ou des différents professionnels exerçant sur le territoire. Ces deux premiers éléments mettent en avant la nécessité d'une coordination du parcours. Cette coordination doit définir clairement le cadre d'actions dans lequel elle intervient. Mais également, elle doit avoir une connaissance des champs de compétences et d'activités des différents professionnels gravitant autour de l'utilisateur en soins. Ainsi, une acculturation de l'ensemble des professionnels participant à cette vision de parcours ville-hôpital doit émerger.

A ce stade de notre travail il nous semble important d'explorer la vision des professionnels, de recueillir leur ressenti, sur le parcours étudié ici : le parcours ville-hôpital. Le parcours ville-hôpital : une étude autour d'un outil de coordination.

2 Le parcours ville-hôpital : Une étude autour d'un outil de coordination

2.1 Méthodologie d'enquête.

Au regard de ces concepts, il est essentiel de mettre en lien les hypothèses émises dans ce travail à savoir :

- La culture hôpital-centrée du soignant en établissement de santé est un frein au développement du parcours ville-hôpital.
- La cohérence du parcours de l'utilisateur dépend de l'engagement des professionnels à coopérer ensemble au bénéfice du patient.
- Le développement de l'outil de coordination des parcours devra s'accompagner d'une volonté managériale pour faire évoluer les organisations.

Nous avons fait le choix, pour explorer ces hypothèses, d'utiliser une méthodologie clinique qui permet l'étude de la singularité du sujet et plus particulièrement centrée sur la clinique des situations. Cela permettra de mettre à jour, la culture, les outils et les connaissances des acteurs, du parcours ville-hôpital et déduire ainsi ce qui participerait à une meilleure coordination de ces professionnels. Cette méthodologie nous semble adaptée car elle « s'intéresse à l'activité d'un sujet dans un agir professionnel »¹⁷

Pour cela la rencontre avec des professionnels participant aux parcours ville-hôpital est nécessaire pour recueillir leur expérience par le biais de leur discours. Le choix d'entretien semi-directif permettra une analyse qualitative des éléments recueillis. En effet, cet outil permet :

« (...) au chercheur de retirer de ses entretiens des informations et des éléments de réflexion très riches et nuancés. Ainsi, s'instaure en principe un véritable échange au cours duquel l'interlocuteur du chercheur exprime ses perceptions d'un événement ou d'une situation, ses interprétations ou ses expériences, tandis que, par ses questions ouvertes et ses réactions, le chercheur facilite cette expression, évite qu'elle s'éloigne des objectifs de la recherche »¹⁸

Enfin, la méthode clinique que nous avons choisie implique d'interviewer un échantillon restreint de personnes mais suffisant pour permettre une analyse des données contextualisables mais non généralisables, nous envisageons de mener quatorze entretiens.

¹⁷ Eymard, Ch, Thuillier, O., & Vial, M.). « *Le travail de fin d'études.* » Rueil-Malmaison : Wilco, 2011. p 93

¹⁸ CAMPENHOUDT, L. V. et R. QUIVY « *Manuel de recherche en sciences sociales* » - 4e édition, 2011, p.170.

2.1.1 La population choisie

Dans une logique de parcours il est important de rencontrer des acteurs en intra et en extra hospitalier. Ce travail étant centré sur le rôle du Directeur des Soins, nous avons choisis d'interroger des acteurs médicaux et paramédicaux intrahospitaliers. Pour ouvrir plus encore sur l'interdisciplinarité, une rencontre avec un acteur du médico-social a été réalisée, enfin, pour une vision plus "macro" un entretien avec le directeur de la stratégie @santé de l'ARS concernée complète cette étude. La notion de territoire est également à prendre en compte, ce qui nous a amené à cibler le territoire couvert par le dispositif eTICSS. Ce territoire comprend entre autre, deux établissements de santé publics principaux distants de 45 km appartenant au même GHT. Chaque zone d'influence de ces deux établissements sera distinguée par une lettre A pour l'établissement support et B pour le second.

Nous avons lors de la prise de rendez-vous évoqué le thème avec les personnes cibles mais de manière assez imprécise, nous avons simplement dit que nous souhaitions explorer leur expérience sur les parcours en santé. Nous avons précisé les modalités de temps, environ quarante-cinq minutes et rappeler les règles de confidentialité et d'anonymat de ce type de recherche. Afin de préserver l'anonymat et de rendre la grille de dépouillement plus vivante nous avons attribué à chaque acteur un terme comprenant sa fonction couplée à la lettre attribuée au territoire.

Terme	Territoire	secteur	Fonction
DS.A	A	Centre hospitalier support	Coordonnateur Général des soins
CCS.A	A	Centre hospitalier support	Cadre Supérieur de Santé
PCME.A	A	Centre hospitalier support	Président de la CME
AS A	A	Centre hospitalier support	Assistante sociale
DS.B	B	Centre hospitalier	Directeur des Soins
CSS B	B	Centre hospitalier	Cadre Supérieur de Santé
PCME.B	B	Centre hospitalier	Président de la CME
AS B	B	Centre hospitalier	Assistante sociale
MED.A	A	Libéral	Médecin généraliste
IDE.A	A	Libéral	Infirmière libérale
D3S.A	A	Médico-social	Directeur d'établissement
MED.A et B	B	Libéral	Médecin généraliste
IDE.B	B	Libéral	Infirmière libérale
ARS	A+B	Régional	Directeur-chef de projet

2.1.2 Le lieu de l'entretien

Pour le confort du professionnel interviewé, sa disposition à nous répondre, et la faisabilité de l'entretien nous avons choisi de le rencontrer sur son lieu d'exercice. L'entretien comprend un temps de présentation, un temps de conclusion, de libre échange et bien sûr un temps de recueil plus formel en lien avec notre sujet d'étude. Les entretiens sont planifiés à l'avance. Nous nous présentons comme étudiant Directeur des Soins, nous déclinons le sujet de notre recherche de façon explicite pour éviter les doutes ou incertitudes chez le professionnel. Notre posture sera l'écoute pour accueillir la parole des acteurs avec le plus de neutralité possible. Nous prenons garde à ne pas laisser paraître d'attitudes non verbales et d'expressions verbales qui pourraient paraître jugement de valeur, préjugé, ou désaccord avec la parole recueillie. Notre approche sera la plus sincère possible, pour une écoute centrée sur le sujet et sa parole. Notre entretien laisse la place à l'imprévu tout en respectant le cadre fixé au préalable.

2.1.3 L'outil

Nous avons pensé l'outil au cours de la construction du cadre théorique de ce travail. L'entretien semi-directif s'est imposé très vite, mais sa nature s'est définie après réflexions sur ce que nous voulions recueillir. Cet outil semble adapté pour la raison suivante : des questions suffisamment explicites pour ne pas laisser le professionnel dans la difficulté et pour l'amener à être participatif. L'entretien sera individuel pour pouvoir comparer les données. Nous chercherons lors de l'entretien à prendre en compte l'explicite et l'implicite. Les questions posées sont élaborées et regroupées dans une grille d'entretien (Annexe I).

2.1.4 Critique de la méthodologie

Nous avons dans un premier temps recherché des professionnels qui seraient susceptibles de participer à cette enquête. Nous nous sommes trouvés confrontés à un problème que nous n'avions pas envisagé qui était, non pas le refus de participation des acteurs à cette étude mais plutôt l'impossibilité organisationnelle d'y participer. En effet, notre enquête nécessitait des entretiens avec des professionnels exerçant en libéral et nombres d'entre-deux n'ont pas pu se rendre disponibles.

D'autre part il aurait pu être intéressant d'avoir l'avis des usagers sur la vision de parcours, nous n'avions pas fait ce choix au début de notre enquête néanmoins cet acteur majeur et central manque dans l'analyse de cette recherche sur la coordination des parcours.

La retranscription des entretiens a fait apparaître certains biais dans la formulation des questions. Nous avons ainsi été confrontés à nos limites concernant la technique de la conduite d'entretien certainement due à un manque de pratique. En effet certaines questions de relance pouvaient induire les réponses données, nous avons donc exclu ces propos de notre grille d'analyse. De plus nous n'avons pas noté le non verbal des personnes interviewées : l'intonation pouvait être entendue à la retranscription mais certaines postures pouvant confirmer ou appuyer certains propos ne sont pas prises en compte.

Enfin nous n'avons pas fait expliciter la *Doxa* ce qui laisse sujet à interprétation de notre part. Lorsque certains évoquaient le mot coordination, culture, outils..., nous ne leurs avons pas demandé de préciser le ou les termes employés afin de savoir s'il correspondait à nos définitions.

2.2 Les résultats

Nous avons réalisé l'analyse qualitative à l'aide des éléments du cadre de référence qui sont, les territoires, les parcours, les outils, la coordination, la culture professionnelle et le rôle des professionnels dans cette logique de parcours-patients ville –hôpital.

2.2.1 Le territoire un périmètre à définir

La rencontre avec les différents professionnels montre que le terme territoire est défini différemment selon les acteurs. Cela rejoint les multiples approches de cette notion développées dans la première partie de ce travail. Les éléments de discours montrent deux grandes tendances dans la vision territoriale, l'une centrée autour du patient, la seconde autour de l'établissement de santé. En effet le directeur de la structure médico-sociale mais également les Présidents de la Commission médicale d'Etablissement (PCME) définissent le territoire par rapport à l'établissement où ils exercent :

PCME A : "*Pour moi un territoire c'est lié assez clairement à la zone d'influence d'un hôpital ou d'une structure x ou y, dont l'influence va décroissante au fur et à mesure que l'on s'éloigne du centre*"

PCME B: "*C'est la population qui se trouve autour d'un ou de plusieurs ES... il y a également une connotation géographique de facilité d'accès... Le territoire se définit de fait par rapport à l'hôpital et à son bassin naturel de drainage d'une population.*"

D3S.A : "*La notion de territoire n'évoque pas grand-chose, pour moi le département la région ça me parle, Nous notre établissement accueille beaucoup de personnes du coin, et de façon plus large principalement du département.*"

En revanche, les professionnels paramédicaux et sociaux hospitaliers et l'ensemble des professionnels extrahospitaliers se rejoignent sur une définition centrée autour du patient:

CCS B "*Nous on se bat pour garder la proximité, à avoir des services suffisants pour les besoins de notre population à proximité*"

AS A : "*C'est un circuit identifié, on essaie de définir les étapes de la personne ... pour moi c'est autour du patient* "

Le médecin généraliste et les infirmières libérales évoquent tous comme unique territoire, le lieu de résidence du patient.

Seuls les propos de la CSS A mettent en lien ces deux visions :

CSS A : "*Le patient il a normalement son petit périmètre , son petit territoire à lui ...donc son périmètre ça va être chez lui , son médecin, ses infirmières , la pharmacie où il va, l'hôpital où il va quand ça ne va pas bien ... La notion de territoire c'est une bonne façon de revoir la dimension hors de ses murs à soi pour se dire tiens il n'y a pas que nous ...il ne faut pas être égocentré...On a des gens qui viennent dans notre bulle à nous mais c'est juste notre bulle*".

L'ensemble des propos recueillis et la différence de la vision territoriale centrée soit sur le patient soit sur l'établissement peut provenir, comme l'explique Eve Bureau et Judith Hermann-Mesfen "*d'un système de santé organisé pour les professionnels de santé*". En effet ces auteures ont regroupé plusieurs études publiées depuis 1960 qui :

" (...) ont montré qu'en France, les hôpitaux sont plus pensés en fonction des professionnels y travaillant que pour des patients présents par intermittence, situation qui conduit ... à qualifier les patients d'« intermittents du système de soins »... il devient alors le patient de chaque professionnel de santé qui ignore parfois les interventions des autres professionnels ¹⁹

En revanche les professionnels libéraux sont amenés à entrer dans l'univers du patient sur son territoire, son cadre de vie ce qui peut expliquer cette vision territoriale centrée sur le patient.

Par ailleurs, la notion du territoire en santé est également liée à la politique de santé en France et ce sont les DS qui mettent en avant cette vision:

DS A: "*Elle est définie par des règles, par des gens qui nous disent que le territoire il va de là à là ...il nous est imposé par un découpage qui est prédéfini* "

DS B : "*Le territoire évoque pour moi la coordination des soins sur le territoire* "

¹⁹ Eve Bureau et Judith Hermann-Mesfen, « *Les patients contemporains face à la démocratie sanitaire* », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 8 | 2014, mis en ligne le 21 avril 2015, consulté le 15 septembre 2017. URL : <http://anthropologiesante.revues.org/1342>

En résumé la notion de territoire est déclinée différemment selon les acteurs et selon leur lieu d'exercice. Cette disparité devrait s'effacer dans une vision de parcours patient "ville-hôpital". En effet si l'ensemble des professionnels s'accordent autour d'un parcours de soins personnalisé à l'utilisateur, de fait, la notion de territoire sera celui que l'utilisateur empruntera. La vision de parcours oblige ainsi le système de santé à repenser et créer des organisations transversales pour répondre aux besoins et aux attentes de l'utilisateur en soins.

2.2.2 Des parcours multiples ouvrant sur le concept d'interdisciplinarité

Lorsque les professionnels rencontrés parlent de parcours en santé, aucun d'entre eux ne cite les différents parcours gradués décrits dans la LMNS à savoir : le parcours de santé, le parcours de soins et le parcours de vie. Il est également intéressant de noter qu'une certaine confusion peut se manifester chez les PCME des deux établissements hospitaliers. En effet lorsqu'ils évoquent :

PCME A: " L'idée des parcours de soins, c'est l'idée que les patients sont pour une part identiques dans leur parcours et que du coup étant identiques dans leurs parcours le chemin par lequel ils passent peut être balisé spécifiquement pour eux."

PCME B : "Ce sont les étapes successives de la prise en charge d'un patient depuis son premier accès aux soins. Oui c'est la façon dont il va se déplacer jusqu'au but ultime de sa prise en charge qui est le lieu, l'établissement vers lequel sa pathologie pourra être traitée..."

Ils définissent plutôt le chemin clinique selon la Haute Autorité en Santé ,

« Le chemin clinique est centré autour du patient, il a pour but de décrire, pour une pathologie donnée, tous les éléments du processus de prise en charge en suivant le parcours du patient. Cette méthode vise à planifier, rationaliser et standardiser la prise en charge pluridisciplinaire de patients présentant un problème de santé comparable. Elle repose sur la description d'une prise en charge optimale et efficiente à partir des recommandations professionnelles. Le chemin clinique peut être utilisé dans un établissement de santé, dans un réseau de soins ou dans le cadre de l'exercice libéral lorsque les professionnels se coordonnent entre eux»²⁰

Cependant tous se rejoignent pour parler des différentes étapes du parcours avec un début et une fin, les CSS soulignent les différents points de ruptures du parcours.

"Le parcours de soins je l'associe à des prises en charges ponctuelles, concomitantes les unes avec les autres, c'est des séquences de prises en charges qui peuvent être jointives et qu'on espère...qu'il est moins de ruptures pour que cela soit le plus rectiligne possible et pas de discordance entre les étapes avec des qualités et des durées trop différentes" CSS A

²⁰ Agence Nationale de l'Évaluation et d'Accréditation en Santé (ANAES), Service évaluation des pratiques professionnelles HAS. *Le chemin clinique : une méthode d'amélioration de la qualité*, Juin 2004. [Visité le 15 septembre 2017], disponible sur Internet : <http://www.has@sante.fr>

Ainsi que le médecin généraliste lorsqu'il dit:

" La difficulté à domicile c'est de trouver un rendez-vous avec un spécialiste, souvent le temps éloigné de la consultation, obligent les patients à passer directement par les urgences, ce n'est pas une réponse adaptée."

Par ailleurs certains mots clés sont cités, *" responsabilité sanitaire, trajectoire, direction, cohésion, accompagnement"* qui traduisent clairement l'idée d'une prise en charge globale du patient pour répondre au plus juste à ses besoins dans une logique spatiale et temporelle. De plus, les professionnels citent deux piliers essentiels dans une logique de parcours qui sont : le patient et le médecin traitant. C'est conforme au souhait du législateur qui, en 2004, souhaitait une place renforcée et centrale du médecin traitant.

Enfin la pluridisciplinarité est mise en exergue par l'ensemble des personnes interviewées

" (...) tous les acteurs de terrains IDE, Kiné, même maintenant pharmacien (AS A); il y a tous les professionnels médicaux et paramédicaux mais il y a aussi tous les autres , le social, le service social, les aides à domicile (AS B); les acteurs sont le patient, le médecin traitant puis les acteurs du social, du médicosocial, du sanitaire; qui soit au niveau du libéral ou au niveau de l'hospitalier...pour moi c'est toutes les personnes rattachées à des prises en charges de personnes (CSS A) "

Cette pluridisciplinarité prônée comme une condition incontournable de la vision de parcours offre une vision juxtaposée des compétences des professionnels au sein d'un parcours. Il convient à présent, devant ce nouvel élément mis en avant par les professionnels rencontrés, de définir le terme le plus adapté à un travail en équipe pour une prise en soins efficiente du patient. En effet, au terme pluridisciplinarité qui :*" juxtapose plusieurs disciplines sans chercher à établir des rapports entre elles. Il semble plus adapté d'utiliser le mot interdisciplinarité qui "tend à intégrer les savoirs des disciplines différentes, à les mettre en interaction. L'interdisciplinarité va permettre de répondre de manière plus adéquate aux besoins et aux demandes des patients, et tenir compte de la globalité de leur vécu."*²¹ Cette auteure belge développe cette notion dans le cadre des maisons médicales qui fonctionne avec des équipes pluridisciplinaires. L'application de ce concept demande outre les compétences des intervenants, une communication réelle et adaptée, une confidentialité partagée et une grande souplesse de fonctionnement. Il permet ainsi de donner un cadre pour que le patient et l'ensemble des professionnels puissent exprimer leurs difficultés, comprendre une situation et trouver une solution commune.

²¹ Rosière Micheline – " Vers la transdisciplinarité "article - Revue : Santé conjugquée - juillet 2006 - n° 37 – p 55.

2.2.3 Un parcours semé d'embûches

Le parcours ville-hôpital se heurte cependant à de nombreux freins.

Le principal est annoncé par l'ensemble des acteurs du territoire B qui se trouve confronté à un manque important de médecins généralistes. L'absence de cet acteur pivot du parcours coordonné de soins peut à lui seul désorganiser l'ensemble de la continuité des soins par un afflux inadapté de patients aux urgences et par un suivi impossible à réaliser en post-hospitalisation. La DS B l'évoque clairement lorsqu'elle dit :

"C'est l'absence de médecin traitant. On a beaucoup, beaucoup de patients qui n'ont plus de médecins traitants et qui rentrent par les urgences, sans avis..."

Ce manque se traduit en amont mais également en aval de l'hospitalisation comme le souligne le PCME B :

"Premier point de rupture c'est le nombre de praticien qui entame la fluidité du parcours des patients...deuxième point en aval on retombe sur les mêmes problématiques, les praticiens sont surbookés ils n'ont pas le temps de revoir dans les temps impartis leurs patients donc il y a des suivis que l'on assure nous même à l'hôpital pour être sûr que cela soit fait car les praticiens ne pourrions pas le faire"

Un second frein est développé par les assistantes sociales il concerne le délai de carence de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) L'APA, entrée en vigueur le 1er janvier 2002 suite à la promulgation de la Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie; permet ainsi la prise en charge partielle des aides humaines, des aides techniques ou des aménagements du logement. Elle s'adresse aux personnes d'au moins 60 ans, reconnues dépendantes au sens des Groupe Iso- Ressources (GIR) 1 à 4 .Cependant, le courrier accusant réception du dossier complet doit mentionner la date d'arrivée de ce dossier complet au conseil départemental. Cette date servira de point de départ au délai maximum de 2 mois imparti au Conseil départemental pour l'instruction du dossier. Ce délai nécessaire à l'étude du dossier retarde le versement du financement et oblige le patient et ses proches à palier financièrement ce temps d'attente Cela pose de grandes difficultés en aval de l'hospitalisation comme le souligne les propos des assistances sociales:

AS A : "Il y aussi le délai de carence de l'APA qui clairement nous pose de grosses difficultés car attendre 2 mois quand on a besoin d'une aide 3fois par jour ça fait des plans d'aides à 600 euros par mois ...ce n'est pas tout le monde qui peut se le permettre durant les 2 mois de carence ...ce n'est pas possible et puis il n'y a plus rien de négociable donc ça cela a clairement mis en difficultés et complexifié notre pratique"

AS B : "Un frein énorme également c'est le délai de carence de 2 mois de l'APA, deux mois sans aide c'est compliqué alors on fait du sur-mesure ...De plus on a l'incompréhension des familles qui

nous disent on entend sans arrêt parler du maintien à domicile et puis quand il s'agit d'organiser un simple passage pour la toilette on ne peut pas...il y a le discours politique et la réalité de terrain est différente ça c'est un frein grave, l'aspect matériel et organisationnel "

Le troisième frein évoqué par les professionnels est l'absence de structure d'accueil en aval de l'hospitalisation

AS B: *"Ensuite pour les gens qui doivent aller en institution c'est le manque de place en EHPAD ou encore typiquement au SSIAD on a une liste d'attente interminable"*

AS A : *"Ce qui change aussi depuis quelques années c'est les places au SSIAD, obtenir des places au SSIAD il faut vraiment avoir beaucoup de chance, il y a des délais d'attente interminable, sur notre secteur l'IDE coordinatrice met énormément de freins, si le patient est hospitalisé plus de 15 jours... il perd sa place au SSIAD,"*

Ce point de rupture impacte non seulement la continuité des soins et la sécurité des patients s'ils doivent retourner à leur domicile faute de place en institution mais également allonge les durées de séjour des patients hospitalisés.

Un quatrième point est également mis en exergue par l'ensemble des acteurs libéraux et hospitaliers, il touche principalement l'amont de l'hospitalisation. Il s'agit du délai d'attente pour accéder aux consultations spécialisées, aux différents plateaux techniques de diagnostics (IRM, scanner...) qui engendre un parcours inadapté. Cela amène les usagers et parfois les médecins traitants à avoir recours aux services des urgences pour avoir une réponse rapide.

CSS A : *"Les freins que je vois, problème de joignabilité quand vous avez un médecin traitant ou un patient qui essaie d'avoir un RDV sur un plateau technique et ensuite c'est un problème de disponibilité et d'accessibilité aux plateaux techniques, ou de consultations qui font que certaine fois le médecin traitant, au lieu d'attendre un RDV, envoie son patient aux urgences."*

Med A/B : *"Le problème c'est lorsque l'on a besoin d'un avis spécialisé, parfois les délais d'attente sont trop longs et nous on a le patient dans notre cabinet qui attend une réponse ...alors parfois effectivement je les envoie aux urgences avec un courrier pour avis "*

Enfin les professionnels regrettent le manque d'outil adapté à un partage d'informations, ce point particulier sera développé en lien avec le dispositif eTICSS que la majorité des professionnels rencontrés connaissent mais qui semble être difficile à mettre en œuvre.

2.2.4 Faciliter les parcours à l'aide des outils existants ou créatifs

Lorsque les interviewés évoquent les outils de coordination de parcours, ils mentionnent spontanément le téléphone, via trajectoire et pour l'ensemble des acteurs hospitaliers eTICSS. Dans un premier temps nous développerons les outils déjà utilisés, ensuite nous aborderons l'outil eTICCS.

Nous remarquons que cette préoccupation de la continuité de parcours est commune à l'ensemble des professionnels rencontrés. Dans le centre hospitalier B, un travail avait été effectué en collaboration soignants / assistantes –sociales pour rédiger une fiche d'alerte avec une interpellation de la cellule sociale, composée de soignant (CSS) et assistantes sociales.

DS B: "*Ce sont les outils reliés à notre dossier patient et donc on se sert beaucoup de ces outils pour construire le parcours du patient, il rentre à l'hôpital souvent par les urgences et d'emblée il a un avis social, on va dire si on a des alertes ou des indicateurs sociaux... Nous dès l'entrée du patient on a des indicateurs sociaux qui nous permettent de déclencher la cellule sociale pour suivre son parcours intra et faire des demandes en vue de sa sortie que cela soit le domicile, l'EHPAD.... les alertes sont données par l'Infirmière d'accueil et d'orientation"*

AS B : "*Il existe une fiche de signalement médico-sociale et dès l'arrivée aux urgences ils peuvent l'activer et puis on a fait en sorte que chaque AS cette alerte elle est faite par les urgences au service qui reçoit la personne et le service interpelle le service social , il n'y a pas d'alerte sur le DPI De plus on fait du repérage sur les plus de 75 ans ,ils sont repérés s'ils ont une probable difficultés pour un retour à domicile quel que soit leur état de santé."*

Nous pouvons relier cette organisation à celle préconisée par l' Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) (annexe 2) « Gérer les interfaces avec les services sociaux » en lien avec le dispositif de Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) qui est une structure chargée de permettre aux personnes en situation de précarité d'accéder à des soins de qualité, bien qu'aucun des acteurs n'ait nommé ce dispositif .

Cette fiche de signalement et d'alerte permet d'améliorer la fluidité des parcours et tout particulièrement de l'aval de l'hospitalisation par une mobilisation rapide de l'ensemble des acteurs sociaux et des soignants afin d'anticiper au mieux la sortie du patient.

D'autres outils ont été mentionnés notamment l'outil « via trajectoire »

DS B : « *Nous au niveau de GHT on a les mêmes dossiers patients, c'est déjà un outil intéressant, après on a des outils comme trajectoire... »*

Médico soc : « *Oui on a via trajectoire qui est un outil, logiciel, qui est bien utilisé, qui est très utilisé, ça fonctionne très bien, nous on reçoit énormément de demande par via trajectoire. »*

Cet outil de coordination est un service public, gratuit et sécurisé, qui propose une aide à l'orientation personnalisée dans le domaine de la santé. Les usagers, médecins libéraux, professionnels hospitaliers et médico-sociaux sont aidés dans le choix de la structure ou du service le plus adapté aux besoins de la personne. Les domaines couverts actuellement sont les SSR, les Unités de Soins Palliatifs, l'HAD, les USLD, les structures d'hébergement pour personnes âgées ainsi que les services et structures destinés aux personnes en situation de handicap Cet outil est par ailleurs largement développé en France les chiffres de Mars 2017 notent :

90 000 professionnels déclarés

20 000 connexions/jour

5 000 médecins traitants déclarés

Etablissements :

- 1 862 établissements prescripteurs
- 1 687 établissements SSR/HAD
- 4 268 EHPAD-USLD

Volume dossiers :

- 68 400 SSR/HAD/USP créés par mois, 1 800 admissions/jour
- 5 300 dossiers EHPAD/EHPA/USLD créés par mois
- 48 000 dossiers handicap²²

Ce développement important et efficace explique sa mise en avant par nombre de professionnels hospitaliers ainsi que le directeur de la structure médico-sociale.

Enfin nous remarquons que de nombreux interviewés font référence aux outils de communication plus « classiques », comme le courrier et le téléphone

PCME B : « Dans les 24 ou 48 h qui suivent l'admission je pense qu'il y a au moins 1 malade sur 2 pour lequel on est obligé d'appeler le médecin traitant, d'appeler le spécialiste, l'assistante sociale, l'infirmière pour comprendre ce qu'il se passe et pendant les 48 ou 72 premières heures on apprend des choses sur la situation. Inversement quand on arrive sur la préparation de la sortie, je dirais si on retourne dans quelque chose qui existait déjà ...qui ai déjà un SSIAD, l'ADMR...ou un EHPAD ça va relativement bien. Si on est dans la mise en place là cela prend quand même pas mal de temps, le temps que tous les partenaires se coordonnent, »

AS A : « Les outils, c'est le téléphone, c'est la communication...c'est parlé enfin, c'est ce que je trouve le plus efficace, ce qui fonctionne encore le mieux nous à notre niveau »

DS A : « Pour moi l'outil de coordination c'est le dossier patient mais qui peut être construit de plein de façons en fonction des outils dont on dispose et là on dispose du dossier patient du généraliste, celui de l'hôpital et en général ce ne sont pas les mêmes, c'est les courriers, c'est les moyens de communication entre les acteurs, le mail, le coup de téléphone, mais un bémol sur le téléphone dans le mesure où il ne laisse pas de trace »

Il est à noter que le téléphone, outil plébiscité par de nombreux acteurs fait l'objet d'un manque de traçabilité clairement évoqué par la DS du site A. Dans un système de santé où la traçabilité fait foi il faut tenir compte de cet aspect et encourager les professionnels à noter une synthèse rapide de ces échanges verbaux.

²² <http://www.viatrajectoireclub.fr/actualite/C3%A9s/cartes-chiffres/> - consulté le 18 septembre 2017

De plus, la lettre de liaison médicale ne concerne pas les paramédicaux libéraux. Cette lacune dans la continuité de prise en soins des patients à leur retour à domicile est un élément dommageable pour l'usager et impacte directement la sécurité de la prise en charge. Cela s'exprime parfaitement dans les propos de l'IDE du secteur B.

IDE B : "On aimerait juste une lettre quand ils sortent de l'hôpital pour nous expliquer ce qu'ils ont eu , le traitement, et puis qu'ils nous les lâchent pas comme ça, ce qu'il y a à faire comme suivi, prélèvements sanguins puis voilà quoi...juste un petit courrier."

Ce document fait d'ailleurs l'objet d'une attention toute particulière dans La Loi de Modernisation du Système de Santé (LMSS) de Janvier 2016 qui prévoit la mise en place d'une lettre de liaison médicale, faisant le lien entre la médecine de ville et l'établissement de soin en cas d'hospitalisation. Le décret paru le 20 Juillet 2016 décline et détaille les modalités de la lettre de liaison ville – hôpital, qui s'appliquera à tous les médecins. Le texte évoque bien que cette lettre de liaison médicale est remise au patient, qui doit la présenter à son médecin traitant lors de sa prochaine visite. Elle est également adressée au médecin à l'origine de l'hospitalisation (si ce n'est pas le même) et, avec le consentement du patient, à tout professionnel de santé impliqué dans sa prise en charge.

Par ailleurs il existe des moyens informels de transmissions d'informations, l'exemple du cabinet infirmier de la zone A est particulièrement pertinent pour montrer la créativité des professionnels de terrains pour améliorer la prise en soins du patient.

IDE A : " Par exemple en dermato ...car en fait nous on travaille beaucoup avec la dermato , on aurait besoin d'un logiciel de suivi , car nous on prend des photos on les envoie par mail au médecin dermato, car des fois pour avoir des RDV en urgence c'est galère... donc depuis quelques mois j'ai commencé à prendre les plaies en photos et à les envoyer par mail au Docteur , qui est réactive pour nous orienter ou réajuster le protocole pansement ...mais du coup ces photos elles sont dans le vide après...nous on les met dans notre dossier mais elles sont pour nous ...alors que l'on pourrait s'enrichir les uns les autres si on les partageait."

Enfin, l'exemple de la collaboration acteurs libéraux et professionnels libéraux se décline dans un cabinet pluridisciplinaire de la zone B. En effet des praticiens spécialisés hospitaliers viennent chaque semaine effectuer des demi-journées de consultations au sein du cabinet libéral. Cela engendre des relations facilitées entre les médecins libéraux et ceux qui exercent à l'hôpital. Une relation de confiance s'est ainsi établie.

Med Lib A/B : " Nous avons également des demi-journées de consultations effectuées par les médecins de l'hôpital dans notre cabinet. Pour l'instant ça débute, les personnes ne l'utilisent pas encore beaucoup donc les délais d'attentes sont rapides. De plus nous pouvons plus facilement échanger et communiquer entre nous Nous nous connaissons et nous nous faisons maintenant mutuellement confiance cela facilite grandement nos échanges "

Ce mode d'exercice des médecins que l'on nomme pluriactif est largement répandu en France. Ce sont les chirurgiens-urologues (56,6 %), les spécialistes du radiodiagnostic (52,5 %), de la chirurgie plastique reconstructrice (51,7 %) et de la chirurgie vasculaire (50,8 %) qui arrivent en tête de peloton des praticiens à activités multiples. En radiodiagnostic, 16,6 % des radiologues exercent 4 ou 5 activités sur plusieurs sites. En queue de peloton, arrivent les médecins du travail et de santé publique (5 %).

Où exercent-ils ?

8 médecins sur 10 exercent sur des sites ou secteurs différents. Les 3/4 des médecins libéraux et salariés ayant 2 activités exercent dans deux secteurs différents. Pour les médecins qui ont 3 activités, 27,4 % les exercent dans 3 secteurs différents. La plus grande majorité exerce au moins une activité à l'hôpital.

Généralistes ou spécialistes, près d'un médecin sur 4, exerce à la fois à l'hôpital public et en cabinet libéral ; ils sont 14 % à exercer dans deux cabinets.

Parmi les généralistes, 30 % déclarent, en plus de leurs activités au cabinet, des activités de soins, de coordination ou d'expertise dans les établissements de santé (14 %), dans une maison de retraite en tant que médecin coordonnateur (8 %), dans une crèche (4 %)...²³

Ce dossier met en avant les avantages de la pluriactivité, en évoquant pour le médecin généraliste un contact avec une équipe lui permettant d'actualiser ses connaissances. C'est de plus de garantir d'un revenu fixe, d'assurer retraite et de bénéficier des avantages des salariés en termes d'assurance santé et de prévoyance. Pour de nombreux praticiens spécialisés, l'hôpital reste le meilleur garant pour accéder à des plateaux techniques de qualité.

Nous remarquons ainsi la diversité des outils de transmissions, de coordination et d'échanges entre la ville et l'hôpital mais aussi leurs limites. Explorons à présent un outil spécifique, pensé, développé, pour améliorer la coordination entre tous les acteurs du parcours du patient en situation complexe.

2.2.5 eTICSS: Un outil controversé

A la question : *Quels outils vous semblent nécessaires pour améliorer la coopération entre les professionnels dans une vision de parcours ?*, L'ensemble des acteurs rencontrés connaissent le dispositif eTICSS. Ils l'ont soit évoqué spontanément, c'est le cas de l'ensemble des professionnels hospitaliers, soit en réponse à la question de relance : connaissez-vous le dispositif eTICSS ? Cependant pour l'ensemble des professionnels le niveau de connaissances, leur implication, leur regard sur l'outil montre des disparités dans leur adhésion à ce nouveau dispositif.

²³ newsletters.lequotidiendumedecin.fr/kiosque/Bichat-2014_v2.pdf – consulté le 19 septembre 2017 –

Il est intéressant de faire cette analyse par groupe professionnel pour mieux comprendre que l'intérêt pour l'outil dépend des pratiques professionnelles de chacun.

En effet, les PCME des deux établissements de santé soulignent :

PCME A : *" Je dois dire c'est arrivé une ou deux fois depuis qu'eTICSS à commencer on a eu 1 ou 2 fois des malades hospitalisés dans le service pour lesquels à l'arrivée aux urgences on avait la notion qu'il étaient incorporés dans eTICSS et du coup les fiches eTICSS avaient été imprimées donc on avait aussi des infos par ce biais là...Cependant les médecins traitants ne peuvent pas remplir l'outil et c'est toujours pareil...la réalité c'est pas du tout ça . La réalité c'est que certains quartiers vont être privés de médecin traitant, donc soit on donne les moyens économiques pour la coordination en augmentant les tarifs et de salarier quelqu'un qui va pouvoir rentrer ces infos là et peut être que l'on va générer des économies "*

PCME B : *" e TICSS, bon moi, je vous donne mon sentiment c'est une véritable usine à gaz qui est totalement pas maîtrisée sur les besoins de la population et ce que peuvent en faire les médecins...ça demande un travail conséquent...de lecture des dossiers et puis il y a tout un volet où l'on n'a pas nous les outils métiers c'est à dire globalement la prise en charge sociale des patients ce serait l'idéal que l'on puisse l'assumer sauf que on a tout sauf le tps de le faire et que du coup c'est ingérable...ingérable. Bon je sais que l'ARS souhaite que l'on mette en place cet outil mais moi le peu de chose que j'en ai vu c'est une formation sur le logiciel médical qui pour le coup n'est pas fini, qui n'est pas fonctionnel, on ne sait pas bien quel rôle on a à jouer dedans... Après je pense que c'est un outil perfectible et nettement perfectible, là il n'est pas adapté à nos besoins, c'est un outil intéressant mais il faut du tps pour le consulter, de plus il faudra un renouvellement de génération car les praticiens de 50, 55 ans la maîtrise de l'outil informatique n'est pas forcément parfaite "*

Nous remarquons que les deux PCME soulignent le manque de temps pour la saisie de données et pour les consulter. Ils jugent l'outil peu pratique et souhaitent que la démarche de parcours s'appuie, outre l'outil, sur des moyens humains et financiers pour améliorer le dispositif de communication ville-hôpital. Le déploiement de cet outil est récent, cela explique peut-être les résistances des praticiens. Par ailleurs la conception n'est encore pas totalement finalisée, l'outil est encore perfectible. Son intégration dans la PTA du territoire sera également un levier pour son développement :

Dir ARS : *"Pour la composante organisationnelle du parcours nous avons créé la PTA qui regroupe cinq réseaux...et qui utilise l'outil eTICSS bien évidemment "*

Cependant l'objectif de l'ARS et le ressenti des praticiens est diamétralement opposé. Le directeur de la stratégie e-santé parle lui de gain de temps pour les professionnels de santé :

Dir ARS : *"Finalement on leur fait gagner du temps ; car au lieu que ce soit eux qui essaye d'organiser cette coordination autour du patient, ils passent un coup de téléphone et c'est la PTA*

qui se charge de leur trouver une solution C'est un gain de temps phénoménal pour le professionnel qui appelle. "

Nous voyons qu'entre l'objectif initial et la réalité ressentie sur le territoire il existe un écart qu'il faudra combler à l'aide d'informations, d'explications, de rencontres pour arriver à une vision commune.

Le regard sur l'outil est très différent chez les acteurs impliqués dans son évolution. En effet, les CSS rencontrés, ont participé aux groupes de travail sur l'élaboration de cet outil et leurs propos reflètent plus clairement les objectifs initiaux de l'ARS

CSS A : *"Cet outil eTICSS nous permet de chercher les infos même la nuit ou les WE c'est vraiment pour nous un moyen de communiquer mais dans les 2 sens ...si un patient est hospitalisé une alerte arrive chez le médecin traitant et les différents professionnels de santé entre eux il y a le projet de l'agenda partagé pour connaître l'heure de passage de chacun des professionnels ...etc... Pour moi c'est un liant"*

CSS B : *" Les généralistes sont demandeurs d'informations et de parcours sur ce qui se fait à l'hôpital mais on ne les sens pas très vivaces sur le projet eTICSS, ils n'ont pas mesuré l'intérêt que cela peut avoir... pour l'instant l'outil ne fonctionne pas encore correctement, mais il faut savoir que l'on est pilote donc on revoit toutes les versions, on fait avancer si besoin, "*

Nous remarquons ici que le fait d'impliquer les acteurs de terrain dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un outil leur permet de se l'approprier plus facilement et d'être engagé dans son développement.

Le discours du CSS B qui note le manque d'implication des acteurs extrahospitaliers est confirmé par ces mêmes acteurs :

IDE A : *" Il y a le truc eTICSS qui s'est mis en place ...enfin mis en place je ne sais pas ...je suis allée à une réunion et après je n'en ai entendu parler, mais pour l'instant j'en ai pas vu l'ombre ...je n'ai pas vu du tout de retombées à mon niveau "*

IDE B : *"Le dispositif eTICSS on a eu une petite formation il n'y a pas bien longtemps...je trouve complètement utopique moi...car on a eu une dame qui entrait dans ce dispositif et heu...on n'a rien eu quoi ...je sais bien que ça ne va pas se mettre en place comme ça du jour au lendemain mais heu...je vois vraiment ça ... je pense que ça va être compliqué à mettre en place, ça pourra être bien le jour où ça sera complètement finalisé ... mais après moi je n'ai pas envie non plus de passer tous mes après-midi à remplir tout ça "*

Med A/B : *" J'en ai entendu parler, mais cela ne va pas plus loin "*

Le regard des professionnels sociaux est quant à lui traduit par les *verbatim* suivants :

AS B : *"normalement ce qui devrait se mettre en place c'est eTICSS qui devrait normalement être le reflet de l'outil un peu idéal , parce que ça permettrait d'avoir des liens et des échanges...heu...je suis un peu dubitative quand même sur le comment ça va fonctionner , ...nous avons déjà utilisé*

eTICSS, c'est plutôt nous qui inscrivons les patients qui ont été signalés. Au niveau des urgences pour l'instant nous n'avons pas eu d'alerte de patient déjà inscrit dans l'outil ça ne fonctionne pas j'ai l'impression que nous donnons beaucoup d'informations mais un peu à perte, sans retour, on a la sensation de remplir nos dossiers dans le DPI et de refaire la même chose pour eTICSS."

AS A : "On voit l'apparition de nouveaux outils avec eTICSS,...pour informatiser...moi je trouve que cela perd un petit peu d'humain dans les relations et on ne peut pas écrire tout ce qu'on dit, dire tout ce qu'on écrit.... Il y a toujours la question éthique : qu'est-ce qu'on a besoin de savoir ? Qu'est-ce qui est utile de savoir ? Est-ce que l'on doit tout savoir ? Est-ce que tout le monde doit tout savoir ? C'est ça aussi qui nous freine beaucoup avec eTICSS... où s'arrête et où commence la vie privée surtout dans les problématiques sociales... le partage d'information c'est encore un point d'achoppement "

Nous remarquons que la crainte d'une assistante sociale, qui est partagée par l'ensemble de son équipe, est centrée sur l'accès à toutes les données des patients. Pour éviter ce problème éthique, un travail est effectué en ce sens afin de veiller à la confidentialité des informations à l'aide de droits d'accès spécifiques. Prendre en compte la dimension éthique du projet, c'est prendre des précautions pour éviter les dérives. Ce regard de protection vis-à-vis de l'utilisateur est d'ailleurs partagé par les DS interviewées.

DS B : "eTICSS c'est le lien parfait, c'est ce qu'on attendça prend le relais du côté plus logiciel ... la grosse problématique c'est le dossier patient que l'on ne peut pas diffuser entre nous ! La facilité pour nous ce serait de mettre le dossier complet mais pour l'instant légalement on ne peut pas alors si le kiné en ville a besoin d'informations on les diffuse au compte-goutte en étant vigilante à la légalité, la limite elle est légale ...les outils vont plus vite que la législation "

DS A : "eTICSS, il requiert moult conditions qui vont de la confidentialité et de la sécurité de tous ce que l'on y inscrit etc...aux droits d'accès des uns et des autres qui ne sont pas forcément les mêmes... "

Nous soulignons ici que les DS mettent toutes les deux l'accent sur la confidentialité et la sécurité des données. Leur rôle de garant de la confidentialité et leur responsabilité dans le partage et la sécurité des informations concernant le patient est dans leurs discours mis en avant.

Globalement l'outil eTICSS est un outil attendu, encore perfectible, ou une vigilance dans le partage des données est réfléchie, cependant l'outil seul n'est pas le seul levier pour une politique de parcours ville-hôpital réussie.

2.2.6 Coordination de parcours et rôle du DS : Une acculturation nécessaire

Deux niveaux sont à considérer dans la mise en place du parcours patient ville - hôpital : la phase d'acculturation de l'ensemble des professionnels qui gravitent autour de

l'utilisateur et la phase technique d'appropriation de l'outil informatique utile au partage d'informations.

La première phase est évoquée lorsque les interviewés évoquent les différences de culture entre l'hospitalier et le libéral mais également entre le secteur sanitaire, social et médico-social. Les discours montrent une méconnaissance des intérêts, des pratiques, des connaissances et des compétences de chacun des acteurs. Nous pouvons grâce aux propos recueillis définir deux axes où une acculturation doit être réalisée : Un premier travail sur les particularités des différents métiers et le second plus en lien avec les conditions d'exercices.

Les différentes cultures métiers sont un frein au processus de parcours comme l'exprime clairement les *verbatim* suivants :

CSSA : *"Déjà ,en intra, les agents ne sont pas acteurs hospitaliers mais acteurs de leurs services... De plus les médico-Tech ils ont parfois les patients par l'intermédiaire d'un tube ex au labo et par rapport au soignant IDE et Aide-Soignante il y a déjà une différence de culture même en interne qui est différente... De plus les Assistantes sociales ne veulent pas en interne partager leurs informations elles s'estiment propriétaires des informations qu'elles ont ...mais elles ont du mal à partager, ces professionnels n'ont pas la même culture que les soignants de la nécessité de partager"*

IDE B : *"Les assistantes sociales n'ont pas la même vision du patient à domicile que nous...je ne sais pas qu'elle est leur formation et heu...nous on ne connaît pas "*

CSS b : *" Mais il a fallu également que l'on mette une culture de la place du service social dans l'hôpital car au début elles étaient un peu invisibles ; la différence de formations c'est une richesse pour les collègues, pour le patient et même individuellement, ça nous remet en question ; »*

AS B : *« Après, je pense que nos formations différentes entre social et médical, c'est une richesse, mais à condition qu'on accepte que l'autre ait une formation différente et un regard différent parce que là il est complémentaire. En revanche si on attend de l'autre qu'il ait la même vision que nous ça ne sert à rien. "*

As A : *" Entre les différents professionnels qui gravitent autour du patient méd., para-méd., A-soc, on se rend bien compte que l'on ne parle pas le même langage, qu'on n'a pas la même notion de temps en intra et en extra, que bien que notre intérêt commun soit le patient malgré tout on peut avoir des divergences d'opinions, de projet "*

Cette différence des différents professionnels est due à leur formation initiale qui pour chacune d'entre elle développe une professionnalité à partir des règles collectives, des compétences, des savoirs nouveaux spécifiques. Dans une vision de parcours, les professionnels engagés et surtout le directeur des soins en intrahospitalier devront créer des liens, un langage commun, développer une intelligence collective au service de l'utilisateur en soins. Un outil de communication commun peut être un levier pour cette

acculturation mais les rencontres et les échanges seront également prédominants dans ce changement de culture.

La seconde différence de culture est liée au lieu d'exercice l'IDE A image cette différence par le discours suivant : *"A l'hôpital c'est plus le soignant tout puissant , le patient il doit s'adapter à l'hôpital, on demande à la famille de s'adapter à l'hôpital voilà tout le monde s'adapte ...alors qu'en libéral c'est nous qui nous adaptons au mobilier, au logement, à l'architecture, aux habitudes des gens, s'ils se lèvent tôt ou pas... on est très malléable, de toute façon il faut trouver des solutions ...on n'est plus le soignant tout puissant en fait . C'est pas du tout la même culture "* Le monde hospitalier est parfois même vécu comme étranger, solitaire, fermé. Ainsi le D3S A dit : *"L'hôpital est une bulle, qui donne l'impression de tourner en circuit fermé, c'est un monstre."*

Le PCME B qui a pratiqué de longues années en libéral est peut-être le plus à même de nous faire comprendre la différence qu'il peut y avoir entre le praticien libéral et le praticien hospitalier : *" Il y a une différence de culture entre les professionnels libéraux et les hospitaliers...j'ai fait 25 ans de libéral je ne suis hospitalier que depuis 2 ans ...donc effectivement les besoins des libéraux ne sont pas les besoins des hospitaliers...au final on arrive tous à se rencontrer car on est tous autour du patient ,mais globalement un libéral il veut quoi ? Il veut un accès direct au spécialiste...par téléphone et que l'affaire se règle vite il veut une réponse rapide pour que son patient ressorte de son cabinet avec un RDV, il fait 80 ou 100 patients par jour il n'a pas le temps ... ; à l'hôpital nous on se protège, le but du jeu c'est justement de ne pas être dérangé par 20 coups de téléphone dans la journée "*

Les discours mettent en avant la différence de culture entre les différents professionnels comme frein à cette logique de parcours. Le concept d'interdisciplinarité doit être développé. Pour cela une coordination est nécessaire mais comme le souligne le PCME A ; *" Je pense que la coordination elle est fragile, je ne suis pas sûr que l'extension à l'infini des structures dans leur taille soit forcément la bonne solution. C'est-à-dire que là on a fait le choix d'une plateforme nord du département, c'est une bonne unité de travail, mais il faut quand même faire attention que déjà comme ça à mon avis si on prend quelqu'un de la plateforme qui est d'un site éloigné et qu'on lui demande d'organiser le parcours sur un autre secteur, je pense qu'elle est complètement inefficace. Parce ce qu'elle ne voit pas l'espace, elle ne voit pas les gens, elle ne connaît pas les structures et inversement. "* La notion de proximité est ici, annoncée comme source de succès. De plus qui doit gérer cette coordination ? A cette question l'ensemble des acteurs est unanime le Directeur des soins intrahospitalier ne peut être qu'un acteur facilitant .En revanche les attentes des acteurs sont importantes vis à vis de cette fonction stratégique.

CSS A : *" .Il ne faut pas être égocentré. On a des gens qui viennent dans notre bulle à nous mais c'est juste notre bulle...ils passent, ils traversent notre bulle...ils retournent dans leur bulle à eux.*

Nous on n'est qu'une petite partie de leur bulle à eux....la politique d'une direction des soins c'est donc d'expliquer cela à une commission des soins , il faut accompagner la territorialisation ,accompagner toutes ces notions, de s'impliquer dans ces projets ... déjà en interne le DS il faut qu'il connaisse complètement les différents métiers qui s'articulent autour du patient dans son établissement ...il faut une culture complète non seulement des métiers mais des difficultés des métiers et des interactions des différents métiers déjà à 'intérieur on ne peut pas travailler bien avec l'extérieur si à l'intérieur il y a déjà des atomes qui n'accrochent pas ...voilà il faut déjà en interne être cohérent...voilà il faut que chacun n'ait pas la culture de chez soi "

IDE B : "Si déjà le DS savait comment on fonctionne ; quel est notre travail à domicile, s'il s'intéressait un petit peu plus à notre fonctionnement, je crois qu'il nous verrait autrement et que le patient aurait moins de difficultés"

CSS B : "La première chose la DS doit adhérer au projet de parcours, le communiquer, le faire vivre etc. ...pour moi c'est institutionnel mais la DS a un rôle majeur de dynamiser, d'impulser sinon on y arrive pas, et en particulier à l'équipe cadre...travailler la pluridisciplinarité à l'hôpital c'est important mais c'est complexe à mettre en place... "

AS B : "La DS doit impulser mais une fois fait elle doit faire confiance aux professionnels qui ne sont pas soignants ... "

Le regard des DS sur leur rôle dans la fluidité du parcours ville-hôpital le suivant :

DS B ; "Le rôle du DS c'est d'être garant de tout ce qui se passe à l'intérieur de l'hôpital et que la continuité et la diffusion des documents à l'extérieur reste dans la légalité ..."

DS A : "Comme tout projet stratégique, le DS a son rôle à jouer. Il doit exposer le dossier, du travail sur les difficultés, du feed-back des acteurs de terrain... "

Nous remarquons que la conduite stratégique de projet est mise en avant ainsi que le respect de la législation. Ce niveau stratégique de réflexions ne place pas les DS dans l'opérationnel, mais plutôt dans une logique d'accompagnement, de formation et d'évaluation de ce qui est mis en œuvre sur l'intrahospitalier.

En synthèse, à la question initiale : En quoi la culture professionnelle des soignants favorise ou entrave-t-elle la coordination du parcours ville hôpital ? Les réponses apportées par les interviewés rencontrés montrent que la culture professionnelle des acteurs influence le parcours ville- hôpital. C'est le rôle de coordination et l'acculturation qui fera de cette différence un frein ou une richesse. Par ailleurs, les hypothèses proposées en début de travail sont validées par les discours des acteurs.

- La culture hôpital-centrée du soignant en établissement de santé est un frein au développement du parcours ville-hôpital.
- La cohérence du parcours de l'utilisateur dépend de l'engagement des professionnels à coopérer ensemble au bénéfice du patient.

- Le développement de l'outil de coordination des parcours devra s'accompagner d'une volonté managériale pour faire évoluer les organisations.

3 Développer une culture de parcours : Un axe stratégique du DS

3.1 Un axe de management : l'interdisciplinarité

Dans une logique de parcours, l'interdépendance croissante entre professionnels de santé et sociaux dans leur pratique professionnelle, la complexité des processus de prise en charge des usagers imposent de mobiliser les expertises, mettre en commun les connaissances et les compétences pour une prise en charge efficiente des patients. Les divers professionnels par leur différence sont une richesse qu'il faut promouvoir en développant l'interdisciplinarité. Ce développement s'inscrit dans une logique d'amélioration de la qualité des soins et de sécurité des soins. En effet, 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"*²⁴

Le DS doit échanger, réfléchir et élaborer avec ses 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 soin"*²⁵

Pour cela, en binôme, avec le président de la CME, une réflexion permettra d'élaborer une stratégie pour faire participer les acteurs vers un travail collectif sur le parcours de soins du patient.

Cela permet à long terme de réduire des incertitudes liées à la décision médicale, un partage d'expérience, une gestion des risques en équipe, enfin une optimisation des ressources humaines (équipe apprenante, valorisation des compétences, cohésion). Mais pour cela des prérequis semblent nécessaires :

- Un projet médical et de soins commun qui fédère l'équipe.
- Un dossier patient unique accessible à l'ensemble des acteurs de la prise en charge.
- Une culture et des valeurs communes au-delà des clivages catégoriels.
- Un mode de fonctionnement collégial.
- Une délimitation claire des responsabilités et des rôles impartis à chacun.

²⁴ 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°

²⁵ Ibid. Article 11alinéa III, 4°.

- Des procédures de travail en commun.

Le Directeur des Soins devra être néanmoins conscient des obstacles qu'il risque de rencontrer. A savoir, outre, la résistance au changement, il devra agir avec le cloisonnement des services et une organisation structurelle hiérarchisée. Il devra également compter avec des identités professionnelles fortes, avec des délimitations strictes des rôles impartis (savoir médical/savoir soignant, savoir social et médico-social). Cependant des opportunités peuvent être saisies notamment par le biais de la démarche qualité et de gestion des risques dans le cadre de la certification HAS et la contribution des pôles au pilotage médico-économique (tableaux de bord, analyses médico-économiques, contractualisation interne), à la démarche qualité et à la définition de filières de soins. Il est aidé par un support législatif dans le cadre de la LMSS. En effet les groupements hospitaliers de territoire ont pour objet de permettre aux établissements de santé de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. De plus l'organisation par filière d'une offre de soins graduée pour l'ensemble des établissements membres du GHT est un facteur essentiel de la mise en place d'une médecine de parcours articulant les différentes composantes de l'offre de santé (médecine ambulatoire et médecine hospitalière) en fonction des besoins santé de la population dans un territoire donné. Le DS aura un rôle dans l'identification et la formalisation des filières de soins, repérer les interfaces avec les professionnels de santé libéraux, les structures sociales et médico-sociales. Pour cela il devra :

- Etablir une cartographie de l'existant des parcours patients au sein des établissements membres du GHT en fonction des types d'activités, des spécialités, types de patients traités, des plateaux techniques ;
- issues du PMSI, chemin clinique, protocoles, recommandations de bonne pratique) ; Prioriser les filières structurantes au niveau du GHT (en termes d'activité et de flux)
- Analyser pour ces filières la pertinence de l'orientation des patients (données
- Analyser les dysfonctionnements qui affectent les processus de soins mis en œuvre dans le cadre de ces filières (examens inutiles, durées de séjour inadaptées, ruptures de prise en charge, absence d'anticipation de l'aval) ;
- Identifier les actions nécessaires pour corriger ces dysfonctionnements ;
- Reconstruire les organisations autour des parcours de soins dans le cadre des filières définies à l'échelle du GHT en liaison avec les acteurs de la médecine de ville et les structures d'aval (dimensionnement des activités et des équipes, procédures de travail, partage de l'information ...)

Le développement de l'interdisciplinarité à l'hôpital contribue à l'efficacité des organisations hospitalières. Elle est un atout précieux pour mener à bien la transformation des processus de prise en charge des patients en lien avec les acteurs du 1^{er} recours.

Pour conclure, les problèmes de la « vie réelle » qui constituent la logique de parcours ville-hôpital ne se posent pas de façon disciplinaire, mais de façon globale. Le parcours ne peut être satisfait que par une approche interdisciplinaire intégrée qui, en retour, fait progresser chacun des professionnels voire chacune des disciplines engagées dans ses notions et ses méthodes.

Mais pour développer cette interdisciplinarité il est essentiel que les professionnels se connaissent et se rencontrent.

3.2 Le Directeur des soins : Vecteur de relations et d'acculturation.

La mise en œuvre de l'interdisciplinarité dans une vision de parcours répond à des conditions spécifiques si l'on veut dépasser les discours d'intention et éviter les découragements. S'agissant d'une rencontre et d'un processus d'apprentissage collectif, ce type d'approche suppose quelques conditions de faisabilité générales à envisager.

La première est de favoriser l'acculturation réciproque systématique des différentes disciplines, ce qui passe par un travail sur le langage, afin qu'une véritable compréhension mutuelle soit possible. Pour cela, des travaux communs peuvent permettre les rencontres et donc le développement d'un langage partagé. Il peut être opportun de s'appuyer sur des démarches d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) collaboratives entre des acteurs de l'intra et de l'extrahospitalier. Ou bien, lors de ruptures de parcours, faire participer aux groupes de réflexion du Comité de Retour d'Expérience (CREX) hospitalier, les acteurs libéraux. Ces pratiques relèvent d'une véritable "philosophie de vie professionnelle", pourvoyeuse de sens, d'ouverture et de bienveillance vis-à-vis de soi-même et des autres. Il peut également être envisagé de réaliser un objet de recherche en lien avec les pratiques interdisciplinaires offrant ainsi des lieux d'échanges, de reconnaissance, de valorisation et de décision par l'intermédiaire de supports de publication, manifestations scientifiques, etc... le DS devra s'appuyer sur l'équipe d'encadrement qui relayera les axes du projet médico-soignant concernant les axes liés au parcours de soins. Il sera un élément moteur d'une culture de partage et d'une vision transversale de la prise en charge de l'usager. Les cadres de santé devront travailler sur les parcours des patients accueillis soit par filières en fonction de leur pathologie, soit en fonction de leur complexité de prise en charge. Des processus de

parcours pourront être élaborés en concertation avec l'équipe médicale et les acteurs extrahospitaliers. Le succès d'une telle démarche ne sera assuré que par le biais d'une orientation institutionnelle portée par l'ensemble des membres de la direction et feront l'objet d'engagements dans le cadre de contrats de pôles, mais également, dans 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. Le DS doit faire preuve de pédagogie et trouver les moyens nécessaires pour emmener les acteurs sur l'importance de l'amélioration des parcours. Une définition précise des objectifs avec l'équipe d'encadrement permettra de décliner opérationnellement le sens à donner aux parcours de soins des patients en interne et en externe avec la ville et les structures d'amont et d'aval. A long terme, le parcours de soins sera élaboré et visible en transversal sur l'établissement, le GHT et articulé entre les diverses interfaces.

Le DS devra être vigilant à impliquer les compétences du service social qui par ses connaissances du terrain et des acteurs pourra être une ressource dans la mise en place d'outil d'alerte, d'une fiche d'évaluation sociale à l'entrée et ainsi améliorer la fluidité du parcours du patient en recherchant des solutions avec les structures externes. Le DS devra également tenir compte de la satisfaction de l'utilisateur en ayant un regard sur les bilans de la Commission Des Usagers (CDU) et repérer les insatisfactions liées au parcours de soins. Il pourra également s'appuyer sur les indicateurs de la satisfaction des patients hospitalisés (ISATIS) et ainsi être renseigné, par exemple, sur le délai d'attente aux urgences, la prise en charge sociale, les conditions de sortie....

La seconde condition est un outil d'information commun et partagé. Cette perspective et son déploiement est une phase extrêmement importante. Elle devra se réaliser sur un mode collaboratif, un accompagnement étape par étape et une évaluation précise et transparente. Il serait intéressant, lors de la phase pilote, que l'ensemble des professionnels en intra et extrahospitalier, mais également les concepteurs de l'outil participent dans une collaboration créative et efficiente. L'intérêt d'un dossier patient partagé n'est plus à démontrer dans une logique de parcours. Il est cependant important de rappeler que l'évolution de la prise en charge d'un patient à l'hôpital, l'exigence d'une Durée Moyenne de Séjour (DMS) faible et la diminution des ressources humaines principalement, modifient profondément les modes de communication jusqu'alors pratiqués. En effet, selon la pathologie, l'hospitalisation du patient suit un chemin-type ou interviennent des spécialistes en fonction de leur domaine d'expertise. Simultanément, les informations sont codifiées et gérées par le biais de l'informatique, les différents outils de communication électroniques s'imposant au détriment des échanges directs entre équipes. Cependant, si l'impact de cette évolution sur le registre communicationnel est important, c'est aussi parce que la communication constitue le fondement même de

l'ensemble des activités hospitalières. La communication qu'elle soit verbale ou écrite, à l'aide d'un support informatique ou non, amène au travers des interactions qu'elle crée la construction d'un sens commun. Elle permet même au niveau institutionnel le développement d'un sentiment d'appartenance et d'identification. La mise en place d'un outil commun, combiné aux échanges et lieux de rencontre pourrait dans une logique de parcours amener les professionnels impliqués à développer un sentiment d'appartenance territorial centré sur la prise en charge des besoins spécifiques de l'utilisateur avec une offre de réponse ouverte sur l'ensemble des structures et offre de soins du territoire . Le management du DS devra donc favoriser cette communication entre les différents acteurs du parcours et surtout sensibiliser l'encadrement soignant sur l'intérêt institutionnel d'une ouverture sur l'extérieur.

La troisième condition met l'accent sur les liens que doit créer le DS avec l'ensemble des acteurs. Il doit dans un premier temps se faire connaître et répertorier les différents réseaux, professionnels, usagers impliqués dans la démarche de parcours ville-hôpital. Cette volonté de fluidité du parcours de soins de l'utilisateur doit être inscrite dans le projet médico-soignant du GHT. De plus, dans une logique de parcours l'établissement de santé doit collaborer avec les acteurs et structures en amont et en aval de l'hospitalisation. Le DS doit donc s'ouvrir sur l'extérieur. Aller à la rencontre des partenaires, n'est pas seulement une démarche communicationnelle, cela doit être le lieu d'échanges constructifs, d'élaboration de processus, de contrats, ayant pour finalité de définir le rôle de chacun pour une prise en charge graduée de l'utilisateur. Cette volonté d'ouverture doit être à l'initiative du DS, qui pourra argumenter auprès des instances de son établissement de la nécessité de fluidifier le parcours. Il devra s'appuyer sur un groupe pilote comprenant l'ensemble des acteurs et des représentants d'utilisateur pour innover dans cette politique de parcours et ainsi impliquer les professionnels hospitaliers, la ville, les structures médico-sociales et sanitaires du territoire. Le but ultime de cette démarche est de diminuer voire d'abolir les ruptures de parcours dans la prise en charge du patient.

La quatrième condition est la réflexion autour de la régulation des flux des patients. Une coordination par une gestion centralisée des lits contribue à fluidifier l'accueil de nouveaux patients et oblige à anticiper les sorties. Le gestionnaire de lits, dans ce rôle favorisera le partage des informations avec les unités et facilitera l'accessibilité aux soins. Cette cellule de gestion des lits aura un lien privilégié avec l'ensemble des acteurs intervenants dans le parcours de soins du patient. . A savoir les cadres de pôles et de santé des urgences, des consultations, des services d'imagerie et d'explorations, du bloc opératoire, des unités de soins, du brancardage et le service

social. Pour créer ou développer cette nouvelle activité, le DS devra réaliser une fiche de poste précise et connue de tous, identifier les professionnels pouvant occuper ces activités et leur donner les moyens de développer des compétences en négociation, en organisation et en informatique. Un travail de communication devra être réalisé pour que ce gestionnaire de flux soit connu et reconnu au niveau de l'établissement.

3.3 La sensibilisation à une logique de parcours dans le processus de professionnalisation : Un enjeu pour le DS en institut.

Il est indispensable, aujourd'hui, dans le cadre de la formation des paramédicaux de s'engager vers une prise en soins personnalisée et de parler de parcours de soins. Une organisation fonctionnelle autour de la coopération transversale inter-filière et inter-service permettra de développer des valeurs communes de travail : l'autonomie, la responsabilité, le travail d'équipe et l'éthique. Ce travail inter-filière dans le cadre de la formation initiale permettra de limiter le cloisonnement, comme le souligne Edgard MORIN quant il écrit

"Autant le cloisonnement des disciplines désintègre le tissu naturel de complexité, autant une vision transdisciplinaire est capable de la restituer".²⁶

Ce travail inter filière offre également une vision et une connaissance du travail de l'autre. L'inter-filiarité est souvent développée entre la formation infirmière et aide-soignante. Le directeur des Soins d'instituts paramédicaux devra avoir à l'esprit cette démarche, la faire partager par l'équipe enseignante et l'inscrire dans le projet pédagogique de l'institut. Ainsi, la collaboration et le travail en équipe, est utile afin que chaque apprenant en santé connaisse ses propres compétences, ses limites et celles des autres professionnels.

Cette connaissance est également favorisée par l'alternance et tout particulièrement dans une vision de parcours Cette dernière doit être inscrite et définie au sein des divers livrets d'accueil pour le patient, le nouvel agent et les étudiants.

De plus, l'opportunité d'effectuer pour chaque apprenant un stage auprès de maîtres de stage exerçant en libéral doit être facilité et encouragé notamment auprès d'infirmiers libéraux mais également au sein des maisons de santé ou de pôles pluridisciplinaires. Les décideurs vont d'ailleurs dans ce sens. Ainsi, l'instruction DGOS/RH1 no 2014-369 du 24 décembre 2014 relative aux stages en formation infirmière indique : *" les stages sont étendus au secteur ambulatoire, en lien avec le parcours de la personne soignée, notamment dans les cabinets libéraux, les maisons de santé, et les établissements médico-sociaux ; "*

²⁶ Cours science de l'éducation

Des objectifs de stages spécifiques en lien avec une vision de parcours peuvent être institutionnels, pour exemple :

- Repérer les différents acteurs intervenant dans la prise en charge d'un patient en libéral et leur champ d'intervention
- Connaître les outils de traçabilité des infirmiers libéraux
- Comprendre ce qu'est un aidant naturel, connaître son rôle, les risques encourus et savoir les écouter et les accompagner
- Repérer les collaborations des infirmiers libéraux avec les différents professionnels de ville (médecin traitant, kinésithérapeute, pharmacien, service social,,,) et les professionnels hospitaliers

Cette logique de parcours devra être travaillée en amont avec l'équipe de formateurs, là encore une acculturation sera nécessaire, des échanges devront être planifiés avec des acteurs libéraux les réseaux de soins ... et des professionnels hospitaliers (*case manager*, l'Infirmière d'Organisation de l'Accueil (IOA), cadre de santé, service social...) afin d'élaborer en commun un parcours d'apprentissage adapté. Cet apprentissage devra comprendre des connaissances des différentes structures et ressources du territoire de proximité, les collaborations existantes, les outils de partages d'informations utilisés....

Dans le développement de cette nouvelle vision horizontale de la prise en charge des patients, il est indispensable de développer et promouvoir les actions de formation continue dans un cadre inter professionnel. Une réflexion entre le DS "institut" et le DS "gestion" devra être menée afin de définir des axes de formation prioritaire visant à amener les professionnels de santé à développer cette logique de parcours. Dans le cadre de la formation continue, il serait judicieux de construire un dispositif de formation ouvert aux infirmiers hospitaliers, libéraux et ceux exerçant dans des structures médico-sociales, en lien avec les problématiques liées aux ruptures de parcours, avec la connaissance des spécificités et des conditions d'exercice de chacun, sur la prise en charge de pathologie chronique, de projet d'ETP...

Enfin, la LMSS par son article 119 comporte des mesures de modernisation des professions de santé qui visent à adapter l'exercice de certains métiers. Le DS en institut se devra d'être vigilant à participer à la mutation de ces métiers paramédicaux.

En effet, les Infirmières en Pratiques Avancées (IPA) définies par le Conseil International des Infirmières (CII) comme suit :

"Une infirmière qui exerce en pratique avancée est une infirmière diplômée qui a acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession. Les caractéristiques de cette pratique avancée sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer "

Les enjeux, liés aux pratiques avancées, sont relatifs à l'amélioration constante de la qualité des soins, à l'efficacité du système de santé, à l'attractivité des professions. Les formations paramédicales ont la particularité de dépendre de deux ministères, celui de la Santé et celui de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. Ce système, impose qu'il y ait concertation et coopération des deux ministères, particulièrement l'organisation de nouvelles qualifications, avec un risque plus élevé d'immobilisme, du fait des corporatismes naturels. Il existe actuellement en France une offre encore faible de master. Cependant la création d'IPA va bouleverser les organisations en santé, cela va nécessiter un travail de réflexion et de concertation important pour définir leur cadre d'intervention, leurs activités spécifiques, les compétences à acquérir, et les formations à mettre en œuvre. Dans cet avenir à définir le directeur des soins a un rôle essentiel à jouer.

Conclusion

Ce travail de recherche est l'aboutissement d'une réflexion autour de la logique de parcours patient et plus particulièrement le parcours ville-hôpital. Il ne s'est pas fait sans écueil et quelques doutes. La principale difficulté était de trouver des acteurs libéraux disponibles pour réaliser des entretiens.

Les lectures, l'enquête et l'analyse des résultats offrent des enseignements, qu'il est prudent de ne pas généraliser. Cependant ils ouvrent sur une compréhension des enjeux et des freins liés à la logique de parcours.

La question de départ s'interrogeait sur le rôle de la culture professionnelle des soignants dans la coordination du parcours ville hôpital. Ce travail montre que la culture professionnelle peut être un frein du développement des parcours de soins, mais que la collaboration entre des professionnels de culture différente peut être une réelle richesse si elle a du sens. La logique de parcours centrée sur l'utilisateur est un levier pour donner sens au « travailler ensemble ». Un des axes de management du Directeur des Soins sera de donner du sens à cette logique horizontale.

Au final, cette recherche montre que la fluidité des parcours est un enjeu majeur de l'hôpital de demain mais également une préoccupation constante des professionnels de ville. Cette prise de conscience qui démarre aux plus hautes instances de l'état et qui se décline au cœur des organisations de santé, doit amener chaque acteur à acquérir une culture de parcours. Cependant il ne suffit pas d'avoir conscience d'un changement pour le voir se réaliser. Les professionnels devront réfléchir ensemble et se coordonner afin d'offrir la meilleure réponse à chaque usager au plus près de son lieu de vie. Ils devront également se rencontrer, connaître les particularités, les objectifs et les difficultés de chacun ; construire un langage commun et partager leurs données. Les parcours devront être lisibles, compréhensibles et connus de tous en particulier des patients.

Le développement des outils numériques de partage de données, un dossier patient unique et partagé, sont les clés pour une coordination opérationnelle. Les professionnels devront participer au déploiement de cet outil commun et acquérir les compétences techniques informatiques et réglementaires nécessaires à la transmission de données sécurisées et respectueuses de l'utilisateur en soin.

Le Directeur des soins devra être le catalyseur, l'accompagnateur, de cette acculturation, mais également, un acteur pour rechercher les partenariats possibles. Au sein de son établissement il devra développer l'interdisciplinarité. Il lui appartient de définir une organisation plus transversale en développant les parcours au sein de l'hôpital et hors de ses murs. Cette démarche ne sera possible qu'avec l'appui de la direction générale, du président de la commission médicale et de l'encadrement soignant. Il devra

également veiller à la montée en compétences des agents par le biais de la formation continue. La formation initiale des paramédicaux sera également un enjeu pour le développement des parcours patients.

Le Directeur des Soins sera un acteur majeur dans le changement de logique des professionnels de santé. Le changement de paradigme créé par le parcours de soins ne se fera pas en un jour et il devra se construire progressivement. Mais à ce jour il est essentiel d'initier le mouvement et garder à l'esprit que :

"Se réunir est un début, rester ensemble est un progrès, travailler ensemble est la réussite ". Henry Ford

Bibliographie

Livres

- Maurice- Pierre Planel et Frédéric Varnier « *les fondements du virage ambulatoire* » Presse de l'EHESP-, 2017- p170/171.
- Eymard, Chantal, Thuilier, Odile., & Vial, Michel. « *Le travail de fin d'études* ». Rueil-Malmaison : Wilco. ,2011 .
- Campenhoudt, L. V. et R. Quivy « *Manuel de recherche en sciences sociales* » - 4^e Edition, 2011.
- Thévenet, Maurice. 1993. « *La Culture d'entreprise.* » Coll. Que sais-je ? Paris : Presses universitaires de France.

Articles

- Cécile Petitqueux-Glaser *et al.*, « *Case management : quelles compétences professionnelles pour un accompagnement global et un suivi coordonné en santé mentale ?* », *Vie sociale* 2010/1 (N° 1), p. 109-128.DOI 10.3917/vsoc.101.0109- p 113
- Pierre Gobet, « *le case management : Quelles vertus lui prêter ?* »-EESP- Dépendances - Décembre 08 - N°36-Dépendances
- Laure Martin – « *Le parcours de soins : gisement d'efficacité du système de santé ?* » – article revue Initiative – janvier 2013 – tome 135 – N°1 – p 18
- Shaeda Isani – « *Compétence de culture professionnelle : définition, degrés et didactisation* » - la revue du GERAS –<https://asp.revues.org/979> – consulté le 25 juillet 2017
- Agnès van Zantem – « *Les cultures professionnels dans les établissements d'enseignements* » –issus du livre *Les professions et leurs sociologies, modèles théoriques, catégorisations et évolution* – sous la direction de Pierre-Michel Menger – article de Agnès Van Zanten- Edition la maison des sciences de l'homme – 1999 –p 161
- Eve Bureau et Judith Hermann-Mesfen, « *Les patients contemporains face à la démocratie sanitaire* », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 8 | 2014, mis en ligne le 21 avril 2015, consulté le 15 septembre 2017. URL : <http://anthropologiesante.revues.org/1342>
- Rosière Micheline – « *Vers la transdisciplinarité* » article – Revue : Santé conjugulée – juillet 2006 – n° 37 – p 55.

Rapports

- Rapport d'annuel 2012 Rapport adopté le 13 décembre 2012 à l'unanimité des membres du HCAAM –http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport_annuel_2012_hcaam.pdf
- Rapport CNSA 2012
http://www.cnsa.fr/documentation/promouvoir_la_continuite_des_parcours_de_vie_2012.pdf
- Rapport de Pascal Jacob sur l'accès aux soins et à la santé des personnes handicapées-Publié le 06.06.13
- Rapport de Bernadette Devictor sur le service public territorial de santé et le service public hospitalier-Mars 2014
- Rapport Alain Cordier un projet global pour la stratégie nationale de santé – juin 2013
- L'atlas de la démographie médicale de 2016

Textes législatifs

- Circulaire du 6 juin 2000 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC)
- Article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale prévoit la mise en œuvre du dispositif sur les parcours des « personnes âgées en risque de perte d'autonomie » (PAERPA), suivant les préconisations HCAAM
- Instruction DGOS/PF4/PF5/2014/234 du 23 juillet 2014 relative à l'appel d'offre PREPS spécifique pour évaluer les usages et les impacts du programme Territoire de Soins Numérique
- Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016.
- Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, du 21 juillet 2009
- 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

Conférences

- Parcours, usager, citoyen, territoire : les décalages d'un nouveau « paradigme » Christine Chognot–Uniopss -26 Novembre 2015 Journée d'étude Conférence de territoire de la Meuse http://www.uriopss-pdl.asso.fr/resources/trco/pdfs/2016/A_janvier_2016//85351_Parcours_usager_territoire_chognot_nov_2015.pdf

Site

- [http ://www.viatrajectoireclub.fr/actualit%C3%A9s/cartes-chiffres/](http://www.viatrajectoireclub.fr/actualit%C3%A9s/cartes-chiffres/) - consulté le 18 septembre 2017
- *newsletters*.lequotidiendumedecin.fr/kiosque/Bichat-2014_v2.pdf – consulté le 19 septembre 2017 –
- **Agence Nationale de l’Evaluation et d’Accréditation en Santé** (ANAES), Service évaluation des pratiques professionnelles HAS. Le chemin clinique : une méthode d’amélioration de la qualité, Juin 2004. [Visité le 15 septembre 2017], disponible sur Internet : <http://www.has@sante.fr>

Liste des annexes

Annexe 1 : Grille d'entretien

Annexe 2 : Gérer les interfaces avec les équipes mobiles

GRILLE D'ENTRETIEN

1. Qu'évoque pour vous la notion de territoire ?

2. Qu'évoque pour vous la notion de parcours ?
 - Parcours de soins
 - Parcours de santé
 - Parcours de vie

3. Quels sont les différents acteurs du parcours patients ?

4. Quels outils vous semblent nécessaires pour améliorer la coopération entre les professionnels dans une vision de parcours ?

5. Quels sont les freins à l'organisation d'un parcours ville hôpital ?

6. Connaissez-vous les modalités de prise en charge de l'utilisateur par les professionnels libéraux/ les professionnels hospitalier ?

7. Pensez-vous qu'il y a une différence de culture entre les soignants en institution et les soignants libéraux ?

Gérer les interfaces avec les équipes mobiles

Les parcours de soins des patients présents aux urgences sont souvent complexes. Afin de permettre une prise en charge adaptée et coordonnée avec l'ensemble des acteurs médicaux, médico-sociaux et sociaux du territoire, de nombreux services d'urgences mettent en place des équipes mobiles. Ces équipes ont des missions et des moyens variables selon les contextes, la présente fiche se propose de répondre aux questions suivantes :

- Quels sont les patients qui peuvent bénéficier d'une intervention d'une équipe mobile ?
- A quelle(s) étape(s) de la prise en charge des patients l'équipe mobile intervient-elle ?
- Quelles sont ses missions et ses ressources ?
-



Cible

- Chef de Service du SAU
- Cadre de santé du SAU
- Equipes Mobiles



Enjeux

- Améliorer la prise en charge aux urgences de patients entrant dans des filières de soins
- Eviter le passage aux urgences grâce à l'action d'équipes mobiles en amont

Intérêt de l'action



Difficulté de mise en œuvre



Délais d'obtention des 1^{ers} résultats



Indicateurs de suivi

- Nombre d'interventions de l'équipe mobile au SAU
- Nombre d'évaluations réalisées au SAU ou en extrahospitalier
- % de retours aux urgences pour le même motif pour les patients évalués par l'Equipe Mobile en intrahospitalier



Kit Outil / REX

- [Exemple de fiche de poste IDE de l'EMOG au SAU](#)



Pré-requis

- Définir le périmètre d'action des équipes mobiles
- Connaître les ressources des équipes mobiles disponibles pour le SAU



Clés de la réussite

- Formaliser les demandes d'intervention
- Utiliser des outils pour l'évaluation des patients, le partage d'information et l'orientation (via Trajectoire par exemple)
- Former le personnel des urgences et des structures médico-sociales à la conduite à tenir pour certains profils de patients (patients âgés, en fin de vie...)
- Mettre en œuvre un numéro unique dédié aux équipes mobiles et à destination des partenaires externes



Thèmes et fiches associés

- [Fiche : Evaluer l'opportunité et les modalités de la mise en place d'une filière depuis les urgences](#)

1. Les équipes mobiles aux urgences : missions, ressources et conditions d'intervention

Les équipes mobiles présentes aux urgences peuvent intervenir auprès de publics variés :

- Patients gériatriques
- Patients psychiatriques
- Patients en fin de vie
- Patients précaires
- ...

Ainsi, la Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-157 du 18 mars 2002 puis la circulaire DHOS/02 n°2007-117 du 28 mars 2007 ont permis de définir précisément les ressources et les missions de l'équipe mobile de gériatrie dans le cadre de la mise en œuvre de la filière gériatrique.

« L'équipe mobile gériatrique intervient, à la demande, dans l'ensemble des services de l'établissement de santé, notamment dans la structure des urgences pour :

- dispenser une évaluation gérontologique médico-psycho-sociale et un avis gériatrique à visée diagnostique et/ou thérapeutique ;
- contribuer à l'élaboration du projet de soins et du projet de vie des patients gériatriques ;
- les orienter dans la filière de soins gériatriques incluant les hôpitaux locaux ;
- participer à l'organisation de leur sortie en s'articulant avec les dispositifs de soutien à domicile (CLIC, coordination gérontologique, services sociaux, [SSIAD](#), réseau de santé « personnes âgées ») ;
- conseiller, informer et former les équipes soignantes. »

Les moyens de l'équipe doivent être à minima d'1 ETP de médecin gériatre, d'1 ETP d'infirmier, d'1 ETP d'assistante sociale et de temps dédiés d'autres intervenants :

psychologue, ergothérapeute, diététicien et secrétaire (cf. [Fiche ANAP - Piloter l'activité d'une équipe mobile de gériatrie - Retour d'expériences des territoires PAERPA](#)). Ces contraintes sont assez fortes et certains établissements font des choix stratégiques alternatifs à la mise en œuvre d'une équipe mobile compte-tenu des flux et des profils de patients reçus au SAU. Il peut être décidé par exemple d'affecter un gériatre et un psychiatre à temps plein aux urgences si les flux et les profils de patients le nécessitent.

2. Le rôle des équipes mobiles dans le parcours des patients urgents

Dans le service des urgences, une équipe mobile a des missions variées : d'évaluation, d'orientation et de préparation à la sortie des patients mais également de conseil et de formation des équipes du SAU sur la prise en charge des patients dont le profil correspond à son domaine de compétences.

Le périmètre et les modalités précises d'intervention de l'équipe doivent être définis localement en fonction des besoins et des moyens disponibles. Nous vous proposons de consulter les retours d'expérience de deux équipes mobiles à ce sujet : [CH Auxerre](#) et [CH Voiron](#).

Le tableau ci-dessous présente une vision synthétique d'activités et de modalités d'intervention courantes des équipes mobiles intra-hospitalières :

Etape du parcours patient	Activité de l'équipe mobile	Pré-requis à l'intervention de l'équipe mobile, ressources et outils
Entrée aux urgences	Participer à l'évaluation du patient (gérontologique, médicale, psychiatrique, sociale...)	<p>Informers les acteurs de l'accueil et de l'orientation sur le profil des patients pris en charge par l'équipe mobile et mettre en œuvre des moyens de repérage des patients nécessitant une intervention. A titre d'exemple vous pouvez consulter des grilles d'évaluation sociale des patients dans la Fiche : Gérer les interfaces avec les services sociaux</p> <p>Définir des modalités d'intervention de l'équipe (bon de demande, appel, fax), les méthodes d'évaluation utilisées (scores et échelles, entretiens avec le patient, sa famille...) et les ressources matérielles nécessaires (box de consultation...)</p>
	Contribuer à l'élaboration du projet de soin	<p>Fiche d'observation</p> <p>Complément du dossier patient</p> <p>Courrier de suivi</p>
Tout au long de la prise en charge	Conseiller, informer et former les équipes soignantes	Supports de formation et de communication pour diffuser les bonnes pratiques (iatrogénie, contention, troubles du comportement...)
	Orienter dans la filière de soins	<p>Collaboration avec les partenaires de prise en charge (service d'hospitalisation, court séjour gériatrique...)</p> <p>Information du médecin traitant (courrier)</p>
Sortie	Préparer la sortie du patient	<p>Projet d'accompagnement à la sortie</p> <p>Collaboration avec les partenaires de prise en charge (CLIC, réseau personnes âgées, SSR, EHPAD, ...)</p>

Les missions de chacun doivent être arrêtées et formalisées localement notamment dans les fiches de poste. [Un exemple de fiche de poste d'infirmière de l'Equipe Mobile d'Orientation Gériatrique au SAU vous est proposé.](#)

L'activité des équipes mobiles doit faire l'objet d'une évaluation régulière qui s'appuie sur un rapport d'activité et peut permettre d'ajuster ses relations avec ses partenaires, dont le service des urgences. [Un outil ANAP de suivi de l'activité d'une EMG vous est proposé.](#)

- **3. Vers des équipes mobiles territoriales**

Lorsque le contexte local le permet, les champs d'action des équipes mobiles peuvent être étendus au-delà des frontières de l'hôpital. Des équipes mobiles de territoire peuvent ainsi être mises en œuvre notamment dans le cadre des [GHT](#). Les équipes mobiles de gériatrie de territoire peuvent ainsi assurer des consultations avancées dans certains établissements médicaux, les EHPAD ou le domicile afin de proposer des évaluations médico-sociales, d'ajuster les traitements en cours ou anticiper les limites du maintien à domicile.

Si les distances peuvent être un frein au recrutement des personnels des équipes mobiles de territoire, de nombreux outils permettent de limiter leurs impacts : messagerie sécurisée, dossier patient informatisé, télémédecine,... et les modalités de financement permettent de couvrir la plupart des frais engendrés. Ainsi, les équipes mobiles de gériatrie sont financées sur le fond d'intervention régional (FIR) dès lors que le nombre d'évaluation est supérieur à 700 par an et la file active supérieure à 500 patients par an. Les salaires des membres de l'équipe, les frais de déplacement et une participation aux frais de structure de l'établissement de santé de rattachement sont financés par la dotation.

Ces équipes mobiles de territoire permettent de mettre en œuvre des actions de prévention qui contribuent à limiter les passages indus aux urgences et facilitent l'orientation des patients dans les filières de soins appropriées (cf. [Fiche : Evaluer l'opportunité et les modalités de la mise en place d'une filière depuis les urgences](#)).

CALARD

Corinne

Décembre 2017

Filière Directeur des soins

Promotion 2017

Le parcours ville-Hôpital : Une acculturation à nécessaire : un nouveau challenge pour le Directeur des Soins.

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : <Université VILLE>

Résumé :

la fluidité des parcours est un enjeu majeur de l'hôpital de demain mais également une préoccupation constante des professionnels de santé.

Ce travail s'interroge initialement sur le rôle de la culture professionnelle des soignants dans la coordination du parcours ville hôpital, il ouvre sur une compréhension des enjeux et des freins liés à la logique de parcours et sur le changement organisationnel et culturel qui en découle.

Les professionnels devront réfléchir ensemble et se coordonner afin d'offrir la meilleure réponse à chaque usager au plus près de son lieu de vie. Ils devront également se rencontrer, connaître les particularités, les objectifs et les difficultés de chacun; construire un langage commun et partager leurs données.

Par ailleurs, le développement des outils numériques de partage de données, un dossier patient unique et partagé, sont les clés pour une coordination opérationnelle.

Pendant il ne suffit pas d'avoir conscience d'un changement pour le voir se réaliser. Le Directeur des soins devra être le catalyseur, l'accompagnateur, d'une acculturation à la logique de parcours, mais également, un acteur pour rechercher les partenariats possibles. Au sein de son établissement il devra développer l'interdisciplinarité. Il lui appartient de définir une organisation plus transversale en développant les parcours au sein de l'hôpital et hors de ses murs.

Mots clés :

Parcours patients - territoire - Coordination - Culture - Interdisciplinarité - Acculturation.

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.