



**EHESP**

---

**Directeur des Soins**

Promotion : **2017**

Date du Jury : **Décembre 2017**

---

**La coordination des intervenants ville-  
hôpital dans le parcours de santé  
Le rôle du directeur des soins**

---

**Khadidja KARADENIZ**

---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier chaleureusement,

Toutes les personnes interrogées, qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire, Directeurs des Soins, Médecins, Cadres de Pôle, Cadres de Santé, Infirmières, Equipe de la Plateforme Opérationnelle de Sortie, l'unité de Coordination des Soins Externes, les Cadres de l'Hospitalisation à Domicile.

Monsieur Etienne Minvielle, pour ses précieux conseils qui m'ont permis de clarifier mon questionnement.

Madame Isabelle Monnier qui m'a guidé lors des ateliers mémoires, ainsi que mes collègues du groupe mémoire.

Ma famille qui m'a soutenu tout le long de cette formation.

Mon mari que je remercie affectueusement pour son attention, son soutien et sa compréhension tout le long de la formation.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction</b> .....	<b>1</b>
<b>1 Le cadre contextuel et les différents concepts</b> .....	<b>5</b>
1.1 La structuration réglementaire de la coordination : accessibilité difficile pour les usagers et les acteurs du système de santé .....	5
1.2 Le concept de la coordination ville -hôpital .....	11
1.3 Le parcours de soins - le parcours de santé .....	13
1.3.1 Définitions réglementaires et des organismes publics : répondre aux enjeux et obstacles de la coordination .....	13
1.3.2 Les situations complexes : définitions des tutelles.....	15
1.4 Les réseaux de Santé et l'hospitalisation à domicile.....	17
1.4.1 Les réseaux de santé : faciliter un meilleur suivi du patient à son domicile.	17
1.4.2 L'hospitalisation à domicile : la réglementation et les différentes missions .	19
1.5 Les Groupements Hospitaliers de Territoire .....	23
1.5.1 Définition-réglementation .....	23
1.5.2 L'enjeu majeur : rétablir l'égalité d'accès aux soins .....	24
<b>2 La méthodologie de l'étude et l'analyse des résultats</b> .....	<b>25</b>
2.1 L'enquête de terrain : un établissement public, un institut privé .....	25
2.1.1 La description des lieux d'enquête : un choix pertinent.....	25
2.1.2 La méthode utilisée et les objectifs recherchés .....	25
2.1.3 Les principaux axes de l'étude .....	26
2.1.4 Les acteurs et le lieu de l'étude exploratoire.....	27
2.1.5 Les limites de l'étude.....	27
2.2 Des résultats mettant en lumière les obstacles rencontrés par les professionnels hospitaliers et les intervenants de la ville dans la coordination ville-hôpital .....	28
2.2.1 Les acteurs hospitaliers face aux difficultés rencontrées : des freins à la coordination auprès des réseaux et de l'hospitalisation à domicile .....	28
2.2.2 Les difficultés rencontrées par les intervenants de la ville dans la coordination du parcours de santé .....	30
2.2.3 Les moyens mis en place par les services et l'institution : un rôle de coordination entre la ville et l'hôpital .....	31
2.2.4 Le projet médical soignant du Groupement Hospitalier du Territoire : outil qui facilite la fluidité du parcours de santé mais qui reste à construire .....	36

2.2.5	Les acteurs de premier recours : leurs rôles au sein du territoire afin de sécuriser la prise en charge au domicile.....	38
2.2.6	Les éléments qui préoccupent les Directeurs des Soins dans la coordination ville-hôpital du parcours de santé.....	39
2.2.7	Le rôle du Directeur des Soins dans la coordination ville-hôpital : des propositions intéressantes.....	40
2.3	L'analyse des données.....	41
2.3.1	Des difficultés à plusieurs niveaux engendrent des problématiques de transmissions entre la ville-hôpital.....	41
2.3.2	Les actions et les moyens adoptées par les équipes soignantes pour fluidifier le parcours de soins sans ruptures.....	44
2.3.3	Les dispositifs de coordination sont des relais efficaces entre la ville et l'hôpital .....	46
2.3.4	Le projet médical partagé du Groupement Hospitalier de Territoire est formalisé, mais l'impact est à l'état embryonnaire.....	48
2.3.5	Le rôle du Directeur des Soins : un coordonnateur incontournable dans le parcours de santé.....	48
2.4	La réponse aux hypothèses .....	49
<b>3</b>	<b>Les préconisations pour une coordination ville-hôpital efficace au sein du Groupement Hospitalier de Territoire .....</b>	<b>51</b>
3.1	L'implication du Directeur des Soins : un projet de soins partagé coordonné avec les acteurs du territoire vers la ville .....	51
3.2	La communication pour développer la collaboration extrahospitalière .....	52
3.3	La constitution des Plateformes Territoriales d'Appui et la création des maisons de Santé .....	53
3.4	L'émergence de nouveaux métiers en lien avec les parcours de santé du territoire .....	54
3.5	Le management par la clinique : la gouvernance par la clinique.....	56
3.6	Accroître le système d'information existant pour améliorer les échanges et la communication ville - hôpital.....	57
	<b>Conclusion.....</b>	<b>59</b>
	<b>Bibliographie .....</b>	<b>61</b>
	<b>Liste des annexes .....</b>	<b>I</b>
	<b>ANNEXE 1 : Activité de l'HAD en France et DOM-TOM.....</b>	<b>II</b>
	<b>ANNEXE 2 : Guide d'entretien des Directeurs des Soins .....</b>	<b>III</b>

<b>ANNEXE 3 : Guide d'entretien infirmière .....</b>	<b>V</b>
<b>ANNEXE 4 : Guide d'entretien des cadres.....</b>	<b>VII</b>
Plateforme Opérationnelle de Sortie/HAD/CSE.....	<b>VII</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

ARS : Agence Régionale de Santé  
C.H : Centre Hospitalier  
C.H.U : Centre Hospitalier Universitaire  
C.H.T : Communauté Hospitalière de Territoire  
C.L.C.C : Centre de Lutte Contre le Cancer  
C.S.E : Coordination des Soins Externes  
C.S.S : Cadre Supérieur de Santé  
C.P.P : Cadre Paramédical de Pôle  
D.C.G.S : Directeur Coordonnateur Général des Soins  
D.G : Directrice Générale  
D.S : Directeur des Soins  
D.G.O.S : Direction Générale de l'Offre de Soins  
D.P.C : Développement Professionnel Continu  
E.H.P.A.D : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes  
E.T.S : Etablissement de Santé  
F.I.Q.C.S : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins de Ville  
F.I.R : Fonds d'Intervention Régional  
G.H.T : Groupement Hospitalier de Territoire  
H.A.D : Hospitalisation à Domicile  
H.C.S.P : Haut Conseil de Santé Publique  
P.A : Pratique Avancée  
P.C.M.E : Président Commission Médicale d'Etablissement  
P.M.P : Projet Médical Partagé  
P.O.S : Plateforme Opérationnelle de Sortie  
P.S.A.D : Prestation de Soins A Domicile  
P.T.A : Plateforme Territoriale d'Appui  
S.S.I.A.D : Services de Soins Infirmiers à Domicile

## Introduction

Notre système de santé doit faire face à de nombreux défis : l'allongement de la durée de la vie, le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques qui nécessitent auprès des politiques de santé l'élaboration de nombreux plans nationaux de santé, des préconisations évolutives, des démarches de réflexion sur la prise en charge coordonnée des soins entre les différents acteurs du territoire et son organisation en intra et hors de l'hôpital.

En effet, notre système est organisé autour de l'hôpital, celui-ci est très pointu pour traiter les épisodes aigus d'une pathologie grave néanmoins il est cloisonné lorsqu'il s'agit de soigner des patients atteints de maladies chroniques dans la durée. Cependant, ce qui fait sa force et sa richesse, c'est la diversité de l'offre de soins qu'il propose. D'après de nombreuses études, le système des soins est perçu par les professionnels et les usagers comme complexe, pas assez visible et coordonné entre la ville et l'hôpital.

Il semble important d'investir sur les soins primaires et les alternatives à l'hospitalisation pour répondre à ces différents enjeux de santé publique. En effet, les modes de prise en charge des patients évoluent en lien avec les progrès de la médecine, le développement technologique et l'environnement sociétal. Ainsi, les organisations de soins hospitalières doivent s'adapter à cette nouvelle prérogative, notamment par la mise en place de structures ambulatoires, le groupement des plateaux techniques et une meilleure collaboration avec les partenaires externes. (La médecine de ville, les hospitalisations à domicile, les soins de suite et de réadaptations, les établissements hébergements pour les personnes âgées dépendantes, les prestataires de soins).

Face à ce dernier point, le rôle et les missions des intervenants doivent être structurés et la coordination des parcours doit prendre tout son sens. Elle permet de mieux accompagner la baisse significative de la durée de séjour, d'accompagner les patients atteints de maladies chroniques au plus proche de leurs besoins et de leur domicile. Les soins hospitaliers ne sont plus adaptés à des nombreuses maladies chroniques, qui nécessitent de l'attention et des soins de longue durée en établissement extrahospitalier. La prise en charge coordonnée nécessite de modifier les organisations des soins et des changements de prestations de services issus du sanitaire, du social et médico-social, et plus particulièrement de soins de santé et de la prévention.

L'approche longtemps centrée sur les prises en charge des pathologies et les organisations doit être fondée sur les parcours des patients/usagers du système de santé. A ce titre, nous précisons les différentes sémantiques selon les pays par l'appellation « *parcours* », nommé « *Integrated care* » ou « *Care pathways* », dans les pays anglo-saxons, « soins intégrés » dans l'initiative Prisma aux Québec.<sup>1</sup> Il s'agit de mettre en œuvre une organisation pertinente, au bon moment par le bon professionnel ou l'établissement.

La fluidité des parcours de soins et de santé est la voie la plus porteuse d'espoir pour les usagers. Une convergence de points de vue s'opère en France comme en de nombreux pays. Elle s'exprime « *c'est autour de l'amélioration de la qualité des parcours de soins, en portant prioritairement l'attention aux situations complexes pour lesquelles il y a le plus d'évidences de non qualité, que se situe aujourd'hui un des gisements décisifs de qualité soignante et d'efficacité économique de notre système de santé* ». <sup>2</sup> Réduire les ruptures dans les parcours de santé par le décloisonnement des pratiques professionnelles est la voie la plus sûre pour mieux soigner et mieux dépenser.<sup>3</sup> L'organisation des parcours est synonyme d'une meilleure efficacité de la prise en charge mais surtout d'efficience, dans un contexte budgétaire contraint. C'est un enjeu de santé publique.

Dans ce sens, le directeur des soins dans son rôle stratégique, doit définir ou structurer le rôle de coordination pour fluidifier le parcours de soins nécessaire à la prise en charge du malade au sein de l'hôpital. Aussi, selon les caractéristiques du territoire, les liens en amont et en aval doivent être réinterrogés afin de mettre en œuvre des moyens, des outils de sécurisation des prises en charge entre les professionnels hospitaliers et les libéraux. Le Directeur des Soins, Coordonnateur Général des Soins du Territoire (CGS) doit favoriser une communication entre tous les acteurs pluri professionnels. Son rôle est de renforcer une collaboration étroite permettant un suivi cohérent des soins entre la ville et l'hôpital, au sein du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) pour un meilleur retour à domicile par les réseaux de santé ou l'Hospitalisation A Domicile (HAD).

De nombreuses études en France témoignent que l'anticipation de la sortie peut lever des obstacles à la liaison, et améliorer la coordination ville-hôpital au sein du territoire.

---

<sup>1</sup> Voir les nombreux projets inspirés en Amérique du nord et en Europe de Wagner EH, (1998)

<sup>2</sup> Cf. Rapport « Avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM, 22 mars 2012 », approuvé à l'unanimité.

<sup>3</sup> Alain cordier

Les établissements de santé sont au cœur de l'approche du parcours de santé, c'est un acteur important de l'offre des soins sur son territoire.

Nous constatons à travers la littérature que des établissements en région et en Ile de France ont fait le choix de mettre en place des plateformes d'appui à la coordination des parcours de soins ou des dispositifs opérationnels de sortie pour les prises en charge de situations complexes telles les personnes suivies en oncologie ou atteints de pathologies chroniques diverses. La multiplication des intervenants rend indispensable une coordination afin d'éviter les ruptures dans les parcours ou les hospitalisations en urgence. De nouveaux métiers sont apparus, des équipes mobiles ont été mobilisées pour soigner, évaluer, éviter l'hospitalisation ou, si elle a eu lieu, accompagner le patient et favoriser son retour au domicile par les réseaux de santé ou l'HAD.

Cependant, ces plateformes sont insuffisamment développées malgré la généralisation de ces plateformes territoriales d'appui par l'article 74 de la loi santé de janvier 2016.

Elles doivent organiser cette coordination pour tous les patients à parcours complexe à la demande et sous la responsabilité des médecins traitants. La plateforme, installée soit en ville et/ou à l'hôpital animée par des professionnels experts, dotée d'outils numériques communicants, coordonnera les parcours entre la ville, les hôpitaux, les hospitalisations à domicile, les cliniques, les soins à domicile, les prestataires etc.

Ces constats, nous conduisent à formuler la question centrale de notre travail de recherche de la façon suivante : Quel peut être le rôle du directeur de soins dans la coordination des intervenants ville-hôpital au sein du GHT tout au long du parcours de santé des patients en situations complexes afin de faciliter un meilleur suivi du patient à son domicile par les réseaux de santé et l'HAD ?

Nous aborderons dans une première partie les différents constats nationaux, régionaux, issus de notre réflexion, de l'état de l'art (revues, articles, lois, textes réglementaires) et de notre expérience professionnelle. La deuxième partie présentera la méthodologie retenue pour l'enquête de terrain, les résultats et l'analyse des données recueillies.

Et enfin, en troisième partie le directeur des soins proposant des pistes de réflexion et des préconisations pour améliorer la coordination ville hôpital entre les intervenants afin de favoriser un retour à domicile sans ruptures des soins.



# **1 Le cadre contextuel et les différents concepts**

## **1.1 La structuration réglementaire de la coordination : accessibilité difficile pour les usagers et les acteurs du système de santé**

Dans un rapport remis au gouvernement le 21 juin 2013 précisant 19 recommandations, le « comité des sages » présidé par Alain Cordier a été chargé d'élaborer les axes de la Stratégie Nationale de Santé. L'objectif de ce rapport a été de rendre lisible les actions relatives au système de santé par un service public territorial de santé centré autour du patient et non autour des structures ; « *passer d'une logique de structures et de moyens à une logique de services*<sup>4</sup> ». Les recommandations suivantes sont un vrai défi pour les politiques de santé :

- Favoriser la constitution d'équipes de soins de santé primaires
- Garantir pour les malades chroniques une coordination des professionnels de santé, sous la responsabilité du médecin traitant
- Renforcer les outils d'appui à l'intégration des acteurs territoriaux
- Créer un service public de l'information pour la santé
- Se donner les outils de la coordination et de la continuité ville-hôpital
- Optimiser la place de l'hôpital dans le territoire de santé.

La Stratégie Nationale de Santé et la loi Santé (juillet 2016) ont redéfini le cadre de l'action publique en mettant l'accent sur la notion de parcours de soins et le développement des relations ville-hôpital. Néanmoins, la loi de modernisation de notre système de santé préconise la mise en œuvre d'une médecine de parcours de soins, de parcours de santé, du parcours de vie au plus près des besoins du patient, et de l'usager sur son territoire de vie. En effet, elle définit une médecine qui est centrée sur le malade, faisant du médecin traitant le pivot et les équipes paramédicales les coordonnateurs de ces parcours au niveau des soins primaires entre les établissements de santé et les structures extrahospitalières.

La loi du 13 Août 2004 relative à l'assurance maladie a défini la notion du parcours de soins et du parcours de santé. Cette loi a pour objectif principal de dégager quinze milliards d'euros d'économies et de ressources nouvelles pour parvenir à l'équilibre financier en 2007. La réforme de l'assurance maladie doit instaurer la mise en place d'un

---

<sup>4</sup> Stratégie Nationale de Santé, Feuille de route, septembre 2013, pp 9

dossier médical personnel, le développement de parcours de soins coordonnés autour d'un médecin traitant et l'amélioration des liens entre les hôpitaux et la médecine de ville. En effet, cette mesure doit responsabiliser le patient dans sa consommation de santé : le paiement d'un forfait de 1 euro est demandé pour chaque consultation, ainsi que le dépassement d'honoraires des spécialistes pour les patients qui ne seront pas passés par la case "médecin traitant". Elle doit permettre aussi une meilleure coordination des soins par l'obligation d'avoir un médecin traitant déclaré et l'instauration d'un dossier médical personnel, consultable, au choix du patient, par tous les médecins qu'il est susceptible de rencontrer.

Les différents plans Cancer ont permis la structuration du parcours de soins avec une attention particulière portée aux patients dits fragiles. Des nouveaux métiers infirmiers naissent pour répondre aux besoins du patient évoluant dans un parcours de santé partagé entre ville et hôpital. Pour synchroniser ces prises en charge complexes, le plan Cancer 2 (2009-2013) a prévu la mise en place d'Infirmières de Coordination en Cancérologie (IDEC). Leur activité transversale permet une articulation entre le malade, son entourage et les différents professionnels intra et extra hospitaliers impliqués dans la prise en charge afin d'éviter les ruptures de parcours. Elles ont pour rôle d'évaluer les toxicités des traitements, de réduire les hospitalisations en urgence et de favoriser une prise en soins personnalisée. Le plan Cancer 3 (2014-2018) ayant comme un des objectifs de garantir la qualité et la sécurité des prises en charge, recommande d'améliorer la coordination ville-hôpital et les échanges d'informations entre professionnels, de fluidifier et d'adapter les parcours de santé au plus proche du domicile. Le plan cancer en parallèle des progrès thérapeutiques, précise que « *la prise en charge personnalisée en cancérologie se doit d'évoluer vers un accompagnement prenant en considération l'ensemble des besoins de la personne et des proches. Cependant, le développement d'un accompagnement global nécessite une organisation coordonnée d'interventions pluridisciplinaires afin d'éviter les ruptures dans les parcours des personnes touchées ou d'en atténuer les effets* »<sup>5</sup>. Il vise à mettre en place les conditions pour passer d'un parcours de soins en cancérologie à un parcours de santé assurant une continuité de la prise en charge, sans rupture, et répondant à l'ensemble des besoins des personnes atteintes et de leurs proches. Depuis le 1 juillet 2016, les établissements de

---

<sup>5</sup> Ministre des Affaires sociales et de la Santé, Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, février 2014, Plan cancer III 2014- 2018 guérir et prévenir les cancers : donnons les mêmes chances à tous, partout en France, 146 p.

santé sont dans l'obligation de constituer des GHT<sup>6</sup>. A ce titre, la notion de parcours prend une dimension plus élargie, et étendue en dehors des murs de l'hôpital. C'est une véritable opportunité d'améliorer l'offre hospitalière et d'offrir à tous un égal accès de prise en charge sur le territoire. L'enjeu majeur et la clé de réussite des GHT sont une approche centrée sur le patient, privilégiant le parcours en offrant la bonne compétence au bon moment et sur le territoire donné. Aussi, il s'agit de repenser les organisations de soins dans une dimension territoriale, comptant des filières graduées, coordonnées, qui intègrent l'ensemble des acteurs de santé.

Il est alors nécessaire de fluidifier, et de coordonner au sein des GHT le parcours de santé des patients et d'éviter des éventuelles ruptures de soins liées à l'hospitalisation et à défaut de la coordination des soins. L'expertise hospitalière est présente mais peut être mise à disposition hors des murs en lien avec les hospitalisations à domicile, les Etablissements d'Hébergements pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), les équipes de premiers recours, les maisons de santé pluridisciplinaires. Il sera alors important de mettre l'accent sur les outils de liaison, et d'intégration et *in fine* de suivre le parcours de santé au sein du territoire par l'intermédiaire des réseaux de santé.

Selon le guide élaboré par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) au service des Agences Régionales de Santé (ARS), les réseaux de santé sont historiquement positionnés sur le champ de la coordination. Il semble indispensable de mobiliser les compétences acquises par ces structures afin de répondre à ce besoin d'appui à la coordination. Il nous paraît important que ces différentes structures évoluent afin de les inscrire dans le nouveau paysage de la coordination intra-hospitalière auprès des équipes de soins de premier recours et de répondre aux besoins spécifiques des patients et du médecin généraliste<sup>7</sup>.

En parallèle, les établissements de santé soumis aux nouvelles modalités d'évaluation de certification de l'Haute Autorité de Santé (HAS), sont au cœur de l'approche des besoins du patient par l'élaboration de parcours de soins qui doivent permettre à court, moyen, et long terme une prise en charge plus efficace, plus efficiente au plus proche du lieu de vie du patient, et de son domicile et de son territoire.

---

<sup>6</sup> Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire

<sup>7</sup> Guide méthodologique : Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? DGOS octobre 2012 p 6

L'expérience en tant que Cadre Supérieur de Pôle dans l'élaboration des parcours de soins en oncologie auprès des équipes m'a permis de constater des difficultés de coordination en amont et en aval de l'hospitalisation pour les professionnels et les usagers. A l'arrivée du patient au sein des unités, les équipes soignantes se confrontent à l'absence ou au manque d'informations médico-soignantes, et sociales concernant la prise en charge du patient provenant de structures extrahospitalières ou d'alternatives à l'hospitalisation. Régulièrement, les professionnels libéraux n'ont pas toujours le correspondant hospitalier ayant suivi le patient pour assurer un suivi d'hospitalisation de qualité et de sécurité des soins. Inversement, le médecin hospitalier et les soignants n'arrivent pas à joindre un médecin traitant ou un professionnel libéral. Ces effets négatifs réciproques, liés au cloisonnement du système de soins entraînent des difficultés de coopérer au quotidien avec l'ensemble des intervenants concernant la prise en charge holistique. Ils peuvent retarder la continuité des soins au domicile ou en structures.

Nous constatons lors de la préparation de la sortie du patient, que les soignants sont confrontés à de nombreux obstacles qui sont susceptibles de la retarder telles que :

- des structures de santé indisponibles ou éloignées du domicile du patient
- une HAD qui ne peut pas admettre le patient dans un délai raisonnable car la prise en charge du patient est complexe. Cette complexité est liée à de nombreux facteurs médico-sociaux (la pathologie et ses complications, le degré d'autonomie, la situation sociale, professionnelle, familiale, financière.).
- le manque de professionnels libéraux sur le territoire de santé au plus proche du domicile du patient
- l'offre de soins qui ne répond pas aux souhaits et aux besoins du malade.

Ces problématiques sont visibles dès l'entrée du patient et touchent plus particulièrement des patients confrontés à des situations complexes, ce qui retarde la programmation de la sortie et embolie les lits d'hospitalisation. En effet, ces situations médico-sociales complexes freinent les professionnels de terrain à anticiper la sortie du patient dès l'entrée du malade dans l'unité. Elle nécessite du temps, de l'accompagnement, de l'écoute, du soutien et de l'articulation entre de nombreux intervenants. Ces difficultés sont liées le plus souvent à un manque de coordination des soins médicaux entre le médecin hospitalier et le médecin traitant, et à la recherche de soins de supports adaptés au profil du patient. La lecture d'articles scientifiques souligne que les usagers du système de santé sont confrontés à une multiplication de l'offre de soins, d'institutions relevant de différents statuts. Cette multitude de prestations publiques et privées suscite des

difficultés d'accessibilités aux soins et aux services par manque de lisibilité de l'offre à côté de leur lieu de vie, à un manque de connaissances et d'informations sur les soins. Les usagers décrivent le système de soins comme un « labyrinthe » pour accéder à l'information et aux services qui correspondent à leurs besoins évolutifs.

Selon la HAS « *la sortie d'hospitalisation est un moment où les risques de rupture de continuité des soins sont importants avec comme conséquences des ré- hospitalisations non programmées et une morbi-mortalité évitable* <sup>8</sup> ». En effet, des ruptures de parcours pourraient être évitées notamment à la sortie de l'hospitalisation et au moment de l'entrée en structure d'hébergement ou à domicile.

Le manque de transmissions d'informations et d'harmonisations des pratiques entre les institutions et les professionnels du domicile peut aggraver la perte de repère des personnes entrant en établissement de santé d'hébergement ou à domicile.

Ces carences peuvent être à l'origine de redondances en matière d'évaluations des besoins. Ils peuvent être également préjudiciables pour les usagers en cas de contradictions des évaluations réalisées par les professionnels de santé.

De nombreux plans de Santé Nationaux relatifs aux personnes âgées, aux personnes vulnérables, en situation de handicap, aux patients atteints de cancer préconisent la mise en place de dispositifs facilitant la coordination du parcours de santé par les établissements de santé.

Notre réflexion sera donc centrée sur la prise en charge des patients en situations complexes, atteints de pathologies chroniques diverses qui sont à l'origine de difficulté de coopération entre la ville et l'hôpital. Ces tensions sont liées à la perméabilité des cultures propres au milieu sanitaire, au milieu médico-social et social. Les champs d'interventions sont très peu visibles par les personnes qui les utilisent et évoluent très rapidement avec les mutations du système de santé. Ces cloisonnements administratifs et organisationnels génèrent deux problèmes : une mauvaise maîtrise des dépenses publiques et des difficultés de planification. Le premier découle des surcoûts générés par le manque d'organisation et de l'insuffisante coordination entre les différents acteurs à l'origine des redondances des évaluations et des hospitalisations dites « évitables ». En second temps, les difficultés de planification de l'offre de soins sont en partie liées au manque de

---

<sup>8</sup> Haute Autorité de Santé, 2016, Recommandations Guide Patient Traceur en ville, 5 p.

relais de l'information vers les pouvoirs publics. Les systèmes d'informations ne sont pas compatibles d'un secteur à un autre et il apparaît des contraintes importantes de confidentialité des données et un souci de les sécuriser.

Nous orientons notre questionnement de recherche autour de 5 thèmes qui vont nous permettre d'identifier les problématiques rencontrées par les professionnels hospitaliers et les libéraux dans la coordination du parcours de santé entre la ville et l'hôpital afin de fluidifier la prise en charge du patient à son domicile. Nous nous interrogeons sur de nombreux points. Quelles sont les difficultés rencontrées par les professionnels des unités et les intervenants de la ville-hôpital dans la coordination de la prise en charge ?

Quelles sont les actions menées par les professionnels pour répondre aux besoins du malade afin d'assurer un meilleur suivi du patient à son domicile ? Quels sont les moyens institutionnels mis en œuvre pour répondre aux difficultés de coordination entre la ville-hôpital ? Quel doit être le rôle des acteurs de premier recours au sein des territoires pour fluidifier cette coordination auprès des professionnels de santé et du patient. ?

Quels sont les freins et les leviers qui permettent de lever les obstacles de cette coordination au plus proche du lieu de vie du patient et du territoire en lien avec les structures de santé et l'hospitalisation à domicile ?

Au travers de ce mémoire professionnel, nous cherchons à reconnaître la contribution du directeur des soins dans la coordination du parcours de santé des patients en situation complexe. Nous exposons les freins et les leviers qui consentent à fluidifier la relation ville-hôpital en prenant en compte les besoins de l'utilisateur au plus proche de son domicile et de l'offre de soins du territoire en lien avec les structures de santé et l'HAD.

La question de recherche peut être :

Quelle contribution doit apporter le Directeur des Soins dans la coordination des intervenants ville-hôpital du parcours de santé des patients en situation complexe au sein du GHT, afin de faciliter un meilleur suivi du patient à son domicile par les réseaux de santé et l'HAD ?

Plusieurs hypothèses sont envisageables :

- La coordination de l'ensemble des professionnels du sanitaire et du médico-social en amont et en aval de l'hospitalisation évite les ruptures ou les fragmentations dans la prise en charge du patient à son domicile.

- La fluidification des parcours de santé passe par l'émergence de nouveaux métiers et des dispositifs dans le champ de la coordination au sein de l'hôpital et de la ville
- Le projet médical partagé au sein du GHT est un élément favorisant un parcours de santé sans rupture.

## **1.2 Le concept de la coordination ville -hôpital**

La structuration de la coordination a suivi de nombreux processus et d'histoires selon les champs d'interventions investis par les pouvoirs publics concernant les personnes âgées, le champ du handicap, de la santé mentale, des maladies chroniques. Les problèmes de la coordination se sont peu à peu développés dans tous les champs et de multiples dispositifs ont été élaborés par les tutelles pour y répondre.

Dans le secteur des maladies chroniques que nous traitons, ce sont les acteurs de la recherche clinique qui ont impulsé la structuration de la coordination. Le besoin de coopération est apparu au sein du monde hospitalo-universitaire. Particulièrement les médecins spécialisés dans la recherche et le traitement du cancer sont à l'origine de la création des Centres de Lutte Contre le Cancer (CLCC) pour mieux coordonner leurs interventions. Les premiers sont l'institut Curie et l'institut Gustave-Roussy, fondés en 1921 à Paris et Villejuif. Ces centres dédiés à la recherche, aux soins, à la prévention et à l'enseignement sont les seuls référents régionaux en cancérologie pour les CHU, les hôpitaux généraux, les cliniques privées et le soignant libéral.

En 2011, l'allongement de la durée de vie du patient et du développement des chimiothérapies, contribuent à l'ouverture de ces centres hospitaliers à la médecine de ville. Un besoin de coordination se réalise autour de la prise en charge médicale à domicile. Les réseaux ville-hôpital ou réseaux de soins en cancérologie se développent à partir de 1991 mais surtout par les ordonnances du 24 Avril 1996, et à l'initiative des CLCC. Les modes d'alternatives à l'hospitalisation commencent à être vus comme des solutions pour mieux répondre aux besoins des patients.

Dès 1998<sup>9</sup>, les autorités sanitaires recommandent aux établissements de santé de développer des réseaux en cancérologie sur le plan régional et interrégional.

---

<sup>9</sup> Circulaire DGS/DH n°98/188 du 24 mars 1998 relative à l'organisation des soins en cancérologie dans les établissements d'hospitalisation publics et privés.

En février 2000, au niveau mondial, le Président de la république signe la « charte de Paris contre le cancer » et un premier programme National de lutte contre le cancer est signé en 2003 pour cinq ans. C'est la création de l'Institut National du cancer (INca). Il prévoit douze mesures pour coordonner systématiquement les soins en ville et à l'hôpital autour du patient.

Selon DONABEDIAN dans le cadre d'une graduation des soins : « *la coordination est un processus par lequel les éléments et les relations impliqués dans le <sup>10</sup>soin pendant chacune des séquences de soin sont en cohérence ensemble dans une conception vue de manière globale* ». Dans le système de santé (comprenant le médico-social), on distingue trois niveaux d'intervention :

- 1- Au niveau micro ou individuel : C'est le niveau opérationnel ou clinique où sont accomplis tous les actes de soin et d'accompagnement des personnes. Celui du patient ou de la personne en situation de handicap, avec l'entourage et tous les professionnels en charge des soins et de son accompagnement.
- 2- Au niveau méso : Celui de la structure ou du dispositif de prise en charge (tous les établissements et services sanitaires et médicosociaux, ainsi que les entités en charge de l'accueil, de l'information, de la coordination, de l'évaluation des besoins des personnes). C'est à ce niveau que sont mobilisés les moyens humains et matériels pour assurer les missions de la structure et que sont gérées toutes les questions d'organisation du travail.
- 3- Le niveau institutionnel, le niveau macro ; qu'il soit local ou national. C'est le niveau des décideurs et/ou financeurs du système de santé. On parlera de coordination horizontale quand celle-ci se situe à un même niveau (que ce soit au niveau individuel, au niveau local et au niveau national) et de coordination verticale quand elle fait intervenir plusieurs niveaux.

### Les enjeux de la coordination

La fonction de coordination introduite par les réseaux de santé se situe au centre du patient et de son entourage, en interface avec la ville, représentée par les libéraux, les structures et l'hôpital. Ces enjeux se situent sur 3 niveaux : la coordination et maîtrise des coûts, la coordination et planification et la coordination et qualité. La loi confère au médecin généraliste de premier recours un rôle pivot dans l'organisation et la mise en

---

<sup>10</sup> Marie-Aline Bloch, Léonie Hénaut, 2014, Coordination et parcours : la dynamique du monde sanitaire, social, et médico-social, Dunod, Paris, 307p.

œuvre des fonctions d'entrée dans le système de soins (diagnostic, orientation, traitement), de suivi du patient et de coordination de son parcours (y compris dans le secteur médico-social), de relais des politiques de santé publique dont la prévention, le dépistage, l'éducation à la santé.

### **1.3 Le parcours de soins - le parcours de santé**

#### **1.3.1 Définitions réglementaires et des organismes publics : répondre aux enjeux et obstacles de la coordination**

Le parcours de soins et le parcours de santé sont très largement répandus en France ; ils sont apparus dans l'espace public dans le cadre de la structuration des soins de premiers recours dans les années 2000 dans le but de rationaliser économiquement les soins et de coordonner un parcours de soins dont la porte d'entrée est le médecin traitant.

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a créé « le parcours de soins » afin que les patients soient pris en charge de façon coordonnée (ANAP 2013).

Les patients s'exposent à des majorations financières, lorsqu'ils ne respectent pas le parcours de soins coordonné, confié à un médecin traitant concernant les différentes interventions des professionnels de santé.<sup>11</sup>

Le Décret n°2007-1257 du 21 août 2007<sup>12</sup> formalise le terme « parcours de soins » pour la première fois dans un texte de loi et dans un domaine bien précis ; les patients greffés.

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST) reprend à plusieurs reprises le terme de parcours, puis dans les lois de financement de la sécurité sociale depuis 2011 ainsi que plusieurs décrets.

Les ARS créées à l'article 118 de la loi HPST éditent en 2012 et réactualisent en janvier 2016, un lexique<sup>13</sup> qui regroupe les concepts et les termes utilisés par les professionnels du système de santé concernant le parcours. Nous trouvons 3 niveaux de définition des concepts :

- Normatif dont les sources sont des normes internationales (OMS), des textes législatifs (Code de la Santé Publique, Code de la Sécurité Sociale, Code de

---

<sup>11</sup> Ministère de la Santé et des sports, règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé, 15 septembre 2009.

<sup>12</sup> Relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités de greffes d'organes et de greffes de cellules hématopoïétiques

<sup>13</sup> Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers - Lexique des parcours de A à Z Janvier 2016

l'action sociale et des familles, etc..) ou des règlements (décrets, arrêtés, instructions, circulaires).

- Référence publique ; les sources sont des textes émanant d'autorités publiques : ministères, opérateurs (HAS, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Institut de recherche et documentation en économie de la santé, Caisses nationales, etc..).
- Usité : les sources proviennent de la littérature nationale et internationale et l'usage par les professionnels de santé.

En nous appuyant sur ce lexique, nous déterminons « le parcours de santé » d'un individu comme *l'ensemble des étapes qu'un individu traverse dans un système sanitaire et social plus ou moins organisé, dans un temps et un espace donné. Il concerne l'ensemble des déterminants de santé, articulant la prévention, les soins, le médico-social et le social. Le parcours de santé est composé de l'ensemble des personnes physiques et morales avec lesquelles l'individu interagit dans le cadre d'une prise en charge globale de sa santé physique et psychologique. Il intègre en amont la prévention et en aval l'accompagnement médico-social, social et le retour à domicile.*

Nous définissons également « le parcours de soins » d'un individu en prenant la définition de l'HAS de 2012 qui se rapproche le plus de notre étude comme *l'ensemble ordonné des activités nécessaires à la prise en charge de l'individu dans une structure ciblée et pour une période délimitée allant de l'entrée de l'individu dans cette structure à sa sortie. Les activités du parcours de soins peuvent être liées directement ou indirectement aux soins : consultations, actes techniques ou biologiques, traitements médicamenteux et non médicamenteux, prise en charge des épisodes aigus (décompensation, exacerbation), autres prises en charge (médico-sociales notamment, mais aussi sociales).*

Nous constatons que dans le titre du lexique figure la notion « parcours de vie », qui consiste à prendre en compte les étapes successives de la vie de la personne, mais également les dimensions différentes de sa situation, à un moment donné de sa vie (...) <sup>14</sup> il fait référence à la dimension de l'accompagnement global qui repose sur l'examen de la situation de la personne dans son ensemble (...) (ARS 2012).

Le concept de vie représentant à lui seul un courant de pensée sociologique, nous ne l'aborderons pas dans nos problématiques. Tout au long de son « parcours de vie »

---

<sup>14</sup> Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

l'individu pourra avoir un à plusieurs « parcours de santé » et chaque parcours peut intégrer un ou plusieurs « parcours de soins ».

En 2013, le portail internet des ARS indique par exemple : « les parcours sont l'organisation d'une prise en charge globale et continue des patients et usagers au plus proche de lieu de vie (...). Un parcours se définit comme une trajectoire globale des patients et usagers dans leur territoire de santé, avec une attention particulière portée à l'individu et à ses choix ». Les administrations, les professionnels et les représentants d'usagers utilisent la notion de parcours pour promouvoir une nouvelle approche des besoins des personnes. Ils sont confortés, par les plans de Santé Publique récents<sup>15</sup> qui désignent la notion de parcours à l'appui d'une nouvelle approche des soins et de l'accompagnement des personnes par l'élaboration d'un programme personnalisé des soins.

Comme le souligne Brigitte Dherbey<sup>16</sup>, « *une approche par le parcours implique d'accroître la variété de l'offre de services plutôt que de volume, le but étant d'apporter dans la durée, la réponse la plus appropriée à la situation de chaque personne selon son lieu de vie mais aussi ses préférences.* »

Plus précisément, nous inscrivons notre étude dans la logique des parcours initiée par le Ministère de la Santé, qui se résume de la façon suivante « *faire en sorte que la population reçoive les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures au bon moment et le tout au meilleur coût* »<sup>17</sup>

### **1.3.2 Les situations complexes : définitions des tutelles**

Le terme de complexité est utilisé pour qualifier la situation d'un patient pour lequel la prise de décision clinique et les processus liés aux soins ne peuvent être, ni de routine, ni standards. Etienne Minvielle<sup>18</sup>, définitif 3 caractéristiques pour définir la « complexité » du processus de prise en charge : la variété, la variabilité, et l'intensification. Une situation complexe peut être définie comme « *une situation dans laquelle la présence simultanée d'une multitude de facteurs, médicaux, psychosociaux, culturels, environnementaux et/ou économiques sont susceptibles de perturber ou de remettre en cause la prise en charge d'un patient, voire d'aggraver son état de santé* ».

---

<sup>15</sup> Plan Alzheimer 2008-2012, plan cancer 2014-2018, plan greffe 2012-2016 etc.

<sup>16</sup> Administratrice de l'UNAFTC : Union Nationale des Associations de Familles de Traumatisés Crâniens

<sup>17</sup> Comité national sur le Parcours de Santé des Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie, 2013

<sup>18</sup> Réconcilier standardisation et singularité : les enjeux de l'organisation de la prise en charge des malades, pp 11 Etienne Minvielle

Le patient se trouve ainsi exposé à un risque accru d'hospitalisation non-programmée et de ruptures dans son parcours.

Le parcours de santé complexe<sup>19</sup> 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. (ARS janvier 2016)*

De son côté, le guide méthodologique<sup>20</sup> publié par la DGOS en 2012, définit les situations complexes comme des *situations appelant une diversité d'intervenants et auxquelles le médecin traitant ne peut répondre avec ses propres moyens. Il s'agit essentiellement de patients atteints d'affections chroniques sévères, avec comorbidités, et problème sociaux ou problèmes de dépendance surajoutés.*

Le législateur est venu consacrer, et définir « le parcours de santé complexe » au sein de l'article 74 de la loi 2016-41 du 26 janvier 2016<sup>21</sup> comme : *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.*

Des fonctions d'appui à la prise en charge des patients relevant de parcours de santé complexes sont organisées en soutien des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux par les ARS, en concertation avec les représentants des professionnels et des usagers. Elles contribuent à prévenir les hospitalisations inutiles ou évitables ainsi que les ruptures de parcours. (*Cf. articles extraits du Code de la santé publique*).

---

<sup>19</sup> Le parcours de santé est défini par l'article 14 de la Loi de modernisation de notre système de santé ajoutant l'article L. 6327-1 du code de la santé publique.

<sup>20</sup> « Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé »,

<sup>21</sup> Extrait de la loi MNSS : Parution du décret du 4 juillet 2016 « Chapitre VII Fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes » Art. L. 6327-1. Du code de la santé publique.

## **1.4 Les réseaux de Santé et l'hospitalisation à domicile**

### **1.4.1 Les réseaux de santé : faciliter un meilleur suivi du patient à son domicile**

#### A) Les réseaux et la santé publique : Définitions et organisations réglementaires

Il existe environ 700 réseaux de santé en France. Les réseaux de santé, qui ont été introduits par la loi du 4 mars 2002<sup>22</sup>, sont l'un des principaux dispositifs de coordination des parcours de santé. Ils n'ont pas été modifiés sur le fond malgré les conclusions du rapport de l'inspection générale des affaires sociales en mai 2006 et depuis la Circulaire du 2 mars 2007 relative aux orientations nationales de la qualité des soins de ville et de la dotation de développement en matière des réseaux de santé.

Les réseaux de santé, les réseaux de soins assurent la prise en charge coordonnée du patient, à l'aide des prestations servies par l'assurance maladie et les assurances complémentaires. Le réseau de santé globalise la prise en charge, il tient compte de son environnement social, concerne les professionnels de la santé mais aussi l'Etat, les collectivités locales, les assurances complémentaires, les associations. Pour assurer le fonctionnement des réseaux, il est important de définir les actions qui s'y rattachent avec les responsabilités associées.

Or, l'environnement dans lequel ils conduisent leurs missions a connu de significatives transformations financées par le Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins de ville (FIQCS 167M€ en 2011), désormais intégré dans le Fond Intervention Régional (FIR). L'article 65 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2012 a créé le FIR qui se substitue au FIQCS pour l'allocation des ressources aux réseaux de santé. Le FIQCS, principale source de financement de la coordination via les réseaux de santé est soumise à une contrainte économique d'efficience forte de la part de ses gestionnaires comme de ses bénéficiaires.

Alors que les réseaux constituent l'un des principaux dispositifs de coordination, leur bilan est contrasté et il s'avère nécessaire de faire évoluer leur fonctionnement.<sup>23</sup>

La DGOS met à la disposition des ARS un guide méthodologique qui propose des orientations, visant à faire évoluer les réseaux de santé vers une mission d'appui aux médecins généralistes et aux équipes de premiers recours pour la prise en charge des

---

<sup>22</sup> Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (art. L.6321-1 et L.63212 du CSP)

<sup>23</sup> Guide méthodologique : Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? DGOS octobre 2012

situations complexes (notamment sur les aspects médico-sociaux), leur permettant de gagner du temps et de mieux orienter leurs patients. Plusieurs autres acteurs intègrent dans leur activité une fonction de coordination des soins de proximité, notamment les maisons de santé, les centres de santé, les services d'hospitalisation à domicile (HAD), les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC), les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les établissements de santé (à travers les équipes mobiles de soins palliatifs et gériatrique) ; les établissements médico-sociaux et les autres structures (services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) etc.). D'autres organisations destinées à renforcer l'intégration des interventions des acteurs autour des patients ont été expérimentées, par exemple les MAIA actuellement en cours de déploiement.

#### B) Les statuts juridiques et réglementaires des réseaux

L'exercice de la médecine en réseau « *c'est-à-dire la prise en charge coordonnée d'un patient par plusieurs professionnels de la santé* <sup>24</sup> » est issue des ordonnances du 24 avril 1996, l'une relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins et l'autre portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Elles ont instauré un cadre légal en formalisant et en réglementant les réseaux de soins dits du Code de la Santé Publique. Elles ont aussi offert la possibilité de mettre en place des formes nouvelles de prise en charge globale sanitaire et financière ; les filières de soins et les réseaux de soins expérimentaux dits du Code de la sécurité sociale.

La convention constitutive lie les membres du réseau lors de sa création ; celle-ci précise l'objet du réseau et les objectifs, le lieu d'exercice et la population concernée, ainsi que le siège de l'organisation du réseau (identification du responsable, du système d'information etc.). Cette convention doit s'adapter à l'évolution de l'environnement du territoire et du système de santé. Le réseau garantit à l'utilisateur le libre choix d'accepter de bénéficier ou de se retirer du réseau. Et également le libre choix de choisir les intervenants qui répondront au mieux à ses besoins.

Ces deux réseaux ont pour objectif commun de favoriser la coordination des intervenants et l'accès au système sanitaire dans le but d'améliorer la prise en charge des patients et la qualité des soins. Ils répondent à des organisations et des réglementations juridiques

---

<sup>24</sup> BARRE Stéphanie, HOUDART Laurent, 1998, « les statuts juridiques des réseaux », ADSP actualité et dossier en santé publique, n°24, pp. 18-20

différentes. Cependant à terme, ils sont destinés à se rapprocher sur deux points : le financement qui légitime leur mise en place et un début de planification de la médecine libérale.

#### C) Les enjeux des réseaux

Il nous semble important de préciser que les fondements majeurs de l'émergence des réseaux sanitaires sont : a) la recherche de complémentarités, b) la volonté de réduire l'incertitude c) la diffusion d'informations et de connaissances et d) le rôle des relations informelles de confiance.

#### D) Les missions du réseau de santé et la coordination des membres du réseau

Les réseaux répondent à un besoin de santé de la population, dans une région géographique précise et garant de l'environnement sanitaire, social. Ils ont pour missions de mettre en œuvre des actions de prévention, de soins, d'éducation, et de suivi sanitaire, social et médico-social. Chaque réseau définit les moyens nécessaires pour formaliser une démarche d'amélioration continue de la qualité des pratiques professionnelles (protocoles, référentiels, formations.). La coordination des intervenants du réseau est nécessaire pour favoriser une prise en charge de qualité, de continuité et de sécurité entre les différentes interventions pluri professionnelles. Une charte, dite « charte de réseau » précise ces engagements de qualité entre les membres du réseau.

### **1.4.2 L'hospitalisation à domicile : la réglementation et les différentes missions**

#### A) L'évolution des définitions au fil de l'histoire et de la réglementation

L'HAD a quelques années d'existence ; son concept est né aux Etats-Unis en 1945, et née de l'opération « Home Care » réalisée à New York, par le Docteur Bluestone. Dans les années 1950, la France réfléchit à ce concept prometteur et un premier établissement d'hospitalisation à domicile voit le jour en 1957 à Paris à l'hôpital Tenon. L'HAD obtient sa reconnaissance légale en 1970<sup>25</sup>. Vingt ans plus tard, la loi Evin du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière reconnaît l'HAD comme une alternative à part entière à l'hospitalisation traditionnelle.

Les années 2000 sont propices à des améliorations du statut de l'HAD. La circulaire du 5 octobre 2007 autorise les établissements d'HAD à prendre en charge des patients en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou non

---

<sup>25</sup> La loi du 31 décembre 1970 portant réforme du service hospitalier

(EHPA). Selon le décret du 2 octobre 1992<sup>26</sup> « *Les structures d'hospitalisation à domicile permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés. Les soins en HAD se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes.* »

La circulaire du 30 mai 2000 précise que « *l'HAD concerne les malades, quel que soit leur âge, atteints de pathologies graves aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissement de santé. (..);*»

L'HAD permet que les patients soient moins souvent ré hospitalisés tout en bénéficiant de thérapeutiques non accessibles en ville. L'HAD n'est ni un maintien à domicile, ni une forme de SSIAD mais s'inscrit dans un processus de soins gradués d'établissement de santé à domicile. Comme pour les établissements hospitaliers, les HAD sont soumis à : - l'autorisation d'activités délivrée par l'Etat après remise d'un dossier complet, - la certification délivrée par l'HAS qui garantit la qualité de la prise en charge des malades et - la lutte contre les maladies nosocomiales.

En 2009, la loi HPST, reconnaît l'HAD comme une hospitalisation à part entière et non plus comme une simple alternative à l'hospitalisation conventionnelle et elle en protège l'appellation.

#### B) Les missions et le rôle de coordination des différents professionnels

L'HAD ambitionne à coordonner les interventions de plusieurs professionnels pour :

- assurer au patient une qualité hospitalière au sein de son environnement familial
- garantir une prise en charge globale du patient
- réduire ou éviter son hospitalisation

Le service d'HAD se charge des formalités administratives d'admission et de prolongation auprès de la caisse d'assurance maladie. Cette forme d'hospitalisation cherche à garantir une maîtrise des coûts des prestations dans un contexte de limitation de la progression des dépenses de santé. Si le patient n'était pas pris en charge en HAD, il serait en effet hospitalisé dans un service traditionnel. L'admission est réalisable uniquement avec le consentement du patient et/ou de sa famille, elle relève obligatoirement d'une prescription médicale. Les demandes d'admission entraînent une évaluation médicale, paramédicale et sociale avec des visites de l'infirmière coordinatrice éventuellement aidée par

---

<sup>26</sup> Décret n°92-1102 du 2 octobre 1992 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-2 du code de la santé publique en application de l'article L. 712-9 (3°) de ce même code.

l'assistante sociale au domicile. L'admission est prononcée après avis du médecin coordonnateur, du cadre de soins et du médecin traitant. Trois médecins sont appelés à intervenir pour mettre en place l'HAD. Le médecin hospitalier qui est fréquemment à l'origine de l'hospitalisation à domicile du patient quand celui-ci est dans un établissement avec hébergement. Le médecin traitant qui est le responsable de la prise en charge du patient pour lequel il dispense, de manière périodique, des soins. Il assure le suivi médical. Et enfin, le médecin coordonnateur qui est le référent médical de la structure. Il ne prescrit normalement pas mais il est le garant de la bonne exécution du protocole de soins.

L'équipe dite « de proximité » est composée des infirmiers, des aides-soignants, des kinésithérapeutes et toute l'équipe soignante qui interviennent régulièrement au domicile du patient. Des libéraux peuvent également participer à l'hospitalisation à domicile. Dans ce cas, le libéral s'engage à respecter les pratiques de la structure qui s'imposent aux personnels de l'HAD. Parmi les autres métiers, on peut citer les sages-femmes, les diététiciens, les ergothérapeutes, les orthophonistes, les logisticiens...L'assistante sociale est un élément important qui accompagne les patients et leur famille dans leurs démarches d'obtention d'aides financières ou matérielles (aide-ménagère, repas à domicile...).

#### C) Les soins prodigués sont concertés en équipe pluri professionnelle

Un projet thérapeutique est élaboré et validé par le médecin traitant, le médecin coordonnateur et l'équipe soignante de l'HAD ou la médecine libérale le cas échéant.

L'HAD permet de faire des soins ponctuels parfois itératifs comme des chimiothérapies, de la surveillance infectieuse, de l'immunothérapie. Elle permet aussi des soins continus concernant des pathologies évolutives. Nous citons la nutrition entérale, les pansements complexes. Les activités les plus fréquemment traitées sont la cancérologie, les pansements (escarres, ulcères cutanés, brûlures), les soins de périnatalité et les soins palliatifs, les perfusions, le traitement contre la douleur. Les soins délivrés sont certes médicaux mais ils peuvent être accompagnés d'une prise en charge psychologique et sociale du patient et de ses proches, le cas échéant. Le rôle de la famille est bien sûr primordial mais l'absence de famille n'est cependant pas un obstacle à une prise en charge en HAD si l'environnement (voisins, aides ménagères...) apporte de l'aide.

#### D) Les limites de l'Hospitalisation à Domicile

Souvent qualifiée de secteur d'avenir et d'excellence parce qu'elle répond à l'évolution du système de santé français, l'HAD n'avait pas encore atteint en 2011 l'objectif de 15 000 places affiché par le gouvernement. Et ce malgré un développement significatif depuis 2005 en nombre d'établissements (+ 140 %), de patients pris en charge (+ 160 %) et de journées réalisées (+ 185 %). Une circulaire de décembre 2013 prévoit à l'horizon 2018, soit en cinq ans, un doublement de l'activité d'HAD constatée en 2011.

En outre, quatre activités ne sont pas assez développées : la chimiothérapie, l'obstétrique compliquée, les soins pour les enfants souffrant d'un cancer et les soins pour ceux souffrant de malformations à la naissance qui vont devoir rester des mois hospitalisés.

Il faut dire que la répartition de l'offre est très inégale sur le territoire avec une implantation plutôt urbaine et francilienne. L'Île-de-France concentre en effet un tiers des places et près de la moitié de l'activité.

#### E) Une activité qui se développe fortement mais de manière hétérogène entre les régions et en expérimentation de la télémédecine

En 2011, l'HAD compte 270 établissements fonctionnels avec un établissement au moins dans chaque département. Sur un plan financier, le coût moyen d'une journée d'HAD a été évalué à 200 euros contre 703 euros pour une journée d'hospitalisation traditionnelle, selon le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie. Le secteur concerne 0,8 % des dépenses de l'Assurance Maladie.

L'âge moyen des patients pris en charge est de 63,3 ans mais 55 % des séjours concernent des patients âgés de moins de 60 ans. A eux seuls, les mineurs représentent 10 % des personnes hospitalisées à domicile. Parmi les patients, on compte une majorité de femmes (58,4 %). Bien qu'étant financièrement attractive, l'offre d'HAD n'a pas encore démontré qu'elle permettait de réduire les dépenses de santé.

Les technologies de l'information sont largement mises à contribution avec la HAD : suivi du dossier patient, planning, facturation des achats, gestion de la pharmacie.... Aux forts besoins en logiciels s'ajoutent ceux en télésurveillance. En effet, il faut compter avec des systèmes de téléalarme déclenchée par le patient et la surveillance audiovisuelle à domicile. De façon plus générale, la télémédecine incluant le télédiagnostic, la téléconsultation et la téléassistance est promise à un bel avenir.

En 2015, 4,6 millions de journées en HAD et 105 000 patients ont été pris en charge à leur domicile, ce qui correspond à 4,6 millions de journées. L'Ile-de-France compte seulement 14 structures d'HAD, pour autant elle a produit 20% des journées et 27 000 patients ont ainsi été pris en charge. Trois régions réalisent ensuite un tiers de l'ensemble des journées : Auvergne-Rhône-Alpes, Hauts-de-France et Nouvelle-Aquitaine.

En Corse et dans les DOM, le nombre de structures est faible, moins de 1 500 patients sont pris en charge en HAD dans chacune de ces régions. Le nombre de journées en HAD augmente de +4,1% entre 2014 et 2015. Les évolutions sont très hétérogènes entre les régions. Alors que l'activité est en perte de vitesse pour certaines régions comme la Martinique, l'Occitanie, Auvergne-Rhône-Alpes et Centre-Val de Loire, d'autres évoluent fortement, au-delà de +7% en Bourgogne-Franche-Comté, Nouvelle Aquitaine, Guadeloupe, Grand-Est et Normandie. Ainsi, un tiers de l'évolution de l'activité est lié à l'augmentation du nombre de journées très prononcée en Nouvelle-Aquitaine (+11,5%). Cette région indique que l'offre en nombre de structures n'a pas évolué mais qu'un travail sur les zones d'intervention a été engagé. (Annexe 3 : tableau activité HAD 2015)

## **1.5 Les Groupements Hospitaliers de Territoire**

### **1.5.1 Définition-réglementation**

Tous les établissements de santé sont tenus de s'inscrire dans un GHT depuis le 1 juillet 2016. Les GHT sont rendus obligatoires par la loi Santé du 26 janvier 2016. L'article 107 dispose que chaque établissement public de santé, sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins territoriale, est partie à une convention de GHT. Certains groupements comptent parmi leurs membres un CHU, actuellement on note la mise en place de 135 GHT, sans personnalité morale. La loi prévoit la mutualisation obligatoire des fonctions supports. (DIM, achats, systèmes d'information, la formation)

C'est l'établissement support désigné par la convention constitutive qui assure ce rapprochement pour le compte des établissements parties au groupement : une direction commune, un système d'information hospitalier convergent, la direction des achats, la coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale et des plans de formation. Les mutualisations obligatoires précisent que « *l'établissement support désigné par la convention constitutive assure les fonctions suivantes pour le compte des établissements parties au groupe la stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système hospitalier convergent en particulier la mise en place d'un dossier patient permet une prise en charge coordonnée des patients au sein des établissements parties au*

*groupement. (..)*<sup>27</sup> ». La réduction des inégalités d'accès aux soins sur un territoire est un objectif majeur des GHT. L'élément clé des GHT est donc le projet médical partagé ; dont les enjeux sont nombreux : fluidifier les parcours des patients, assurer la complémentarité et la gradation des soins, favoriser les équipes médicales de territoire, partager des plateaux techniques, travailler sur la permanence des soins en établissements de santé, favoriser la prise en charge à domicile (relation ville/hôpital, HAD), et l'organisation de la télé expertise et télémédecine.

### **1.5.2 L'enjeu majeur : rétablir l'égalité d'accès aux soins**

Les GHT ont pour objectif de garantir à tous les patients un meilleur accès aux soins en renforçant la coopération entre hôpitaux publics autour d'un projet médical. Ils ont bien pour objectif d'assurer une meilleure pertinence de l'offre de soins et d'allier les compétences des professionnels et la proximité des lieux de recours.

Les GHT doivent s'ouvrir et intégrer le développement des nouveaux modes de prise en charge : médecine et chirurgie ambulatoire, télémédecine, HAD, relais par les hôpitaux de proximité, maisons médicales, spécialistes hors les murs hospitaliers, etc. C'est un outil de proximité qui rassemble les acteurs du territoire autour de projet commun devant prendre en compte l'évolution du système de santé, les évolutions médicales et soignantes.

Face au défi des maladies chroniques notamment, les nouvelles modalités médicales doivent jouer le rôle de passerelle entre les soins de premiers recours, les soins ambulatoires et les soins hospitaliers. Le GHT<sup>28</sup> a aussi : *vocation à coordonner les parcours de santé des patients fragiles, de rendre les soins de premier recours plus accessibles, d'assurer des partenariats entre les professionnels libéraux de la ville et le secteur social mais aussi de proposer des soins préventifs dans des situations locales, ce qui peut nécessiter le transfert de certaines prises en charge de la ville et de l'hôpital.*

Le rapport du HCSP concernant le GHT stipule que le PMP des GHT doit garantir aux usagers du territoire d'une offre de soins correspondant à leurs besoins. Cette offre nécessite de couvrir la totalité des communes et des différentes catégories sociales. La dynamique du GHT sollicite l'implication des équipes médicales, des directions, des élus locaux et des représentants d'utilisateur pour ordonnancer la gradation des soins sur le territoire.

---

<sup>27</sup> Hubert Jacqueline, Dr Martineau Frédéric, « Mission Groupements hospitaliers de territoire », rapport intermédiaire, mai 2015, 52 pages.

<sup>28</sup> Haut Conseil de la Santé Publique, mars 2017, GHT et santé publique, 46 p.

## **2 La méthodologie de l'étude et l'analyse des résultats**

### **2.1 L'enquête de terrain : un établissement public, un institut privé**

#### **2.1.1 La description des lieux d'enquête : un choix pertinent**

L'enquête s'est déroulée au sein d'un établissement de santé publique et d'une structure privée d'intérêt collectif. Le choix de ces deux établissements s'est défini par l'organisation mises-en en place concernant la coordination des parcours de santé entre la ville et l'hôpital. En effet, les dispositifs pour réduire les hospitalisations et éviter les ruptures de soins dans la continuité de la prise en charge ont fait leurs preuves depuis de nombreuses années. Les alternatives à l'hospitalisation sont implantées depuis très longtemps, mais ne sont pas complètement exploitées.

Le C.H.U en région, est un établissement public de santé qui regroupe 4 établissements multi sites. Il comprend 1994 lits et places dont 1446 places de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO), 124 lits de Psychiatrie adultes et enfants, 427 lits et places d'accueil de jour, de long séjour, de SSR, d'EPHAD. Cette activité est réalisée par 4933 personnels dont 3454 paramédicaux, 1479 médecins. L'activité hospitalière est de 348 274 consultations, 119 210 hospitalisations, 20 107 interventions chirurgicales dont 6 652 ambulatoires, 89 190 passages aux urgences. Le budget du CHU est de 460 Millions d'euros. L'institut de recherche et de soin en oncologie en Ile de France, est un établissement de santé privé d'intérêt collectif, capacité de 444 lits et 105 places en hôpital de jour sur deux sites différents, 3100 salariés dont 1200 soignants et 545 médecins. L'activité hospitalière est de 126 000 séjours dont 84% en ambulatoire, 48 200 patients vus en consultation, 6 260 consultations médicales aux urgences. Son budget d'exploitation est de 367 Millions Euros.

#### **2.1.2 La méthode utilisée et les objectifs recherchés**

Le champ de la coordination ville-hôpital est très vaste dans son application faisant intervenir de nombreux acteurs et de nombreux dispositifs dans la prise en charge du patient vers son domicile. La réalisation d'une enquête par questionnaire ne nous a pas semblé réalisable au regard du temps imparti. C'est pourquoi nous choisissons de mener une enquête qualitative sous forme d'entretiens semi-directifs en utilisant une grille d'entretien pour chaque acteur concerné.

Cette étude est complétée par la visite de dispositif mis en place dans les deux établissements observés afin de bien comprendre le concept de la coordination assurés par les professionnels hospitaliers, les réseaux et l'hospitalisation à domicile.

Les objectifs de cette étude sont d'identifier auprès des différents intervenants de la coordination ville/hôpital les points ou les éléments qui ne facilitent pas un parcours de santé sans rupture de soins, ne favorisant pas un meilleur suivi du patient à son domicile. Elle permet aussi de mettre en lumière les moyens et les outils qui sont mis en place par les professionnels et les établissements de santé pour fluidifier et améliorer les parcours de santé pouvant répondre au mieux aux besoins du patient et au plus proche de son domicile. L'enquête s'est déroulée en plusieurs phases au cours de l'année 2017 :

- En février-mars 2017 lors du 1<sup>er</sup> stage professionnel au sein d'un centre hospitalier en réalisant une enquête exploratoire sur l'élaboration des parcours de santé au sein d'un GHT. Réalisation d'entretiens auprès des professionnels de terrain sur un pôle d'hématologie oncologie. Observation des professionnels lors des réunions diverses (réunions de service, du GHT sur l'élaboration de filières des soins et parcours de soins).
- En avril 2017 à la DGOS, réalisation d'un entretien semi-directif auprès d'un cadre chargé de missions sur les pratiques avancées.
- En mai- juin 2017 lors du 2<sup>ème</sup> stage professionnel auprès d'un CHU en effectuant des entretiens semi-directifs auprès de directeurs et des professionnels de terrain, en utilisant plusieurs grilles d'entretiens selon les acteurs interrogés. Visite d'une Plateforme Opérationnel de Sortie (POS) de parcours de santé.
- En juillet 2017 dans un établissement de santé privé en conduisant des entretiens semi-directifs auprès de Directeur des Soins, des cadres et des équipes soignantes. Visite de l'unité de Coordination des Soins Externes(CSE).
- Des recherches bibliographiques réglementaires, d'ouvrages, d'articles, des rapports et d'études réalisés sur la thématique annoncée au préalable.
- 18 entretiens individuels semi-directifs à l'aide d'une grille d'entretien avec enregistrement et prise de notes auprès des acteurs concernés.

### **2.1.3 Les principaux axes de l'étude**

Nous avons ainsi défini quatre axes de travail :

- Quelles sont les difficultés rencontrées par les professionnels hospitaliers et les intervenants de la ville lors d'une sortie de patient.

- Quels sont les moyens mis en œuvre dans les unités par les professionnels et les établissements pour répondre aux difficultés de coordination ville/hôpital.
- Quelles sont les missions et le rôle des réseaux de santé et/ou l'HAD pour répondre aux besoins du malade afin d'assurer un meilleur suivi du patient à son domicile ?
- Quelles contributions doit apporter le DS dans la coordination ville-hôpital du parcours de santé des patients atteints de pathologies chroniques au sein du GHT afin de faciliter un meilleur suivi du patient à son domicile par les réseaux de santé et l'HAD ?

#### **2.1.4 Les acteurs et le lieu de l'étude exploratoire**

Nous avons réalisé une enquête auprès des différents professionnels de santé intervenants dans la prise en charge globale du patient. Nous avons interrogé 18 professionnels : - 4 Directeurs des Soins dont 2 Coordonnateurs Général des Soins (CGS), 1 Directeur de la performance, de la relation clientèle et des usagers, 2 médecins dont un directeur de l'HAD privé et un médecin hospitalier (POS), 3 Infirmières de coordination, 5 cadres de santé dont 1 cadre de santé de l'HAD privé, 1 cadre de santé de l'HAD public, 1 cadre de la DGOS, 1 cadre de santé du service de gastroentérologie, 1 cadre de santé de la Plateforme Opérationnelle de Sortie (POS), 2 Cadres Supérieur de Santé de Pôle (CSS), 1 CSS en mission transversale rattaché à la Direction des Soins du CHU enquêté, et 1 assistante sociale (POS).

La durée moyenne pour l'ensemble des entretiens a été de 1 heure. Ils se sont déroulés sur le lieu de travail des acteurs, dans leur bureau. Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits afin de faciliter l'exploitation des données et l'analyse.

#### **2.1.5 Les limites de l'étude**

L'étude réalisée dans le cadre de ce mémoire professionnel présente des limites de plusieurs natures. Nous n'avons pas pu recueillir par manque de temps des avis des professionnels extrahospitaliers ; les infirmiers libéraux, les professionnels des SSIAD, de SSR. Néanmoins par l'intermédiaire des cadres de l'HAD nous avons pu noter des éléments nécessaires à la compréhension de la thématique (difficultés, moyens.). De même, nous aurions pu apporter un éclairage macroscopique par le point de vue d'un DS Conseiller Technique Régional auprès de l'une des deux ARS des territoires de santé concernés.

Le point de vue d'un représentant des usagers aurait enrichi notre réflexion. Cependant l'entretien réalisé auprès du directeur en charge de la clientèle et des usagers nous a précisé les difficultés rencontrées, leurs besoins exprimés pour fluidifier la coordination ville-hôpital. Cette vision de coordination aurait pu être complétée par un entretien individuel avec le Président de la Commission Médicale d'Établissement (PCME) mais pour des raisons d'agenda, nous n'avons pas pu nous entretenir avec celui-ci. De même, nous aurions pu nous entretenir avec un représentant de l'ANAP qui accompagne depuis quelques années des établissements sur des projets concernant la coordination médico-soignante. Son regard aurait pu enrichir notre réflexion sur une vision plus économique et d'efficacité. Toutefois, dans un établissement de notre enquête, nous avons pu noter l'aide apportée par l'ANAP aux professionnels de santé pour mettre en œuvre un dispositif de parcours de sortie : la gestion des lits.

## **2.2 Des résultats mettant en lumière les obstacles rencontrés par les professionnels hospitaliers et les intervenants de la ville dans la coordination ville-hôpital**

### **2.2.1 Les acteurs hospitaliers face aux difficultés rencontrées : des freins à la coordination auprès des réseaux et de l'hospitalisation à domicile**

#### A) Les informations transmises à la sortie

Au sein du CHU, les équipes soignantes interrogées (médecins, infirmières, aides-soignants, cadres) sont unanimes dans l'identification des difficultés rencontrées dans le parcours de soins. En effet, selon les professionnels, les informations relatives au séjour transmises à la sortie du patient aux réseaux de santé ou aux professionnels libéraux demeurent l'une des principales difficultés pour les équipes en raison des modalités de transmission. Ils sont convaincus de leur utilité concernant la continuité des soins cependant il y a une multitude de documents à remplir ce qui entraîne une perte relative d'informations. En effet, une infirmière précise *« l'échange d'information se perd facilement, il nous faut beaucoup communiquer : dans notre onglet du dossier patient informatisé, par téléphone pour être sûr que l'information soit bien reçue et transmise, sur nos documents de sortie... »*.

#### B) La synthèse de sortie

Le résumé d'hospitalisation concernant les éléments du séjour est le premier outil de relais pour les professionnels de la ville. Cependant, son contenu est très synthétique ; il relate les soins réalisés mais il manque régulièrement l'évaluation des actions menées, la tolérance aux traitements et très peu d'informations sur les besoins de la personne.

#### C) Les échanges d'informations entre la ville et l'hôpital

Les soignants et les médecins, nous témoignent avec simplicité que les réseaux de santé ou le médecin traitant font remonter très peu d'informations médico-soignantes du séjour au domicile « *les libéraux veulent des comptes rendus et feuilles de liaison mais eux, ils ne font jamais de retour lorsqu'ils ont été à l'initiative d'une ré-hospitalisation ou d'un retour aux urgences d'un patient* ». Les médecins constatent lors de la ré-hospitalisation d'un patient que des modifications thérapeutiques parfois non adaptées et non concertées avec eux ont été appliquées par le médecin de ville et les infirmières libérales. Néanmoins, ils avouent avoir très peu de disponibilité pour répondre au médecin traitant sur des événements survenant au domicile. Les professionnels du service de gastroentérologie complètent cette remarque ; leurs principales difficultés concernent les informations sur l'évolution du patient à son domicile. Le cadre : « *c'est un frein à la prise en charge car on ne retrouve pas dans le dossier du patient informatisé ces informations du domicile lors d'une ré-hospitalisation. C'est un frein parce que nous n'avons pas de vision globale du patient dans le document unique du patient* ».

#### D) Les situations complexes rencontrées

L'encadrement et les médecins parlent plutôt de situations complexes qui génèrent des difficultés de coordination en amont et en aval de la prise en charge d'un patient.

Le cadre de gastrologie énonce « *ce qui complexifie, ce sont les problématiques médicales liées à la pathologie et ses complications. Lorsqu'on envisage la sortie, on peut avoir des éléments de gravité médicale, médico-sociale (...), ces situations instables freinent ou stoppent le moment de la sortie, nous sommes démunis* ».

#### E) Les transferts des patients en Soins de Suite et de Réadaptation

Les professionnels précisent que les demandes réalisées sur le logiciel Trajectoire sont souvent jugées incomplètes par les SSR, occasionnant des retards pour la sortie ou des refus de prise en charge par les structures d'hébergements. Un médecin « *ces remarques sont fréquentes et il est difficile d'être précis dans la description de ces informations dans le logiciel Trajectoire* ».

D'autant plus, le service de gastroentérologie travaille énormément avec les SSR, plus qu'avec l'HAD pour des raisons liées aux motifs de prise en charge. Le cadre de l'unité : *« les patients du service présentent des complications post-opératoires assez lourdes qui ne peuvent pas être prises à domicile. C'est une préoccupation majeure qui embolie l'occupation des lits, dans de nombreux cas ».*

F) Une méconnaissance de l'exercice libéral et de l'hospitalisation à domicile

Les médecins avouent encore méconnaître les alternatives à l'hospitalisation, plus précisément sur les modalités d'admission et de suivi d'évaluation au domicile. De façon globale, les professionnels expliquent avoir une très mauvaise connaissance de la ville et des contraintes existantes, une connaissance incomplète des recommandations et de la réglementation de l'exercice libéral. Selon l'encadrement, il y a encore un manque d'anticipation des besoins de la personne et un manque d'évaluation de la prise en charge au regard du fonctionnement de ville. La vision de la sortie est souvent trop axée sur la gestion de lits et sur des habitudes hospitalières maîtrisées en intra-hospitalier, et de fait, minimise les recommandations nécessaires à la prise en charge des soins au domicile.

### **2.2.2 Les difficultés rencontrées par les intervenants de la ville dans la coordination du parcours de santé**

A) Un médecin hospitalier référent

Les intervenants de la ville (les médecins généralistes, les structures d'hébergement, les équipes soignantes et médicales de l'HAD), témoignent unanimement, de la difficulté à joindre un médecin référent du patient. Une infirmière de l'HAD souligne *« il y a une hétérogénéité des intervenants selon les secteurs et les périodes ».*

B) L'absence d'un dossier unique informatisé

Le cadre de l'HAD privé précise : *« l'absence d'un dossier unique informatisé entre l'hôpital et la ville est une source d'erreur dans la continuité des soins du patient à son domicile. »* L'utilisation de document papier amène les équipes à retranscrire des données médicales pouvant être à l'origine de défauts d'informations sur les effets secondaires du traitement, sur l'évolution des besoins exprimés par le malade. Le manque d'informations médico-sociales est lacunaire concernant les personnes en situations fragiles et complexes.

C) Le manque de connaissances et de compétences techniques

Le cadre de l'HAD privé, nous informe : « *certaines infirmières libérales manquent de connaissances et de compétences par rapport à certains soins hospitaliers telles que les traitements de chimiothérapie, les manipulations sur cathéters, et très régulièrement sur les soins et les aspirations trachéales* ».

D) Un manque d'interface entre professionnels libéraux

Les deux CPP interrogées constatent à travers leurs équipes de coordination qu'il manque une interface entre les différents professionnels de la ville. En effet, les infirmières libérales rencontrent des difficultés de coordination avec le médecin traitant du patient. L'information recueillie par le médecin traitant auprès, des équipes médicales de l'hôpital reste encore cloisonnée ; le médecin omet de transmettre à l'infirmière du domicile les informations recueillies auprès des professionnels hospitaliers. Les infirmières libérales lorsqu'elles se retrouvent au domicile du patient, et ne pouvant joindre le médecin traitant, appellent les équipes soignantes hospitalières. Le médecin de l'HAD affirme « *malgré la présence d'un compte rendu à la sortie, le lien avec le médecin hospitalier reste ponctuel concernant le suivi post hospitalisation voire inexistant* ».

### **2.2.3 Les moyens mis en place par les services et l'institution : un rôle de coordination entre la ville et l'hôpital**

A) Les actions mise en place pour fluidifier le parcours de soins ville-hôpital et prévenir les situations complexes

a) *Au sein des services d'hématologie et d'oncologie interrogés à Paris et en Région*

Nous retrouvons des IDE de coordination et leurs missions sont définies et formalisées selon les structures. Leurs rôles consistent le plus souvent à orienter le patient sur une autre structure (réseaux, HAD, professionnels libéraux) sans en assurer le lien continu. Elles interviennent au niveau des consultations pour préparer l'hospitalisation du patient et déceler d'éventuelles situations de fragilités nécessitant une préparation plus importante à la sortie du patient. Le lien avec la ville est assuré par des fiches de liaison adressées aux professionnels libéraux et des comptes rendus d'hospitalisation adressés aux médecins traitants (obligation légale). Au sein du CHU, lors de la mise en place des parcours de soins en 2015, les services du Pôle oncologie ont créé un numéro d'urgence

à l'attention du médecin traitant pour joindre un médecin sénior en cas de décision d'hospitalisation directe sans passer par les urgences. Et sur l'ensemble du Pôle d'oncologie, l'encadrement a créé une commission pour dépister les fragilités dès l'entrée du patient dans le service à l'aide de fiches actions informatisées. Elles ont été formalisées autour de 7 thématiques (traitement, nutrition, psychologie, PEC sociale, sexologie, douleur, fatigue). Le CPP explique « *lorsqu'une fragilité est détectée par l'infirmière d'annonce, c'est l'Infirmière de Coordination (IDEC) du service qui prend le relais pour dénouer les problématiques* ».

b) *Au sein du service de gastrologie- entérologie digestive*

Les patients en situations complexes sont détectés au moment de la consultation par le médecin. L'assistante sociale de l'unité est informée par une alerte mail via le logiciel Trajectoire de la détection de cette fragilité par le médecin. Elle va débiter les démarches nécessaires pour préparer la sortie au moment souhaitée par l'équipe. Au moment du staff pluridisciplinaire (2 fois /semaine), l'ensemble de l'équipe finalise la décision.

Et enfin, une procédure formalisée par l'équipe médicale évite le passage des patients par les urgences. En cas de problème, le patient appelle le service, et il est mis en relation avec le gastroentérologue d'astreinte. C'est le médecin qui régule et oriente en fonction de la situation. Avec la collaboration des prestataires du domicile, ou du médecin coordonnateur de l'HAD, le patient évitera une hospitalisation aux urgences, il viendra le cas échéant directement dans le service.

c) *Le recours aux prestataires et à l'hospitalisation à domicile*

Le recours aux prestataires est effectué par les unités interrogées pour contribuer à dénouer des situations complexes. Ils recherchent des professionnels libéraux autour du domicile du patient et assurent le lien avec les unités. Un cadre explique « *ils coordonnent et s'engagent à rechercher des professionnels adaptés à la situation et font un retour sur un rapport d'évolution du patient au médecin hospitalier* ». Les services utilisent en moyenne 6 à 8 prestataires privés ; à tour de rôle, les médecins font appel à l'un et l'autre. Le libre choix du patient, est essentiel cependant le médecin choisit la prestation qui correspond aux besoins du patient. Un cadre de chirurgie « *On ne fait pas plus appel à l'HAD qu'aux prestataires mais plutôt on évalue le besoin en soins, nous mettons en place la PEC la plus efficiente et optimale pour le malade* ». L'objectif est « *une sortie réussie retardera une entrée intempestive, parce qu'on a fait la sortie et on s'est aperçu que nous n'avions pas prévu une IDE libérale à son domicile par exemple* ».

Dans les lieux enquêtes public et privé, l'HAD est sollicitée dans des situations précises. Les principaux types de la prise en charge sont bien définis réglementairement : des plaies complexes, et/ou multiples, des traitements IV, des soins palliatifs et l'accompagnement, des traitements de la douleur, des nutritons entérales et parentérales, des traitements et surveillance post chimiothérapie, des soins de nursing lourds. Les coordinatrices de l'HAD sont conviées aux staffs médicaux pour évaluer la future sortie des patients. Elles profitent de cette occasion pour réexpliquer auprès des médecins leurs missions et l'organisation. Des cadres de pôle interrogées précisent qu'elles organisent des réunions de présentation de l'HAD auprès des professionnels également.

d) *Des enquêtes de satisfaction pour répondre aux difficultés de coordination et des situations complexes*

Plusieurs enquêtes de satisfaction auprès des patients et des aidants naturels sont réalisées par un centre hospitalier du territoire pour définir un plan d'actions adaptées à ces situations rencontrées. Telles que :

- Des enquêtes téléphoniques faites par les représentants des usagers pour des patients rentrés au domicile afin de vérifier la satisfaction du patient sur la coordination et les conseils donnés au moment de la sortie.
- Une enquête téléphonique est réalisée auprès des patients sortis de SSR (à destination des patients et des aidants naturels).
- Et enfin, une enquête téléphonique est effectuée auprès des patients hospitalisés en SSR (à destination des patients et des aidants naturels.)

e) *Des temps de rencontres, d'échanges et d'informations*

- Des réunions de travail sur la préparation à la sortie sont réalisées dans le cadre d'un programme éducation thérapeutique.
- Des plaquettes d'informations sur l'éducation thérapeutique du patient sont données au moment de la consultation.
- Des conseils pour la prévention des risques au domicile pour la personne âgée et son aidant ont été réalisés par les équipes soignantes à l'attention des familles.

B) Des dispositifs institutionnels qui interviennent dans les situations complexes et favorisent le lien ville-hôpital en évitant les ruptures de soins

a) *Le rôle et les missions de la Coordination des Soins Externes*

Depuis 2007, la CSE est une unité attachée au département ambulatoire, mais créée en 2003 par le Département des soins de supports de l'institut enquêté. Elle est composée de 6 IDE, une 1 aide-soignante, 1 aide en secrétariat et d'un cadre responsable de plusieurs services. En 2003, le CLCC dans lequel nous avons enquêté, a fait le choix de mettre en place un service transversal de coordination hospitalière des retours au domicile. Le CPP nous précise « *l'objectif premier était de soulager les services et notamment l'encadrement de la gestion des sorties complexes qui étaient particulièrement chronophages. Le deuxième objectif était d'offrir un service uniformisé des retours aux domiciles, au sein de l'institution* ». Dans cette orientation, le cadre de santé de l'unité, nous informe que l'objectif final, est de créer un service permettant de répondre aux contraintes de plus en plus pressantes de la réduction des temps de séjours tout en assurant la qualité des soins et la sécurité aux usagers.

En effet, les missions de la CSE sont d'organiser les sorties avec des soins complexes et techniques au domicile et de s'assurer de la bonne mise en œuvre et du suivi par les infirmières de la cellule de coordination. Les infirmières de l'unité évaluent en interne les besoins du patient, organisent la sortie et les soins au domicile en adéquation. Leurs expertises permettent d'orienter sur les professionnels compétents et disponibles telles que des infirmières libérales, l'HAD, des réseaux de santé ou des soins de support. En externe, elles ont un rôle d'interface avec les professionnels de ville et le médecin traitant pour favoriser une prise en charge coordonnée de parcours de soins en lien étroit avec les professionnels hospitaliers.

b) *Le rôle et les missions de la Plateforme Opérationnelle de Sortie : une plus-value dans la chaîne de la coordination*

La POS est une unité rattachée à la Direction des Soins, elle a été créée en 2013 par le CHU. Elle est composée d'une équipe pluridisciplinaire : un médecin, un cadre de santé, des infirmières, une assistante sociale, et un agent administratif. L'idée de base est de travailler sur la sortie des patients, en particulier pour les patients présentant plusieurs facteurs de fragilités avec les services de l'hôpital. La deuxième réponse à l'échelle du CHU est d'influer sur la Durée Moyenne de Séjour (DMS) pour des parcours souvent « consommateurs » de journées d'hospitalisation. Elle assure le lien avec la médecine de ville et le suivi des patients fragiles au domicile.

Ce dispositif en expérimentation pendant un an auprès de 8 unités de soins médicales et chirurgicales puis très rapidement, sur l'ensemble de l'hôpital, requiert une file active de 500 patients/an en 2016. On estime à 1360 le nombre de journées d'hospitalisations gagnées. Son objectif principal est de passer d'un hôpital de séjour à un hôpital de parcours en limitant les DMS anormalement élevées dans certaines disciplines.<sup>29</sup>

Cette plateforme a pour ambition de mettre en place des actions de suivies au domicile afin d'éviter des ré-hospitalisations. L'équipe propose un suivi planifié après le séjour à l'hôpital avec par exemple, des appels téléphoniques à domicile quelques jours après la sortie du patient. Dans un premier temps, quand un patient est médicalement sortant sans solution de sortie, ou lorsqu'un patient sortant est en situation de fragilité et qu'il nécessite un suivi téléphonique, la POS intervient avec les services de soins pour dénouer les problématiques observées et trouver des solutions adaptées. Le médecin coordonnateur de la POS « *On ne se sait pas par ou prendre les choses* », *l'équipe médicale qui a en charge le patient considère qu'elle a fini son travail, on vient pour essayer de trouver des solutions, de reconsidérer la situation et de trouver les interlocuteurs adéquats pour faire évoluer la situation* ».

La POS pourra compter sur le relais organisé avec les médecins et soignants libéraux, les structures d'hébergement, SSR, l'HAD pour s'adapter au plus proche des besoins du malade. Le cadre explique « *chaque projet de sortie est une organisation singulière et individuelle qui nécessite une équipe dédiée pour connaître la personne, son mode de vie, sa personnalité, sa situation familiale, sociale, économique, environnementale, professionnelle* ». L'équipe de la POS développe « *notre travail s'appuie sur un outil d'évaluation qui aide au repérage des situations de fragilités au sein des services. Des liens renforcés entre les professionnels, pour suivre l'évolution dans la structure de soins au mieux avec des documents d'évaluation écrits* ».

Le cadre de gastrologie « *On travaille beaucoup avec les SSR. Et depuis qu'il y a la POS, c'est un grand changement, elle travaille avec nous sur les demandes en SSR particulièrement difficile et sur les situations complexes. La situation est analysée collectivement au sein de l'unité puis réexpliquée par la POS aux différentes structures* ».

---

<sup>29</sup> FUZ Dr Diane, PANIEGO Audrey, janvier-février 2015, « Plateforme opérationnelle de sortie : Un projet novateur, fluidifiant et sécurisant la sortie qui fait ses premières preuves au CHU de Nîmes », Techniques Hospitalières, n° 749, pp. 55-56.

c) *Une cellule de signalement entre les centres hospitaliers du territoire*

Le Directeur des Soins du CH du GHT, a créé en 2013, une plateforme de signalement des effets liés aux ruptures des soins entre les 2 CH du territoire. L'objectif est de clarifier la prise en charge des soins afin d'éviter les conflits entre les structures des SSR et l'HAD. L'analyse des dysfonctionnements se réalisent entre les équipes de direction et les cadres de santé des 2 établissements. Selon les problèmes identifiés, une réunion entre les Directeurs des Soins et le PCME des 2 structures à lieu pour définir les actions à mettre en place avec les acteurs de la ville et de l'hôpital.

**2.2.4 Le projet médical soignant du Groupement Hospitalier du Territoire : outil qui facilite la fluidité du parcours de santé mais qui reste à construire**

Le projet médical soignant du GHT identifié au sein du CHU (2013-2016 et celui de 2017-2022) formalise un axe intitulé « organiser les parcours dans le cadre de filières structurées ». La formalisation des parcours doit favoriser la structuration des échanges avec les correspondants libéraux (médecins référents par service, référents maladies chroniques, télé expertise). Et pour ce faire, le PMS doit permettre la structuration des filières territoriales de prise en charge par discipline dans la continuité du projet médical commun de la Communauté Hospitalière de Territoire(CHT).

Cette thématique met en lumière la nécessité d'organiser des parcours pertinents et efficaces. Le GHT du CHU a fait le choix de porter la réflexion sur 10 filières dont la cancérologie en conformité avec les évolutions du plan Cancer 3 et leurs déclinaisons régionales et s'orienter vers la structuration d'un 3C territorial. Ces filières sont adossées à des activités de biologie, d'imagerie diagnostique et interventionnelle et de pharmacie.

Les modalités d'organisations des filières précisent pour chaque filière : l'offre de proximité et de recours, l'organisation de la permanence des soins, les soins primaires dont la médecine de ville, la prévention et les maisons de santé. Et pour compléter cette orientation, des moyens sont mis en place pour travailler sur le parcours d'aval HAD/SSR/médico-social.

Les « feuilles de route » par filière synthétisent les axes pour lesquels les groupes de travail initiés par la direction déclineront les enjeux, les forces et les fragilités de la filière concernée, ainsi qu'un programme d'actions à conduire en référence avec le projet médico-soignant du GHT.

#### A) Le point de vue des unités

Les unités interrogées (la cancérologie, la gastroentérologie) s'insèrent dans le projet d'établissement des séjours coordonnés. Les professionnels ont travaillé sur l'organisation des rendez-vous dans le cadre du suivi des patients et la transmission d'information avec le médecin traitant. De même, ils ont formalisé la mise en place des chemins cliniques dans le cadre des parcours de soins et la sortie de patients.

Le cadre de gastroentérologie « *chaque patient dispose du nom du médecin hospitalier référent au cours du séjour et dans la plupart des cas, le patient est suivi par un médecin senior du service qui le suit, complète le dossier médical et assure la correspondance avec les autres médecins libéraux et hospitaliers* ».

Le CPP du pôle oncologie a organisé pour les séjours complexes, notamment ceux qui associent plusieurs séquences dans des unités d'hospitalisations de spécialités différentes, la désignation d'un médecin référent. Il sera chargé de coordonner la prise en charge médicale et de répondre aux interlocuteurs externes au CHU afin d'éviter les réhospitalisations aux urgences. Chaque unité du pôle utilise l'outil Trajectoire, au service de la régulation des SSR, dans le double objectif d'optimiser les orientations et de réduire la DMS. Les unités en étroite collaboration avec la POS utilisent le logiciel pour les situations complexes liées aux difficultés de placement dans les structures d'hébergements.

#### B) L'avis des Directeurs des Soins

Les 2 DS interrogés au sein du CHU nous informent de l'élaboration de 5 chemins cliniques de la filière oncologique prenant compte du projet médical soignant du GHT ; 16 sont en cours d'élaboration au sein de l'hôpital avec l'objectif d'en réaliser 20 d'ici 2018. Cependant, dans le cadre du GHT, élaboré par la convention constitutive et regroupant 7 établissements, aucun n'est encore construit dans le cadre du GHT. Néanmoins un directeur de soins du CH du territoire anime un groupe de travail au sein du territoire dont l'axe de travail est « participé à la fluidité des parcours patients au sein du territoire ». L'objectif du GHT, est d'en élaborer une dizaine dans un premier temps.

Au sein de l'institut privé, la directrice des soins nous précise qu'il y a un projet médical soignant mais pas de GHT. Il y a quelques parcours identifiés au sein de l'institut.

La DG travaille essentiellement avec de nombreux réseaux provenant de la filière médicale. Le projet médical intègre les fonctions des IDE de coordination et de pratiques avancées. Elle nous informe que dans ce cadre définit, l'établissement a créé l'unité de

coordination des soins externes pour les sorties complexes et la création de l'hospitalisation à domicile depuis 40 ans.

### **2.2.5 Les acteurs de premier recours : leurs rôles au sein du territoire afin de sécuriser la prise en charge au domicile**

#### A) Le point de vue des professionnels de la Plateforme Opérationnelle de Sortie

Le cadre de la POS étant au cœur du dispositif de la coordination ville-hôpital nous expose son avis. Les acteurs de premier recours au sein du territoire doivent aider au repérage des patients en situations complexes fragiles, lorsqu'ils ont connaissance de ces informations particulières. Leurs expériences libérales peuvent être un soutien pour les équipes soignantes. Leurs réseaux professionnels pouvant faciliter les orientations dans les structures d'aval ou le retour à domicile. Ils peuvent « *être plus acteur de cette coordination avec nous. Un rôle de coordonnateur pour fluidifier et améliorer les modalités de sortie du patient* ». Selon le médecin de la POS, les acteurs de premier recours doivent maintenir le lien avec l'hôpital malgré la difficulté de coordination entre la ville et l'hôpital « *les médecins libéraux se retrouvent sans remplacement pour accompagner les patients, et le CHU se retrouve en difficulté pour sortir les malades* ». Il émet ; leur proximité régulière avec le patient à son retour à domicile peut nous aider à sécuriser les sorties complexes. Ce qui est très importante pour les équipes hospitalières : assurer un retour d'informations fiables et éviter les ré hospitalisations.

#### B) L'avis des managers interrogés

L'encadrement de l'institut interpellé, souligne la nécessité de préciser auprès des professionnels hospitaliers le rôle des acteurs de premier recours et leurs niveaux d'interventions afin de sécuriser la prise en charge du patient au domicile par les réseaux ou l'HAD. Un cadre : « *Notre institution doit déterminer un fonctionnement structuré entre la ville et l'hôpital* ». Cette proposition peut s'accompagner par le partage d'outils de communication. Et nous pouvons approfondir cette réflexion autour d'un travail multi-professionnel sur des bases connues par les médecins et les professionnels libéraux par exemple. Un médecin de l'HAD privé précise « *la ville ne sait pas ce qui se passe à l'hôpital, c'est une zone obscure. Un confrère me signale « nous apprenons que le patient est rentré chez lui, on n'a pas de retour systématique* ». *C'est terrible, il y a un gros hiatus entre l'hôpital et la ville sur ce point-là. Et pour corriger cela, on relève le défi du courrier JO !!* ».

Les DS interrogés nous précisent que l'ensemble des professionnels libéraux, acteurs de premier recours doivent s'assurer dans la mesure du possible des besoins de la personne, et des possibilités de l'établissement d'aval pour garantir le suivi des soins à la sortie. Dans l'idéal, pour contribuer à une fluidification du parcours sans rupture, ils souhaitent que le médecin traitant donne toutes les informations utiles pour permettre aux professionnels hospitaliers de bien préparer l'entrée et ainsi prévoir une sortie dans de bonnes conditions. Ils observent que cela n'est pas toujours le cas.

### **2.2.6 Les éléments qui préoccupent les Directeurs des Soins dans la coordination ville-hôpital du parcours de santé**

Plusieurs éléments correspondant à des étapes du parcours de santé sont à l'origine des inquiétudes des DS : - Les délais des rendez-vous des examens radiologiques pendant le séjour peuvent rallonger le délai d'hospitalisation.

- La qualité de la prise en charge d'un transfert vers un établissement de taille moyenne (suivi du traitement, des transmissions) peut entraîner un risque de rupture des soins.
- Le suivi social est encore discontinu entre l'hôpital et les structures avec une communication qui manque de fluidité selon les structures d'hébergement.

Une DS : *« l'étape où l'utilisateur part de l'hôpital, les liaisons sont encore longues et les informations délivrées par les soignants sont encore trop rares »*. Lorsque les professionnels libéraux prennent contact avec l'hôpital *« il est difficile d'identifier, qui s'occupe de qui et quoi à l'hôpital ? La communication est très coupée alors qu'elle est essentielle lorsqu'on s'occupe d'un malade »*. Les situations complexes révèlent des profils de patients fragiles et vulnérables pour lesquelles il est difficile de trouver une solution de sortie rapide vers une structure EPHAD *« le profil du patient « personne n'en veut » me préoccupe et m'inquiète d'un point de vue éthique »*.

Le directeur chargé de la performance, de la clientèle et de l'utilisateur nous précise qu'il est essentiel de respecter les libéraux dans leur exercice. Lors de réunions, nous devons écouter leurs contraintes *« l'hôpital ne s'adapte pas assez aux libéraux de mon point de vue. Les facteurs de réussite d'un projet passent par la démarche explicative »*.

Il souligne dans le parcours de santé, qu'il est fondamental de respecter les métiers et les compétences de chaque acteur de la prise en charge.

L'importance est d'identifier les risques et de les évaluer « *les facteurs de risque ne sont pas assez évalués durant le séjour hospitalier, ce qui entraîne des retards au moment de la sortie* ».

### **2.2.7 Le rôle du Directeur des Soins dans la coordination ville-hôpital : des propositions intéressantes**

Les DS définissent leur rôle : plusieurs niveaux de collaboration, et d'intervention auprès des professionnels hospitaliers et des acteurs de premier recours telles que :

- Etre partie prenante dans la démarche de coordination par la rencontre des SSIAD, des SSR, des EHPAD, des HAD privé mais également des associations d'infirmières libérales, des prestataires de soins pour établir des conventions et des partenariats.
- Accompagner les professionnels à la formalisation des parcours en coordination avec les qualitéiciens et les différents intervenants de la PEC.
- Identifier en inter professionnalité des points à améliorer en associant les usagers aux réflexions de PEC des parcours de soins, parcours de santé.
- Accompagner à la formalisation d'outils, des supports de traçabilité pour garantir la continuité des prises en charge et l'utilisation d'un langage commun
- Identifier des compétences à mobiliser tout au long du parcours des soins, par des actions de formations à développer.
- Favoriser les rencontres et les échanges interprofessionnels sous forme de formations actions, de journées professionnelles ou autour d'un projet commun.
- Recueillir les dysfonctionnements dans le parcours (avec les fiches d'évènements indésirables par exemple en collaboration avec la qualité) et conduire des retours d'expériences en équipe avec des plans d'actions d'améliorations.
- Proposer un lieu de consultation, une maison médicale proche de l'hôpital et inscrire cette volonté dans le projet de soins.
- Développer les hôpitaux de jour, les unités ambulatoires pour répondre aux besoins des patients.
- Participer aux réunions des syndicats de la ville afin d'écouter la parole des usagers sur l'offre de soins.

## 2.3 L'analyse des données

### 2.3.1 Des difficultés à plusieurs niveaux engendrent des problématiques de transmissions entre la ville-hôpital

#### A) L'absence de document unique

A travers les différents propos recueillis, l'élément qui intervient unanimement est l'absence de document unique entre la ville-hôpital pour assurer un relais de qualité et de sécurité des soins. La synthèse de sortie relative au séjour et la lettre de sortie suivie du compte rendu d'hospitalisation adressé au médecin traitant restent insuffisante. Les informations sont synthétiques, et les professionnels libéraux soulignent le manque de précisions sur l'évolution des traitements, les besoins de la personne, les actions sociales menées pour les personnes en situations de fragilités et complexes. Ils avouent se disperser lorsqu'ils doivent remplir les documents de sortie ; les modalités de transmission papier et dossier informatisé interne sont des sources d'erreurs pour les professionnels.

#### B) L'outil Via Trajectoire semble peu fonctionnel par les utilisateurs

Le transfert des patients en SSR est réalisé sur le logiciel Trajectoire. C'est une difficulté majeure pour les équipes soignantes et médicales car il semble que l'outil Trajectoire n'est pas très ergonomique. Les demandes sont jugées incomplètes de la part des structures d'hébergement. Nous constatons un manque de connaissance quant à l'utilisation du logiciel par les professionnels. Un médecin de la POS souligne « *L'outil Trajectoire c'est une fenêtre message qui arrive auprès des médecins qui font l'admission. Les structures font les réponses ; mais elles sont bien souvent pas très explicites, il y a pleins de techniques de répondre « non » soit le niveau de soins requis n'est dans le champ de compétence, soit le devenir social n'est pas complet* ».

Le logiciel Via Trajectoire est un logiciel du Groupement de Coopération Sanitaire SISRA. Initialement financé par l'ARS de Rhône-Alpes, Via Trajectoire a d'abord été déployé au niveau Régional avant d'être adopté par la majorité des ARS de France. Il est désormais financé par 21 régions de France<sup>30</sup>, et l'amélioration continue du logiciel est assurée dans le cadre d'un projet coopératif interrégional.

---

<sup>30</sup> Alsace, Aquitaine, Auvergne, Basse-Normandie, Bourgogne, Centre, Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Guadeloupe, Haute-Normandie, Île-de-France, Languedoc-Roussillon, Limousin, Martinique, Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais, Océan indien, Pays de la Loire, Picardie, Poitou-Charentes, Rhône-Alpes

Les principes de fonctionnement permettent d'identifier facilement les établissements capables de prendre en charge le projet de rééducation, réadaptation, réinsertion ou d'hébergement, nécessaire aux différentes étapes de la vie du patient. Sa particularité a été conçu pour identifier les établissements possédant toutes les compétences humaines ou techniques requises pour prendre en compte les spécificités de chaque personne et ce aussi bien dans les domaines sanitaires que médicosocial.

Les données géographiques permettent de visualiser les établissements proches du domicile de la personne ou de celui de sa famille. A travers les fonctionnalités du système, les professionnels de santé ou les gestionnaires des établissements médicosociaux, réalisent le dialogue par voie électronique sécurisée entre prescripteur de soins, demandeur d'hébergement et les établissements de la prise en charge concernés. Ces retards de transferts en SSR ou en hospitalisation à domicile suscitent une embolisation des lits d'hospitalisation et entraînent une augmentation des DMS pour d'autres raisons que médicales. Cette occupation des lits retarde la montée des patients en attente aux urgences et de fait embolies les urgences, et peut entraîner des déprogrammations de séjours de patients.

#### C) Le manque de connaissance des alternatives à l'hospitalisation

Les alternatives à l'hospitalisation sont méconnues des médecins et plus précisément les modalités de fonctionnement et d'admission des patients en HAD. L'élément retenu en premier intention par les équipes médicales est la possibilité de sortir le malade rapidement afin de libérer un lit très rapidement, conduisant ainsi les équipes à choisir les prestataires plutôt que l'HAD. C'est une vision centrée sur la gestion des lits. La culture hospitalière minimise encore un peu trop les besoins de la personne et les recommandations nécessaires à la prise en charge du domicile.

En effet, les sorties ne sont pas toujours anticipées et de fait engendrent un recours à des prestataires pas toujours adaptés à la situation complexe du malade et aux besoins exprimés par le patient en lien avec l'offre de la ville. Nous constatons auprès des unités qu'ils utilisent en moyenne une dizaine de prestataires identifiés qui répondent à un soin ou à un besoin de matériels particuliers. Selon les médecins, ils ne distinguent pas les différentes particularités d'interventions entre les prestataires et l'HAD. Malgré son adaptation à l'évolution hospitalière l'HAD intervient dans un délai maximum de 48 heures selon la complexité de la prise en charge pour organiser et coordonner les soins avec

le médecin traitant et les professionnels libéraux. Son rôle est centré sur une prise en charge globale du patient et d'évaluation des soins délivrés par une équipe pluri professionnelle au domicile. Et celle-ci assure un relais d'informations auprès des professionnels hospitaliers le cas échéant.

D) Les intervenants de la ville face aux difficultés de coordination et d'information

Les intervenants de la ville (médecins, infirmières libérales, SSR, HAD, EHPAD) soulignent avoir des difficultés à joindre un médecin référent du patient selon les périodes et les secteurs. Dans les unités oncologie et de gastrologie interrogées, une permanence des soins est assurée par un senior pour répondre à la demande d'un médecin traitant ou des urgences. Cette astreinte téléphonique est préconisée dans le cadre de la formalisation du parcours patient et la mise en place de patient traceur recommandé par l'HAS dans la certification V2014. Cette procédure évite des ré-hospitalisations par un passage aux urgences inapproprié. Cependant, nous constatons que le lien entre le médecin hospitalier et le médecin traitant est présent mais il reste encore insuffisant, par manque de temps et de disponibilité.

Nous observons à travers les intervenants de la ville, qu'il existe une réelle difficulté d'interface entre les différents professionnels (médecins traitant, libéraux, médecins hospitaliers) quant aux transmissions d'informations de la prise en charge du patient, en dépit de la création du Dossier Médical Personnel (DMP) instauré par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, et dans le prolongement des dispositions introduites par la loi de 2002 relative aux droits des malades. Mis en place en 2011, il était indiqué que ce dossier médical électronique avait vocation à être à la fois personnel et partagé.

En effet, son objectif est de renforcer le rôle du patient comme acteur de sa santé, en facilitant l'accès de celui-ci à ses données de santé, et d'améliorer la coordination et la qualité des soins prodigués, en favorisant la communication des données entre professionnels de santé. Dans sa phase de mise en œuvre, il a connu des retards et des difficultés, lesquels ont donné lieu à plusieurs rapports d'experts et à la création la création d'une structure aux compétences élargies, l'Agence des systèmes d'information de santé partagés (ASIP) qui regroupera le GIP-DMP (Dossier médical personnel), le GIP-CPS (Carte professionnelle de Santé), la partie interopérabilité du GMSIH (Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier).

Ces rapports soulignent que le projet du DMP n'a pas suscité jusqu'à présent une adhésion forte de la part des utilisateurs, qu'il s'agisse des professionnels de santé ou bien des patients. On constate même une certaine indifférence, voire des réticences plus ou moins marquées. Il convient donc en priorité de démontrer l'intérêt du DMP aussi bien pour les professionnels de santé, tant libéraux qu'hospitaliers, que pour les patients. Nous estimons à un peu plus de 400000 dossiers créés sur les 5 millions prévus par l'ASIP.

E) Des compétences obligatoires à réactualiser pour les professionnels libéraux

Et enfin, les HAD privé et public, nous soulignent le manque de compétences et de connaissances chez des infirmières libérales concernant des soins techniques (les manipulations des ports à Cath, les cathéters centraux). Ce manque de compétence limite le choix de recherche d'infirmières libérales au plus proche du domicile du patient.

Cependant, pour entretenir ces compétences, il est important de continuer à s'informer et à se former tout au long de sa vie professionnelle, d'autant que c'est désormais obligatoire par la création du Développement Professionnel Continu (DPC).

Instauré par la loi HPST du 21 juillet 2009, le DPC est devenu obligatoire à compter du 1er janvier 2013 en raison de la publication tardive des décrets d'application. Le DPC a pour objectif le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques. Il s'adresse à l'ensemble des professionnels de santé et il constitue une obligation quel que soit le mode d'exercice.

La HAS a pour mission de valider et de mettre à disposition des méthodes pour aider les professionnels à mettre en œuvre leur DPC.

### **2.3.2 Les actions et les moyens adoptées par les équipes soignantes pour fluidifier le parcours de soins sans ruptures**

A) Des moyens humains et techniques pour assurer le relais avec la ville

Les propos recueillis au sein de l'ETS public et de l'institut privé nous témoignent les actions et les moyens qui facilitent le lien entre les différents professionnels ville-hôpital. Nous retrouvons dans les unités d'oncologie des infirmières de coordination qui assurent le suivi du patient mais également coordonnent les soins extérieurs. Elles organisent la prise en charge la plus adaptée pour le patient en lien avec le médecin traitant et les libéraux au plus proche de son lieu de vie. Les unités de chirurgie qui ne possèdent pas de ce dispositif, on mit en place des permanences téléphoniques assurées par un senior

pour être le référent privilégié avec le médecin traitant. Ils évitent ainsi des ré-hospitalisations par les urgences pour le patient. Il existe aussi des procédures formalisées à l'attention des équipes hospitalières pour renforcer ces modalités de PEC en urgence. Au sein du CHU, il existe une commission pour dépister les fragilités médico-sociales des patients, qui réunit les équipes concernées, l'équipe de la POS, le PCME et un représentant de la direction des soins. Ces éléments renforcent le lien entre la ville et l'hôpital mais surtout évitent des éventuelles ruptures dans la continuité de la prise en charge du parcours de santé. Ces solutions élaborées par les établissements enquêtés rentrent dans le cadre du parcours des soins et des filières sur le territoire. Elles sont la déclinaison des actions émanant du projet médical partagé.

#### B) Les prestataires de soins à domicile

Quant à la sortie des patients, elle est assurée par des prestataires de soins à domicile ou l'HAD. Les professionnels font appel au service le plus adapté aux besoins du patient. Ces deux entités n'offrent pas les mêmes prestations de service. Les Prestataires de Santé à Domicile (PSAD) assurent la mise à disposition à domicile des services et des dispositifs médicaux nécessaires au traitement des patients (systèmes de perfusion, matériels d'assistance respiratoire, systèmes d'insulinothérapie par pompe externe, etc.) ou à la compensation de leur perte d'autonomie. Ils assurent un lien permanent avec les acteurs de santé, médicaux ou paramédicaux (médecins prescripteurs, médecin traitant, infirmier libéral, pharmacien). Selon les cas, les PSAD peuvent intervenir auprès du patient, soit de manière directe sur demande du médecin prescripteur (cas le plus fréquent), soit pour le compte d'autres acteurs, comme les pharmacies d'officine ou les structures d'HAD, dans le cadre de contrat de sous-traitance. Les prestations permettent l'utilisation de technologies complexes qui facilitent la mise en œuvre des traitements à domicile. Elles sont délivrées au patient sur prescription médicale et font l'objet d'un remboursement par l'Assurance Maladie sur la base des tarifs de responsabilité définis par la liste des produits et prestations remboursables.

#### C) L'Hospitalisation à Domicile persiste à se développer par manque de connaissances de ses missions

L'HAD est préconisée de façon systématique dans le secteur privé, elle est située au sein de l'institut. Au niveau du CHU, c'est l'HAD privé qui est sollicitée encore insuffisamment par les services par manque de connaissance. L'HAD démontre un enjeu de coopération entre la médecine de ville et l'hôpital.

En effet, une hospitalisation à domicile relève d'un choix du malade puisque le consentement de celui-ci est nécessaire. Et, quand on est pris en charge chez soi, il est souvent plus facile de vivre sa maladie ou de prendre son traitement en raison de la qualité de vie et de la présence de ses repères. Pour autant, cela n'est pas sans ambiguïté dans la mesure où laisser pénétrer chez soi des professionnels du soin n'est pas anodin. L'acte peut même être ressenti comme intrusif. Le rôle de l'entourage est alors souvent décisif. L'articulation entre les secteurs hospitaliers et ambulatoires est un des enjeux majeurs de l'HAD car cela doit permettre à l'hôpital de se recentrer sur ses missions propres. Mais il faut dire que le secteur libéral connaît assez mal l'HAD : seulement 5 % des admissions sont demandées par un médecin généraliste. La Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation A domicile (FNEHAD) se fixe comme priorité le rapprochement hospitalier-libéral avec pour principaux sujets de discussion la rémunération, la tenue du dossier patient, la participation à la permanence des soins (24heures/24) à laquelle le médecin libéral n'est pas habitué.

### **2.3.3 Les dispositifs de coordination sont des relais efficaces entre la ville et l'hôpital**

#### **A) La Plateforme Opérationnelle de Sortie : un pont entre la ville et l'hôpital**

La POS, instaurée au sein du CHU depuis 2014 est un service pluridisciplinaire dont les missions demandent un travail de lien important au sein même de l'hôpital, mais aussi avec les établissements partenaires extérieurs (SSR, EHPAD, HAD) et la médecine de ville (les professionnels libéraux, les prestataires de soins). L'idée est de répondre aux exigences de l'hôpital de demain : un hôpital "transitoire" sur le parcours de soins et qui renforce le maintien à domicile. Tout d'abord au sein des unités, elle va améliorer les modalités de sorties des patients en situations complexes. Ensuite, elle va accompagner l'équipe médico-soignante des services au repérage des patients vulnérables à l'aide d'une grille de détection des fragilités médico-sociales intégrée au dossier patient informatisé. La POS renforce aussi la communication avec la médecine libérale en adressant dès le jour de la sortie du patient un courrier d'information sur les modalités de sortie au médecin traitant. Ce courrier permet aussi de transmettre aux professionnels de la ville les coordonnées de la plateforme de sortie. Elle va jouer le rôle de plateforme de recours (en cas de besoin d'informations complémentaires...) permettant de recueillir un avis médical ou un renseignement. Elle évite des recours précoces aux urgences ou des ré-hospitalisations inutiles, en facilitant un retour direct dans le service d'origine.

Le patient et sa famille peuvent également solliciter l'équipe, notamment s'ils détectent une problématique entre les besoins et les ressources mobilisées.

D'un point de vue économique et financier, la POS réduit le nombre de séjours inappropriés en MCO, permet de réduire la durée moyenne de séjour. Elle a autorisé à rendre disponible 1000 jours par an d'hospitalisation conventionnelle sur une période de deux ans de fonctionnement.<sup>31</sup> En termes de qualité et de sécurité des soins, elle évite les ruptures de soins et les fragmentations de la prise en charge en assurant un suivi post hospitalisation à domicile et au téléphone. Elle renforce les liens entre la ville et l'hôpital.

B) La coordination des soins externes : une expertise soignante pour faciliter le relais avec la ville

La CSE est une équipe transversale d'infirmière de coordination, non médicalisée, mise en place par la direction générale de l'institut. La mise en place de la CSE et son développement au sein de l'institut, a été conditionnée par la nécessité de faire entrer les contraintes de la ville dans l'organisation de l'hôpital afin de rester proactif dans la fluidité ville-hôpital et de redéfinir les ressources mobilisables en interne et en externe sur le parcours de soins. L'objectif est aussi d'harmoniser les modalités de sorties des patients sur l'ensemble de l'établissement et de libérer les cadres de santé et les services de soins dans la gestion des sorties avec des soins complexes à domicile. La CSE est devenue un levier de réorganisation des parcours de soins en proposant des adaptations au regard des contraintes nouvelles de l'offre de soins et en étant le maillon entre toutes les structures d'amont et d'aval. Sa légitimité est établie dans l'organisation des relais avec la ville, et des habitudes de travail au sein des équipes soignantes de l'institut.

En effet, ce type de sortie impacte directement le temps de travail des équipes hospitalières dans l'organisation de la sortie elle-même, avec le besoin de faire intervenir plusieurs professionnels et de structurer la prise en charge au domicile. Cette étape de préparation de sortie nécessite une gestion attentive pour éviter plusieurs risques, pouvant se répercuter sur l'activité des unités de soins, comme : - des retards de sortie allongeant inutilement la Durée Moyenne de Séjour (DMS) , - des appels des patients ou des professionnels dans les unités de soins, après le retour à domicile, - des réajustements à distance pour des ordonnances mal formulées ou la délivrance des médicaments et du matériel de soins non organisé, - une non-réalisation des soins prescrits au domicile , - un retour non programmé du patient.

---

<sup>31</sup> Données DIM sur une expérimentation de 8 mois en 2016 : Sur 300 le nombre de prises en charge, 800 jours d'hospitalisations « récupérés », valorisation estimée à 400 000 euros avec un coût de fonctionnement annuel de 240 000 euros.

#### **2.3.4 Le projet médical partagé du Groupement Hospitalier de Territoire est formalisé, mais l'impact est à l'état embryonnaire**

Le projet médical partagé du GHT est élaboré avec l'ensemble des professionnels médicaux et soignants. Il est formalisé par la direction générale et l'ensemble des directions fonctionnelles dont la direction des soins par l'intermédiaire du projet de soins. Cependant, nous constatons à travers les professionnels interrogés que son impact au sein du territoire reste encore à définir et à construire. Des filières de soins sont à élaborer en collaboration étroite avec la ville et l'hôpital. Impulsée par la DG, il y a une politique de soins, centrée sur la co-construction des filières de soins avec l'ensemble des acteurs du territoire dans le but de développer les flux de transfert vers l'HAD, et les réseaux de santé. Nous observons également, une réelle motivation entre les médecins et les dirigeants du CHU et les professionnels des ETS parties de travailler ensemble mais le relais d'informations et de solutions ne sont pas optimal dans certaines disciplines. Le directeur de l'HAD privé, de filière médicale s'exprime : « *Ce qui manque : 1 présence médicale permanente, de mon point de vue, ils ne sont pas assez représentés (...). Ils sont les maîtres d'œuvre de la définition des filières et des modalités de fonctionnement mais ils sont peu impliqués, le travail est débuté mais l'approche est très schématique, implication progressive des médecins vers l'HAD* ».

Les dispositifs de coordination ville-hôpital mis en place dans les établissements public et privé sont issus du projet médical partagé. L'objectif étant de fluidifier les situations complexes, de sécuriser la qualité de la prise en charge avec les acteurs de premier recours et d'agir sur la gestion économique hospitalière. Ils mettent à disposition des professionnels pour guider le patient et son entourage en fonction de son éducation thérapeutique et de son niveau d'autonomie décisionnelle. Les stratégies médico-soignantes visent à l'orientation et l'intégration de la personne et des proches dans les réseaux de services existants autour du domicile.

#### **2.3.5 Le rôle du Directeur des Soins : un coordonnateur incontournable dans le parcours de santé**

Les nombreux témoignages nous permettent d'identifier le rôle fondamental du directeur des soins dans l'élaboration des filières de soins, et des parcours coordonnés en incluant la médecine libérale, les structures médicosociales, les alternatives à l'hospitalisation. Tous les hôpitaux publics ont eu l'obligation de se réunir en GHT et de définir ensemble des actions visant à la coopération, à la collaboration par la mise en place d'un projet de soins partagé du territoire.

Celui -ci s'inscrivant dans un projet médical partagé du territoire. C'est en effet, à l'échelle du territoire que s'organise l'offre de soins, au plus proche des besoins des professionnels et du patient proche de son domicile.

Dans ce sens, l'organisation de rencontre est insuffisamment développée par les DS vers les structures d'hébergements, et auprès des professionnels libéraux. Les raisons sont multiples, manque de disponibilité des deux parties, les partenariats peu développés avec les acteurs de la ville. Le territoire est très étendu, ce qui complique la mise en œuvre du projet de soins partagé par les médico-soignants au niveau des filières de soins.

Des étapes importantes du parcours de soins préoccupent les DS, qui nous ont précisé les difficultés rencontrées dans la continuité des soins, le suivi des intervenants entre la ville-hôpital, et le relai des informations entre les professionnels.

Ces différentes problématiques freinent les sorties, embolissent les urgences et augmentent les DMS. Les unités réalisent très peu de retours d'expériences pour analyser les ruptures ou les fragmentations dans la PEC. Afin d'y répondre, des moyens humains et des dispositifs de coordination, des commissions de détections des fragilités ont été créés, pour répondre en partie à ces obstacles de coordination, d'informations sur la PEC. Néanmoins, l'implication du DS est visible dans le souhait de converger les systèmes d'information entre la ville et l'hôpital mais la tâche est immense pour récolter les bénéfices pour le patient. Les unités travaillent pour harmoniser les différents supports à leur disposition dont le DS joue un rôle d'accompagnement, d'aide méthodologique à l'élaboration de chemin clinique en lien avec la ville.

Les DS sont confrontées à de nombreux enjeux dans la coordination et la fluidification du parcours : enjeu d'accessibilité aux soins, enjeu de qualité et de sécurité des soins, enjeu d'innovation et d'évolution des besoins de santé des usagers et enfin d'évolution des métiers de la santé.

## **2.4 La réponse aux hypothèses**

### Hypothèse 1

La coordination de l'ensemble des professionnels du sanitaire et du médico-social en amont et en aval de l'hospitalisation évite les ruptures ou les fragmentations dans la prise en charge du patient à son domicile. Cette hypothèse est validée par l'ensemble des actions et des moyens mis en place par les établissements et les professionnels concernés par ces problématiques.

### Hypothèse 2

La fluidification des parcours de santé passe par l'émergence de nouveaux métiers et des dispositifs dans le champ de la coordination au sein de l'hôpital et de la ville. Nous pouvons valider cette hypothèse. En effet, la présence des professionnels au sein des nombreux dispositifs implantés dans les lieux enquêtés garantit l'organisation d'un suivi concernant la PEC du patient à la sortie avec les professionnels de la ville sur des situations complexes. Ils organisent le cas échéant des visites des professionnels au domicile si la situation est complexe : médecins, infirmiers, aides ménagers, auxiliaire de vie, psychologue, ergothérapeute, kinésithérapeute.

### Hypothèse 3

Le projet médical partagé au sein du GHT est un élément favorisant un parcours de santé sans rupture si l'on se réfère aux outils mis en place par les professionnels et les directions des établissements. Cependant, les résultats doivent être pondérés car l'enquête de terrain ne permet pas de garantir la globalité de cette hypothèse qui concerne le territoire et l'ensemble des acteurs extrahospitaliers.

### **3 Les préconisations pour une coordination ville-hôpital efficiente au sein du Groupement Hospitalier de Territoire**

#### **3.1 L'implication du Directeur des Soins : un projet de soins partagé coordonné avec les acteurs du territoire vers la ville**

La mise en place des GHT repose sur l'organisation de la gradation des soins hospitaliers et le développement des stratégies médicales et soignantes au niveau d'un territoire. Pour contribuer à des parcours de soins performants, cette mise en place doit prendre en compte les autres temps de la prise en charge et donc les autres acteurs dont ceux du premier recours, de l'HAD ou des soins de proximité avec les hôpitaux de proximité<sup>32</sup>.

Le premier recours, repose soit sur des dispositifs communs (santé, social, éducatif, associations, etc.), soit sur des propositions des professionnels libéraux. L'avis de l'ensemble de ces professionnels doit donc être pris en compte dans l'élaboration des PMP et dans l'organisation des parcours de soins sur un territoire, même si les liens entre ces acteurs sont souvent peu développés. Pour cela, le DS participe au travers du projet médical partagé élaboré avec le DG, le PCME et les directions fonctionnelles à la formalisation des objectifs contractualisés au travers des contrats de Pôles en faveur d'un axe de travail concernant le coordination ville/hôpital, son suivi et son évaluation. Des indicateurs de suivis sur le taux de recours aux prestataires, à l'HAD, aux structures d'hébergement permettront d'orienter les stratégies médico-soignantes autour de ces structures. L'HAD constitue un passage de plus en plus fréquent pour un nombre important de patients pris en charge dans les structures hospitalières. Les études ou essais n'ont pu démontrer que l'HAD constituait une alternative moins coûteuse que la prise en charge à l'hôpital ou que l'état de santé était amélioré par rapport à une prise en charge hospitalière. Cependant, les patients pris en charge à domicile sont généralement plus satisfaits que ceux traités en hospitalisation classique. « *La mise en œuvre des GHT doit donc être l'occasion de mieux articuler la prise en charge en HAD avec la prise en charge hospitalière dans un parcours de soins coordonné (recommandation HAS 2009)* ».

Notre étude a souligné le manque de connaissances concernant les modalités de fonctionnement des HAD au profit des prestataires de soins. Ainsi, nous développerons

---

<sup>32</sup> La réforme des hôpitaux de proximité. Guide méthodologique de la DGOS. [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide\\_hopitaux\\_proximites-2.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_hopitaux_proximites-2.pdf)

les alternatives à l'hospitalisation à domicile au sein de l'hôpital par des campagnes d'informations auprès des équipes soignantes et médicales. A ce titre, le rôle stratégique du directeur de soins dans l'élaboration du projet de soins partagé est fondamental pour rassembler les acteurs du territoire et coordonner le parcours de santé avec l'ensemble des professionnels hospitaliers et ceux de la ville. En tant que président de la Commission des Soins Infirmière, de Rééducation et Médico-Technique du Territoire, il doit favoriser ces actions par l'élaboration d'axes de travail qui traduisent cette volonté de mettre du lien entre les professionnels hospitaliers et les libéraux (plans d'actions, échéanciers, indicateurs de suivi, évaluations).

### **3.2 La communication pour développer la collaboration extrahospitalière**

La communication a un rôle central dans la dynamique de coordination des intervenants de la ville/hôpital. C'est par l'intermédiaire d'un réseau de Santé bien connu et particulièrement identifié par les professionnels que la fluidification du parcours de santé peut se réaliser et éviter les ruptures de soins. Dans ce sens, notre rôle de coordonnateur des activités paramédicales prend toute sa place au sein de l'institution. Nous interviendrons pour être le pilote avec le DRH des temps de rencontres avec les professionnels libéraux et l'encadrement sous la forme de séminaires, de colloques, de réunions de travail. Ces temps seront l'occasion d'échanger sur les difficultés rencontrées et de définir conjointement des plans d'actions adaptées aux problématiques. Ils seront aussi l'occasion de construire des réseaux communs de communication et de partager des actions de formation par exemple à l'attention des professionnels libéraux. Des réunions plus restreintes avec les médecins et les professionnels libéraux peuvent être initiés pour formaliser des parcours de soins, partager et analyser les dysfonctionnements pour tirer « les leçons » des erreurs et améliorer en continue la coordination du parcours de santé entre la ville et l'hôpital. Des rencontres avec la FNEHAD, des représentants des différents Unions Régionales des Professionnels de Santé (médecins, personnels non médicaux), des Fédérations de Prestataires de Santé à Domicile en lien avec le PCME et des membres des directions fonctionnelles pourront être organisées afin de dynamiser et de construire la relation ville-hôpital.

### **3.3 La constitution des Plateformes Territoriales d'Appui et la création des maisons de Santé**

Dans la coordination des intervenants ville-hôpital, les enjeux auxquels doivent répondre le DS sont multiples ; des enjeux médico-économiques, des enjeux de qualité et de sécurité des soins. En effet, nous avons constaté auprès des professionnels interrogés que des fragilités médico-sociales rencontrées dès le début du séjour hospitalier engendrent des sorties complexes vers les réseaux de Santé et l'HAD et retardent les sorties. Afin de diminuer la DMS pour d'autres raisons que médicales, d'éviter des hospitalisations aux urgences, et des coûts médicaux inutiles, la direction générale des établissements audités a mis en place des dispositifs de coordination pour lever ces obstacles à la fluidification des parcours de soins (POS, CSE). Ces dispositifs coordonnent la sortie avec les unités et les structures d'aval, évitent des ruptures de soins.

Cependant, nous pouvons aller plus loin dans la coordination du parcours de santé, en instaurant des Plateformes Territoriales d'Appuis<sup>33</sup> (PTA) avec le soutien de l'ARS et des politiques locales et des médecins libéraux. Cette création doit être inscrite au projet d'établissement qui reflète la politique de soins de la structure. La loi santé prévoit la mise en place de fonction d'appui pour la coordination des parcours de santé complexes qui visent à apporter une réponse aux professionnels, et en particulier aux médecins traitants, dans la prise en charge des situations alambiquées. En effet, les professionnels de santé, et en particulier les médecins traitants, sont de plus en plus souvent confrontés à des patients qui présentent plusieurs pathologies, elles-mêmes associées à des problèmes sociaux, psychosociaux ou économiques face auxquels un soutien est nécessaire.

Le DS apportera son expertise réglementaire dans l'organisation des soins, les pratiques professionnelles auprès des élus locaux et des partenaires professionnels. Avec l'encadrement et les équipes soignantes, il coordonnera la démarche projet des PTA avec le PCME et les chefs de pôle, les CPP. Les fonctions d'appui de la plateforme ont pour objectif d'apporter trois types de services aux professionnels. Le premier est un rôle

---

<sup>33</sup> Décret n° 2016-919 du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes Art. D. 6327-4.-I.-La plate-forme territoriale d'appui vient en soutien à l'ensemble des professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux qui ont besoin de recourir à des compétences complémentaires pour les patients relevant d'un parcours de santé complexe.

« Le médecin traitant, ou un médecin en lien avec ce dernier, déclenche le recours à la plate-forme. Si un autre professionnel que le médecin traitant souhaite déclencher le recours à la plate-forme, le médecin traitant est systématiquement contacté par le professionnel requérant, ou à défaut par la plate-forme, afin de valider le déclenchement.

d'information et d'orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales de leurs territoires afin de répondre aux besoins des patients. Le deuxième point est un appui à l'organisation des parcours complexes pour coordonner les interventions des professionnels du sanitaire, du médico-social et du social autour du patient. Et enfin un soutien aux pratiques et initiatives professionnelles qui sera centré sur l'organisation, la qualité et la sécurité des parcours, l'accès aux soins en apportant une aide opérationnelle et logistique aux projets des professionnels.

Pour aller plus loin, nous souhaiterons contribuer à l'installation des maisons de santé proche de l'hôpital avec le maire et les élus politiques du territoire. Nous organiserons avec le DG, le PCME, les directions : DAF, DIM, Qualité et la Commission des Usagers des temps de rencontres avec les élus locaux du Conseil Régional pour construire ensemble le projet de santé de ces pôles de santé en établissant des conventions et des partenariats. Nous travaillerons en concertation avec la Conseillère Technique du Territoire pour formaliser ensemble le projet local ou Régional de Santé du Territoire. Celui-ci doit se baser sur l'analyse et la prise en compte des besoins de santé d'une population et de l'état de l'offre de soins du territoire. Ce projet de santé sera le socle de fonctionnement de la maison de santé. Dans cette perspective, elle doit être un lieu avec un certain nombre de services et doit fédérer les professionnels hospitaliers et libéraux autour de projets de prévention et de promotion de la santé, d'offres de soins primaires, d'activités paramédicales, d'accès aux réseaux de santé, de consultations de spécialistes, et de permanence de soins.

### **3.4 L'émergence de nouveaux métiers en lien avec les parcours de santé du territoire**

- A) Des infirmières de coordination vers le développement des pratiques avancées en concertation étroite avec les médecins

Le plan Cancer 2009-2013, a recommandé l'expérimentation d'IDEC en cancérologie, montrant un impact positif sur la fluidification des parcours de soins. Le plan cancer 2014-2019 oriente leurs missions vers les cas complexes. Dans le cadre de notre étude, nous avons rencontré des IDEC au sein des Pôles Oncologique, mais également au sein des différents dispositifs institutionnels (POS-CSE). Les missions confiées à ces professionnels témoignent de l'évolution du système de santé concernant l'exercice de la profession.

Le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques orientent aussi ces évolutions qui requièrent des formations et des compétences spécifiques. La Pratique Avancée (PA) en France est un terme générique qui désigne : « infirmière clinicienne spécialisée » comprenant des activités dérogoires à la réglementation en vigueur (ex. transfert d'activités médicales)<sup>34</sup>. La pratique avancée est une spécialisation dans un domaine de la clinique de niveau master, centrée sur les activités de soins. Elle intervient après la formation initiale d'infirmière et reflète une expertise soignante. Dans ce sens, notre rôle sera de définir avec la DRH la mise en place des formations continues, notamment dans le cadre du DPC à destination des équipes pluri-professionnelles concernant les nouvelles modalités d'exercice. Pour cela, un diagnostic interne sur l'existence des parcours sera indispensable pour identifier avec les équipes soignantes et médicales de la nécessité d'étendre ces nouveaux métiers de coordination en cancérologie à d'autres disciplines.

#### B) Les bed managers : gestionnaires de flux et des séjours d'ordonnancement

Dans le cadre de l'élaboration des filières de soins ; des dispositifs ont été mis en place par les établissements audités. Néanmoins pour compléter ces dispositifs d'amélioration des sorties complexes, nous pourrions mettre en œuvre une cellule de gestion des lits, d'ordonnancement des séjours et ainsi créer la fonction de bed manager en étroite collaboration avec les chefs de pôle, les cadres, et le service des urgences. Pour affiner cette démarche, nous travaillerons avec le DG, le PCME, les directions fonctionnelles et les responsables des services sur les organisations des soins afin de réduire la DMS, d'adapter les capacités à l'activité réelle des services et de développer l'ambulatoire. Notre attention portera sur la mise en place des procédures de préparation de la sortie, de développer une culture de parcours et de sortie avant 12 heures. Et enfin, nous contractualiserons avec les pôles /les urgences sur une « charte des hébergements » personnalisée avec les services cliniques. Nous évaluerons ce dispositif avec des indicateurs de qualité et de performance.

#### C) Les case managers facilitent les situations complexes

Dans certaines situations complexes, les aides ponctuelles ne suffisent pas à la coordination et à l'organisation des parcours. Nous constatons que l'intervention d'une

---

<sup>34</sup> Agence Régionale de Santé, 2013, « Infirmière clinicienne spécialisée : éléments de cadrage pour les missions, la formation et l'emploi », 5 p.

tierce personne (ou case manager) est nécessaire pour assurer la coordination et le suivi de façon complémentaire, et en articulation avec l'équipe de soins de santé primaire. Dans ce sens, les case managers interviennent directement auprès des patients pour les aider, les accompagner, coordonner le parcours de santé et faciliter leur accès aux prestations nécessaires. Le concept de case management recoupe des approches très diverses. Initialement développé en Amérique du Nord dans la prévention de la pauvreté. Selon les sociétés américaines et australiennes le « case management » *est une démarche collaborative d'évaluation des besoins, de planification, de facilitation, de coordination des soins, d'évaluation et défense des intérêts, dont le but est de répondre aux besoins de santé complexes d'un individu par la communication, et grâce aux ressources disponibles avec un objectif d'efficience et de qualité*<sup>35</sup>. Nous pouvons nous appuyer sur ces études pour innover auprès des professionnels ce concept, qui nécessite de l'expérience, et des aptitudes d'organisations et relationnelles importantes. En lien étroit, avec le DRH nous pourrions formaliser ce nouveau métier aux profils spécifiques avec les professionnels de terrain.

### **3.5 Le management par la clinique : la gouvernance par la clinique**

Notre enquête de terrain a permis de mettre en évidence l'importance des relais d'informations et de transmissions écrites et orales entre les professionnels hospitaliers et les libéraux. Ces échanges de communication sont des leviers de fluidification des parcours de santé. Les professionnels utilisent plusieurs outils destinés à la transmission d'informations : le recueil de donnée, la fiche de liaison infirmière, la lettre de sortie. Les acteurs précisent que la multiplication de ces outils favorise les ruptures dans la transmission des informations et la PEC à son domicile. Le parcours de soins nécessite de coordonner et d'harmoniser les pratiques professionnelles autour d'un raisonnement clinique commun partagé avec les médecins et les soignants. Le concept de la clinique provient d'Angleterre à la fin des années 1990, dont l'évaluation est définie par des indicateurs d'efficience et de qualité des soins délivrés aux patients. Cette démarche clinique repose sur l'élaboration des parcours patients, des plans de soins types, les chemins cliniques, et des guides de séjours selon un modèle tri focal. Ce modèle repose sur des transmissions ciblées qui identifient la pathologie, les complications réelles ou potentielles et enfin les réactions humaines physiques et psychologiques.

---

<sup>35</sup> Haute Autorité de Santé, septembre 2014, Note méthodologique et de synthèse documentaire, « Coordination des parcours. Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires ? », 46 p.

Le rôle du Directeur de Soins sera d'accompagner et de former les managers autour de ce raisonnement clinique auprès des équipes soignantes dans le but de décloisonner les équipes pluri professionnelles autour d'un projet collectif : des soins coordonnés dans le dossier patient informatisé pour sécuriser la prise en charge de l'utilisateur.

### **3.6 Accroître le système d'information existant pour améliorer les échanges et la communication ville - hôpital**

Les professionnels libéraux ont peu de temps, ils demandent des informations accessibles, rapides, et sécurisées dès la sortie. Nous avons identifié à travers notre étude, que les prises en charge en oncologie et en chirurgie évoluent vers le domicile. Et les situations complexes rencontrées occasionnent des allers et retours entre la ville et l'hôpital plus fréquemment. Ces mouvements sollicitent fortement les professionnels de premier recours ; en première ligne le médecin traitant, et les IDE au domicile et ensuite les pharmaciens dans leur rôle de conseil et d'information des effets des traitements.

La principale difficulté identifiée lors des entretiens réside sur les échanges d'informations entre la ville-hôpital lors des moments clés du parcours de soins : les transmissions écrites et orales. Les équipes hospitalières soulignent un défaut d'information sur la connaissance de l'environnement psychosocial du patient et sur les éléments issus de la surveillance au domicile.

Pour cela, en tant que futur DS, nous devons poursuivre les recommandations des différents plans nationaux par la mise en place d'un dossier communicant informatisé devant répondre aux besoins des professionnels en termes de contenus et d'échanges spécifiques avec l'Inca, le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, les ARS et avec l'appui de l'ASIP santé.

Dans le cadre du GHT, le rôle du DS sera de déployer le DMP et les messageries sécurisées en santé et soutenir les expériences d'ouverture des systèmes d'information communicant permettant aux médecins de la ville et de l'hôpital, ainsi qu'aux pharmaciens d'officine d'accéder aux données hospitalières.



## Conclusion

Le système de santé évolue considérablement vers le parcours de santé, le parcours de soins coordonné avec l'ensemble des professionnels de la prise en soins. En lien, avec l'offre de santé, les besoins du territoire, de la population et des usagers, l'hôpital est centré sur les technologies lourdes et les phases aiguës des traitements. Cependant, il doit s'ouvrir davantage vers la prise en charge de ville, des réseaux de santé et des alternatives à l'hospitalisation.

Notre étude témoigne des difficultés que rencontrent les professionnels hospitaliers et libéraux dans la coordination du parcours de santé entre la ville et l'hôpital. Aussi, nous avons pu identifier le rôle du Directeur des Soins dans la création de dispositif de coordination ayant pour objectif de fluidifier le parcours de soins du patient, de prévenir les situations complexes et de concevoir l'émergence de nouveaux métiers. Ces dispositifs ont aussi vocation à réduire la durée moyenne de séjour et de réduire les coûts engendrés par un séjour trop long.

L'étude qualitative de nos deux terrains d'étude nous révèle la nécessité en tant que leadership des managers de trouver des solutions pour articuler les informations médico-soignantes entre les professionnels hospitaliers et les libéraux. Les réseaux de santé et l'hospitalisation à domicile sont des partenaires indispensables pour assurer des soins au domicile du patient.

En effet, les systèmes d'informations doivent s'étendre et converger pour donner les moyens au médecin traitant, aux libéraux et aux différentes structures médico-sociales d'assurer un suivi de qualité et de sécurité des soins au domicile du patient. Les maisons de Santé doivent être l'opportunité de décloisonner l'exercice hospitalier et libéral par des équipes pluridisciplinaires.

C. Trempe<sup>36</sup> aux 15èmes Journées Nationales d'étude des Directeurs des Soins 2017 précise « *Il est nécessaire de communiquer et de communiquer et de toujours communiquer afin d'assurer l'appropriation et le sens de la transformation, il vaut mieux penser le changement* ».

---

<sup>36</sup> Président directeur générale de l'Association des Cadres Supérieurs de la Santé et des Services du Québec.

Le Directeur des Soins membre du Directoire contribue à l'élaboration des stratégies à travers le projet d'établissement pour une période de cinq ans. Aussi, les différents Plans Nationaux de Santé, le Programme Régional de Santé guident les établissements de santé pour innover des projets mettant en lumière les expertises médico-soignantes au profit des usagers (télémédecine, téléconsultation, e-santé, les plateformes d'appui territoriales, des équipes mobiles de territoire). Ce qui offre de vraie opportunité pour les professionnels, et permettre au Directeur des Soins de fédérer les équipes soignantes autour de projets médicaux, de projets de recherche et d'innovation.

Le grand défi de demain pour le Directeur des Soins est de mener cette coordination à l'échelle du territoire avec les acteurs pluri professionnels autour d'un Projet des Soins du Territoire qui s'insère dans un Projet Médical Partagé du Territoire.

---

## Bibliographie

---

### ARTICLES

ABRAHAM Eliane, DUHAMEL Gilles, EVIN Claude, FERRY-LEMONNIER et al., juin-juillet 2014, « La médecine de parcours à l'épreuve des faits, quels enjeux pour les dirigeants en santé ? », Gestions hospitalières, n° 537, pp.377-380.

AUTES Michel, DUFAY GUYTE Marie, 2009, « Maisons de santé et aménagement du territoire : une dynamique », Santé Publique, n° hors-série, pp 112.

BARRE Stéphanie, HOUDART Laurent, 1998, « les statuts juridiques des réseaux », ADSP actualité et dossier en santé publique, n°24, pp. 18-20

BEJEAN Sophie & GADREAU Maryse, 3e trimestre 1997, « Concept de réseau et analyse des mutations récentes du système de santé », Revue d'économie Industrielle, n° 81, pp. 77- 97.

BOCHER Rachel, février 2016, « Filières de soins et optimisation du temps médical », Grant Thornton- Finances hospitalières- Santé RH, pp. 10-11.

BUDET Jean-Michel, octobre 2015, « Les nouveaux territoires de l'hôpital », Gestions hospitalières, n° 548, pp.412-443.

CARTIER Thomas, MERCIER Alain, DE POUVOURVILLE Nathalie, HUAS Caroline, RUELLE Yannick, ZERBIB Yves, et al.,2014, « Constats sur l'organisation des soins primaires en France », La revue française de médecine générale », volume 23, n°101, pp. 65-70.

CORDIER Alain, septembre 2014, « Les parcours de soins et de santé sont-ils une évolution inéluctable de notre système de santé ? », ADSP, n° 88, pp. 43- 45.

DEPINOY Dominique, MOYAL Anne, GUIRAL Alec, 2015, « Quels enjeux territoriaux pour l'hôpital ? », Finances hospitalières, pp 50

DE MONTALEMBERT Pierre, juin/juillet 2015, « Les groupements hospitaliers de territoire : Perspectives et questionnements », Gestions hospitalières, n° 547, pp.334-338.

FUZ Dr Diane, PANIEGO Audrey, janvier-février 2015, « Plateforme opérationnelle de sortie : Un projet novateur, fluidifiant et sécurisant la sortie qui fait ses premières preuves au CHU de Nîmes », Techniques Hospitalières, n° 749, pp. 55-56.

GALLET Bruno, février 2016, « Le GHT : un outil de ruptures » aux modalités de fonctionnement ambiguës », Finances hospitalières, pp. 12-13.

MINVIELLE Etienne, 2000, « Réconcilier standardisation et singularité : les enjeux de l'organisation de la prise en charge des malades », Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, vol.7, n° 1, pp.8-22.

MORIN Philippe, avril 2014, « De la Stratégie Nationale de santé à la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires : Chronique d'une réforme inversée », Les Cahiers de la Fonction Publique, n°342, pp.79-83.

OLLIVIER Roland, MINVIELLE Etienne, juin-juillet 2014, « La médecine de parcours à l'épreuve des faits. Quels enjeux pour les dirigeants en santé ? », Gestions hospitalières, n° 537, pp.376-383.

PACHTCHENKO Lydie, janvier-février 2015, « Décloisonnement ville-hôpital : l'organisation novatrice des hôpitaux privés de Metz », Techniques Hospitalières, n° 749, pp.53-54.

VINAS Juan manuel, LARCHER Pierre, DURIEZ Marc, Septembre 1998, « Réseaux de Santé et Filières de Soins : le patient au centre des préoccupations », ADSP Actualité et dossier en Santé Publique, n°24, pp. 14- 26.

ZACHARIE Clémence, TACHON Raoul, DEPILOY Dominique, et al, 2015, « Relation ville-hôpital : relever le défi pour améliorer les parcours des patients sur un territoire », Finances hospitalières, pp. 11-16.

## **OUVRAGES**

CLEMENT Jean-Marie, CLEMENT Cyril, octobre 2011, Mémento de droit hospitalier : les indispensables, 14<sup>ème</sup> édition, Berger Levrault, 420 p.

BALY Olivier, CAZIN Léo, DESPATIN Jane, et al., 2016, Management hospitalier et territoires : Les nouveaux défis, Presses des Mines, 240 p.

Marie-Aline Bloch, Léonie Hénaut, 2014, Coordination et parcours : la dynamique du monde sanitaire, social, et médico-social, Dunod, Paris, 307p.

## **RAPPORT, GUIDES METHODOLOGIQUES, DOSSIERS**

Agence des Systèmes d'Informations Partagés de santé, 2009, Programme de relance du DMP et des systèmes d'information partagés de santé, 55 p.

Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation, 2015, Analyse de l'activité hospitalière régionale, 240 p.

Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation, 2011, Rapport sur l'activité d'hospitalisation à domicile, 66 p.

Agence Régionale de Santé, janvier 2016, « Parcours de soins Parcours de sante Parcours de vie, Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers » Lexique d'A à Z, 92 p.

Agence Régionale de Santé, 2013, « Infirmière clinicienne spécialisée : éléments de cadrage pour les missions, la formation et l'emploi », 65 p.

BARBOT Jean Marie, BOCHER Rachel, COUTURIER Philippe, Février 2016, Groupements Hospitaliers de territoire « Mise en place des GHT : de la théorie à la pratique », Grant Thornton- Finances hospitalières- Santé RH, 37 p.

Direction Générale de l'Offre de Soins, octobre 2012, Guide méthodologique « Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? », 77 p.

Direction Générale de l'Offre de Soins, août 2015, Rapport d'activité 2014, 73 p.

Haute Autorité de Santé, septembre 2014, Note méthodologique et de synthèse documentaire, « Coordination des parcours. Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires ? », 46 p.

Haute Autorité de Santé, 2016, Recommandations Guide Patient Traceur en ville, 5 p.

Haut Conseil de la Santé Publique, mars 2017, GHT et santé publique, 46 p.

HUBERT Jacqueline, MARTINEAU Frédéric, mai 2015, « Mission Groupements hospitaliers de territoire », rapport intermédiaire, Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, 52 p.

Inspection Générale des Affaires Sociales, CORLAY Delphine, KIOUR Abdelkrim, mai 2014, Synthèse des débats régionaux, 63 p.

Ministre des Affaires sociales et de la Santé, Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, février 2014, Plan cancer III 2014- 2018 guérir et prévenir les cancers : donnons les mêmes chances à tous, partout en France, 146 p.

Ministre des Affaires sociales et de la Santé, septembre 2013, Stratégie Nationale de Santé, ce qu'il faut retenir, 10 p.

Ministre des Affaires sociales et de la Santé, et des droits des femmes, octobre 2014, Dossier de presse, Projet de loi de santé « changer le quotidien des patients et des professionnels de santé », 18 p.

VINAS Juan manuel, LARCHER Pierre, DURIEZ Marc, Septembre 1998, « Réseaux de Santé et Filières de Soins : le patient au centre des préoccupations », ADSP Actualité et dossier en Santé Publique, n°24, 52 p.

### **MEMOIRES D'ETUDES**

CHAPDANIEL S, FERNANDEZ M, VOIRIN M, 2015, Présentation de la fonction d'infirmier(e) en pratiques avancées, destinée aux cadres de santé, cadres supérieurs et cadres de pôles, Mémoire : Master 1 Sciences cliniques infirmières, 27 p.

HOUSSET Jacky, 2013, Faciliter les parcours des personnes âgées suite à une hospitalisation. Le territoire de Santé : un enjeu de coordination pour le directeur des Soins, Mémoire Directeur des Soins : EHESP, 55 p.

### **TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES**

MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION HUMANITAIRE. Décret n°92-1102 du 2 octobre 1992 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-2 du code de la santé publique en application de l'article L. 712-9 (3°) de ce même code. (Visité le 07.08.217), disponible sur internet :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000176209>

MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION HUMANITAIRE. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1) JORF du 5 mars 2002 page 4118 texte n° 1. (Visité le 11.08.217), disponible sur internet :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&dateTexte=&categorieLien=id>

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, JORF, n°0190 du 17 août 2004 page 14598 texte n° 2. (Visité le 10.08.2017), disponible sur internet :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000625158&categorieLien=id>

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Loi N°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF, n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184 texte n° 1. (Visité le 08.08.2017), disponible sur internet :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. JORF, n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184 texte n° 1. (Visité le 11.07.2017), disponible sur internet :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Décret n° 2016-919 du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes, JORF, n°0156 du 6 juillet 2016 texte n° 23

(Visité le 12.08.2017), disponible sur internet :

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/7/4/AFSH1615842D/jo>

MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire, JORF n°0101 du 29 avril 2016 texte n° 24 (Visité le 10.08.2017), disponible sur internet :

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/4/27/AFSH1609031D/jo>

MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE Décret n° 2016-919 du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes, JORF n°0156 du 6 juillet 2016 texte n° 23 (visité le 17.09.2017),

disponible sur internet :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032848079&dateTexte=&categorieLien=id>

## **SITE INTERNET**

(Visite le 10.06.2016), disponible sur internet : [www.social.gouv.fr](http://www.social.gouv.fr)

(Visité le 14.08.2017), disponible sur internet : <http://www.fnehad.fr/>

(Visité le 4.09. 2017)disponible sur internet : <https://viatrajectoire.sante-ra.fr/Trajectoire/#1>

(Visité le 4.09.2017) disponible sur internet : <http://esan>

---

## Liste des annexes

---

ANNEXE 1 : Activité HAD 2015 en France et DOM-TOM

ANNEXE 2 : Guide d'entretien des Directeurs des Soins

ANNEXE 3 : Guide d'entretien des infirmières

ANNEXE 4 : Guide d'entretien des cadres

## **ANNEXE 1 : Activité de l'HAD en France et DOM-TOM**

Activité HAD 2015 en France et DOM-TOM

Source PMSI ATIH

<b>Journées et patients en milliers</b>	<b>Nombre d'établissements</b>	<b>Nombre de patients</b>	<b>Nombre de journées</b>	<b>Evolution du nombre de journées 2014/2015</b>
Auvergne-Rhône-Alpes	<u>32</u>	<u>10,7</u>	<u>532,5</u>	-1,3%
Bourgogne-Franche-Comté	21	3,6	158,8	+13,4%
Bretagne	13	4,8	197,5	+4,2%
Centre-Val de Loire	14	4,7	171,3	-0,9%
Corse	5	0,6	33,2	+5,5%
Grand-Est	31	6,8	277,3	+7,6%
Guadeloupe	9	1,2	121,0	+7,8%
Guyane	3	1,0	52,9	+1,5%
Hauts-de-France	<u>32</u>	10,1	<u>499,8</u>	+4,3%
<b>Ile-de-France</b>	<b><u>14</u></b>	<b><u>27,1</u></b>	<b><u>901,2</u></b>	+4,5%
Martinique	1	0,3	14,3	-10,4%
Normandie	27	5,1	196,4	+7,0%
Nouvelle-Aquitaine	<u>30</u>	9,8	<u>519,4</u>	+11,5%
<b>Occitanie</b>	<b><u>36</u></b>	<b><u>7,7</u></b>	<b><u>309,5</u></b>	<b>-1,7%</b>
Pays de la Loire	10	5,0	195,8	+3,8%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	23	5,7	357,1	+2,4%
Réunion	7	1,2	69,7	-0,5%
<b>Total</b>	<b>308</b>	<b>105,0</b>	<b>4 607,5</b>	<b>+4,1%</b>

## **ANNEXE 2 : Guide d'entretien des Directeurs des Soins**

1 Combien de parcours de soins sont élaborées au sein de votre hôpital et du GHT ?

2 Sont-ils rattachés à une filière de soins médico-soignante ?

3 Quel est votre diagnostic sur la cohérence du parcours au sein de l'hôpital et du GHT ?

4 Existe-t-il des dispositifs de coordination au sein de votre hôpital et du GHT ?

Lesquels ?

5 Quels sont les missions de ces dispositifs et le rôle des différents acteurs professionnels ?

6 Quand ont-ils été créés ?

- Répondent-ils à un besoin des professionnels ? de l'hôpital ?
- Répondent-ils à un besoin du patient ?
- Répondent-ils à un besoin du territoire ?

7 Quels sont les difficultés rencontrées par les professionnels au niveau de la coordination du parcours de soins ?

8 Quels sont les freins rencontrés par les professionnels vis-à-vis des réseaux de santé, de l'HAD ?

9 Quels sont les obstacles rencontrés par les professionnels de la ville vis-à-vis des professionnels hospitaliers ? (Médecins, les réseaux, HAD, les professionnels libéraux)

10 Quelles peuvent être les actions à mener entre l'hôpital/ville pour fluidifier la coordination du parcours Patient /soins à son domicile ?

11 A votre avis quel rôle doit apporter le DS dans cette coordination ville -hôpital ?

12 Quelles sont les étapes clés du parcours du patient qui vous préoccupent le plus aujourd'hui ?

13 A quels enjeux doivent répondre le DS par rapport à la création des dispositifs de coordination ?

14 Existe-t-il un axe de projet relatif à la coordination ville-hôpital dans le projet médico-soignant de l'hôpital et du GHT ? (Orientations stratégiques de l'établissement)

- Si oui ? Pensez-vous qu'il soit un vecteur favorisant à un parcours sans rupture pour les patients ?
- Si non ? Quels sont les moyens qui sont mis en œuvre ?

15 Votre hôpital, a-t-il développé des conventions avec les professionnels libéraux ou les structures d'amont et d'aval du territoire ?

16 Quel a été votre rôle dans l'élaboration de ces conventions ?

17 Rencontrez-vous souvent les professionnels libéraux ou leurs représentants ?

18 Pensez-vous qu'il serait utile que des représentants des professionnels libéraux soient présents à la CSSIRMT ?

19 Quel est votre lien de collaboration avec les autres DS du GHT pour construire les parcours et mener les actions d'amélioration ?

20 Quelles sont les attentes du DG sur le Rôle du DS dans le Parcours Patient ?

21 Quel est votre lien de collaboration avec les médecins sur le Parcours Patient ? Et avec les coordonnateurs des parcours patients ?

## **ANNEXE 3 : Guide d'entretien infirmière**

- 1 Quand il est question de la sortie d'un patient soignée pour un cancer, comment les choses se passent-elles ? Est-ce que vous pourriez me donner un exemple de sortie et m'expliquer comment ça s'est passé ?
- 2 Quels sont les professionnels que vous sollicitez lors de la sortie de ces patients ?
- 3 Y a-t-il des choses qui sont formalisées autour de cette coopération ?
- 4 Est-ce que vous pourriez me raconter comment se passe la coordination entre acteurs du parcours de soin ?
- 5 Rencontrez-vous des difficultés dans la coordination du parcours de soin ?
  - A quel niveau ?
  - Quelles actions seraient susceptibles d'aider à surmonter ces difficultés au sein de l'hôpital ? Au sein du GHT ?
- 6 Existe-t-il un lien de coordination entre les trois unités : le service d'hospitalisation, les réseaux de santé, l'HAD ?
  - Si oui : lequel ? comment s'opère-t-il ?
  - Si non : quels sont les points qui les différencient et pourquoi ?
- 7 Comment vos missions sont-elles définies par rapport à celles des autres acteurs intervenant auprès des patientes soignées pour un cancer dans le territoire ?
  - Qu'est-ce qui différencie vos pratiques au quotidien ?
  - Réalisez-vous des CRex ou rex en cas de ruptures de parcours au sein de votre structure ? Si Oui ? quels sont les bénéfices que vous en retirez ?
- 8 Avec qui, selon vous, l'accompagnement de cette population doit-il être mis en œuvre le plus rapidement et le plus adapté ? (Types de réseaux, HAD.)
- 9 Qu'en est-il effectivement des relations avec ces différents acteurs dans le cadre de l'accompagnement de ces patients ?
- 10 Dans votre établissement, la direction des soins est-elle organisée pour favoriser les liens avec la ville et les secteurs d'aval dans le cadre des parcours des patients? Si oui, pouvez-vous préciser l'organisation ?

- 11 Existe-t-il des moyens humains, matériels, techniques pour mettre en place cette coordination ville-hôpital ?
- 12 Quels sont-ils ? Sous quelles formes sont-ils mis en œuvre ? Depuis quand ? Qui les a mis en place ?
- 13 A quel niveau sont-ils mis en place (en amont, en aval)
- 14 Quels sont les missions de ces différents dispositifs ?
- 15 Quels est le rôle des acteurs professionnels qui composent ces structures

## **ANNEXE 4 : Guide d'entretien des cadres**

### **Plateforme Opérationnelle de Sortie/HAD/CSE**

1 Quel est le rôle et les différentes missions de votre structure ? Au près des unités, des professionnels ?

2 A quelle direction est-elle rattachée ? Depuis quand est-elle créée ?

3 Quels sont les partenariats établis ?

4 Existe-t-il des conventions établies avec les HAD, et les réseaux de santé.

5 Quel est la composition de l'équipe de votre équipe ?

6 Quelle est son activité ? (Bilan chiffré, profil des malades, évaluation de la satisfaction de PEC.)

7 Quelle est le rôle de la POS auprès du patient et des familles ?

8 Quelles sont les difficultés rencontrées avec les différents intervenants de la coordination ville-hôpital ?

9 Quelles sont les difficultés rencontrées avec les unités de l'hôpital et les professionnels de soins ?

#### **A votre avis**

10 Pensez-vous que la coordination de l'ensemble des professionnels du sanitaire et du médico-social en amont et en aval de l'hospitalisation évite les ruptures ou les fragmentations dans la prise en charge du patient à son domicile ? Si oui ? Pourquoi ?

11 A votre avis, quels sont les moyens mis en œuvre dans les unités par les professionnels pour répondre aux difficultés de coordination ville-hôpital et répondre aux besoins du malade afin d'assurer un meilleur suivi du patient à son domicile par les réseaux de santé et l'HAD ?

12 A votre avis, quel doit être le rôle des acteurs de premiers recours au sein des territoires pour fluidifier cette coordination auprès des professionnels de santé, du patient ?

13 A votre avis, quel peut être le rôle du directeur de soins dans la coordination des intervenants ville-hôpital au sein du GHT tout au long du parcours de santé afin de faciliter un meilleur suivi du patient oncologique à son domicile par les réseaux de santé et l'HAD ?

KARADENIZ

Khadija

Décembre 2017

## DIRECTEUR DES SOINS

Promotion 2017

# LA COORDINATION DES INTERVENANTS VILLE- HÔPITAL DANS LE PARCOURS DE SANTE

## Le rôle du directeur des soins

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : PARIS DAUPHINE

### **Résumé :**

Notre système de santé doit faire face à de nombreux défis : l'allongement de la durée de la vie, le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques qui nécessitent auprès des politiques de santé l'élaboration de nombreux plans nationaux de santé, des préconisations évolutives, des démarches de réflexion sur la prise en charge coordonnée des soins entre les différents acteurs du territoire et son organisation en intra et hors de l'hôpital.

L'hôpital est très pointu pour traiter les épisodes aigus d'une pathologie grave néanmoins il est cloisonné lorsqu'il s'agit de soigner des patients atteints de maladies chroniques dans la durée. Cependant, ce qui fait sa force et sa richesse, c'est la diversité de l'offre de soins qu'il propose. D'après de nombreuses études, le système des soins est perçu par les professionnels et les usagers comme complexe, pas assez visible et coordonné entre la ville et l'hôpital.

Il semble important d'investir sur les soins primaires et les alternatives à l'hospitalisation pour répondre à ces différents enjeux de santé publique. En effet, les modes de prise en charge des patients évoluent en lien avec les progrès de la médecine. Les organisations de soins hospitalières doivent s'adapter par la mise en place de structures ambulatoires, une meilleure collaboration avec la médecine de ville, les HAD, les SSR, les EPHAD, les prestataires de soins. Face à ce dernier point, le rôle et les missions des intervenants doivent être structurés et la coordination des parcours permet de mieux accompagner la baisse significative des DMS, d'optimiser l'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques au plus proche de leurs besoins et de leur domicile.

Le Directeur des Soins dans son rôle stratégique, doit définir et structurer le rôle de coordination pour fluidifier le parcours de soins nécessaire à la prise en charge du malade au sein de l'hôpital. Aussi, selon les caractéristiques du territoire, les liens en amont et en aval doivent être réinterroger afin de mettre en œuvre des moyens, des outils de sécurisation des prises en charge entre les professionnels hospitaliers et les libéraux. Le Directeur des Soins du Territoire doit favoriser une communication entre tous les acteurs pluriprofessionnels. Son rôle est de renforcer une collaboration étroite permettant un suivi cohérent des soins entre la ville et l'hôpital au sein du GHT pour un meilleur retour à domicile par les réseaux de santé ou l'Hospitalisation A Domicile (HAD).

### **Mots clés :**

Parcours de soins - Parcours de santé - Réseaux de santé – HAD – Coordination - GHT

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises*

