



EHESP

Directeur des soins

Promotion : **2018 – Marie CURIE**

Date du Jury : **Décembre 2018**

**Améliorer la coordination du parcours
de soins : le rôle du directeur des
soins**

Nathalie BRAJARD

Remerciements

Plusieurs personnes m'ont accompagnée et guidée dans la réalisation de ce mémoire et je tiens à leur témoigner ma plus grande reconnaissance.

Je remercie très chaleureusement et tout particulièrement Monsieur Patrick Javel et Monsieur Mathias Waelli qui, par leur questionnement, leur ouverture d'esprit, leur expertise, leur réactivité ont enrichi ma réflexion et le sens que je pouvais donner à ce travail.

Je souhaite rendre hommage à l'ensemble des professionnels qui se sont rendus disponibles pour mon enquête de terrain et qui par la qualité et la richesse de leurs échanges ont contribué à ce résultat : directeurs des soins, cadres de santé, infirmières coordinatrices en HAD, infirmières exerçant en secteur libéral ou en cabinet de soins.

Madame Isabelle Monnier, ainsi que les intervenants, les chercheurs et maitres de stage, sans oublier mes collègues de promotion, que j'ai croisés tout le long de cette année de formation ont largement contribué à ma professionnalisation.

Je remercie également Nelly Levieux et les professionnels de la bibliothèque qui ont toujours été disponible pour répondre à mes demandes.

Je reconnais le soutien de mon mari et de ma famille pour cette année un peu particulière.

« Si faire était aussi aisé que savoir ce qu'il est bon de faire, les chapelles seraient des églises et les chaumières des pauvres gens des palais de princes. » Shakespeare, Le marchand de Venise

Sommaire

Introduction	1
1 Approche contextuelle et conceptuelle	9
1.1 L'évolution du système de santé	9
1.1.1 La qualité des soins :	9
1.1.2 Les politiques visant l'efficacité :	11
1.1.3 L'accès aux soins :	15
1.2 Les concepts :	18
1.2.1 Le parcours :	18
1.2.2 La coordination :	22
1.2.3 La compétence :	29
1.3 Le rôle du directeur des soins :	30
2 L'enquête de terrain et l'analyse	33
2.1 Méthodologie de l'enquête de terrain :	33
2.1.1 Les objectifs :	33
2.1.2 Le choix de la méthode :	33
2.1.3 L'outil d'enquête de terrain :	34
2.1.4 Le lieu d'enquête :	35
2.1.5 La population d'enquête :	35
2.2 L'analyse de l'enquête :	36
2.2.1 La méthodologie d'analyse des entretiens :	36
2.2.2 Les résultats de l'enquête :	37
2.2.3 Synthèse :	45
2.2.4 Les limites de l'enquête :	45
3 Les préconisations	47
3.1 Un acteur légitime pour opérer le décloisonnement :	47
3.1.1 Se connaître pour mieux travailler ensemble	47
3.1.2 Définir une politique de soins partagée	48
3.1.3 Une communication positive :	49
3.2 Une fonction à professionnaliser et à outiller	50
3.2.1 Une culture à développer	50
3.2.2 Doter les professionnels d'outils de coordination :	50
3.2.3 La fonction de coordination :	52
Conclusion	54
Bibliographie	57

Liste des annexes.....	I
ANNEXE 1 Fiche métier en chantier « Coordinatrice de parcours de soins »	II
ANNEXE 2 Descriptif de la compétence 9 du référentiel de compétences infirmier	V
ANNEXE 3 : Grille d'entretiens des infirmières coordinatrices d'HAD	VI
ANNEXE 4 : Grille d'entretiens des infirmières de ville	VII
ANNEXE 5 : Grille d'entretien des cadres d'HAD	VIII
ANNEXE 6 : Grille d'entretien des directeurs de soins	IX
ANNEXE 7 : Grille d'entretien des médecins libéraux	X
ANNEXE 8 : Grille d'entretien des représentants des professionnels paramédicaux	XI

Liste des sigles utilisés

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS : Agence Régionale de Santé
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
CESU : Chèque Emploi Service Universel
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination
CME : Commission Médicale d'Etablissement
CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CSIRMT : Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
FEHAP : Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
HAD : Hospitalisation A Domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
HPST (loi) : Loi réformant l'Hôpital, relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires
LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale
MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie
MIGAC : Missions d'Intérêt Général et d'Aides à la Contractualisation
MIP : Module Inter Professionnel
MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire
OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique
ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAERPA : Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie

PIB : Produit Intérieur Brut

PRADO : Service de retour à domicile du patient hospitalisé

PRS : Projet Régional de Santé

PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

SIMPHONIE : SIMplification du Parcours HOspitalier du patient et Numérisation des Informations Echangées

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

Introduction

Reconnu pour sa qualité et sa protection sociale, notre système de santé doit faire face à plusieurs défis : vieillissement de la population, augmentation des maladies chroniques, maîtrise des dépenses de santé, inégalités sociales et d'accès aux soins...

Le pourcentage de personnes âgées de plus de 60 ans en France augmenterait de dix points entre 2005 et 2035¹. Les progrès médicaux, l'allongement de l'espérance de vie conjugués aux modes et aux comportements de vie actuels entraînent une augmentation des maladies chroniques : 548000 malades chroniques en plus entre 2017 et 2020². La France est un des pays qui vit le plus vieux mais en moins bonne santé que ses voisins. L'enjeu des inégalités territoriales préoccupe les pouvoirs publics qui doivent faire face à une double transition épidémiologique et démographique, et répondre aux attentes de la population en matière d'accès, de qualité et de sécurité des soins.

Le parcours devient l'élément structurant des politiques publiques valorisant ainsi les coopérations et la coordination et incitant au décloisonnement des secteurs du système de santé. L'organisation, le pilotage, la régulation et le management des services de santé dans leurs dimensions sanitaire, sociale et médico-sociale sont au cœur de ces transformations dans le cadre d'un chantier gouvernemental ouvert depuis février dernier par E. Philippe et A. Buzyn.

En même temps que la nouvelle stratégie nationale de santé, le nouveau plan ONDAM 2018-2022 rappelle les trois grandes priorités : l'amélioration de la performance interne des établissements, l'accélération du virage ambulatoire et du développement des alternatives à l'hospitalisation et l'amélioration de la pertinence et des parcours³. L'ensemble de ces orientations s'appuiera sur la stratégie e-santé et le plan « Santé numérique » qui annoncent une transition technologique et professionnelle, du fait de l'évolution concomitante des métiers. Ces évolutions devront se conjuguer avec l'évolution des droits des usagers : une transition démocratique.

Les directeurs des soins ne peuvent que s'engager dans la construction de ces parcours et des dispositifs de coordination garant de la continuité et de la pertinence des soins par la fluidification des parcours. Les nouveaux métiers, l'exercice en pratiques avancées viennent accompagner l'évolution du système de santé : de réelles opportunités pour contribuer au maillage de l'offre de soins et à l'égal accès aux soins au sein des territoires.

¹ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280826>

² http://www.lemonde.fr/sante/article/2017/05/31/sante-forte-hausse-du-nombre-de-malades-necessitant-des-traitements-de-longue-duree-en-france-d-ici-2020_5136420_1651302.html

³ Circulaire du 4 mai 2018 relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2018 des établissements de santé

Au cours de nos expériences managériales, le développement de nouveaux modes d'hospitalisation : hospitalisation de jour, hospitalisation de semaine, hospitalisation à domicile ont été présentés comme des axes d'efficience pour les établissements qui doivent se restructurer pour conforter leur situation financière. Ces mesures parfois mises en œuvre dans le cadre d'un plan de retour à l'équilibre sont souvent vécues comme des injonctions des tutelles. Plusieurs modèles de coopérations inter-établissements sont incités par les ARS : fédération inter hospitalière, direction commune, fusion, dont certaines seront bouleversées par la construction des GHT. Même si elles sont inscrites dans les projets médicaux, le niveau de coopération dépend de l'histoire des coopérations antérieures et des différences de culture, de maturité des processus managériaux et de soins, de la capacité financière, de la démographie médicale qui caractérisent les établissements. Bien que les filières de soins et les parcours patient soient formalisés, avec par exemple, l'installation de consultations avancées et le développement de l'HAD, le flux des patients ne les respecte pas toujours d'emblée, selon l'adressage des médecins généralistes et les habitudes des usagers.

Par la réduction des durées de séjour, ces nouveaux modes d'hospitalisation concourent à la réduction du capacitaire des lits dans les établissements, requestionnent les organisations internes et impactent sur les effectifs soignants. Comment transformer les contraintes issues des réformes en dynamique managériale ?

Ces organisations de soins imposent aux professionnels de nouveaux raisonnements dans la prise en charge des patients. Garant de la qualité et de la sécurité des soins, le directeur des soins doit avant tout construire le parcours de soins pour répondre aux besoins et attentes des usagers de plus en plus complexes et garantir la continuité des soins dans un souci d'efficience et dans le respect des valeurs soignantes. C'est sur ces nouveaux paradigmes du parcours de soins, que le directeur des soins conduit le changement avec l'encadrement, vers une recomposition des activités de soins en inter-établissement : une organisation matricielle visant la performance.

Au sein de notre établissement d'origine, nous avons contribué à la restructuration et au développement de l'HAD, d'une part pour couvrir les besoins sur l'ensemble du territoire, d'autre part pour optimiser l'efficience de cette unité, déficitaire, et ne répondant pas aux attentes des usagers. Lors de notre premier stage dans un établissement appartenant à une autre région, le même objectif était posé par l'ARS : développer l'HAD, augmenter le nombre de patients par jour et étendre son périmètre d'intervention. Ces deux expériences nous ont amené à nous intéresser plus particulièrement à ce mode d'hospitalisation.

L'HAD reconnue officiellement en France par la loi du 31 décembre 1970⁴, s'inscrit au fil des années pleinement dans les politiques publiques de santé, conformément à la loi HPST, à la loi de santé, et dans les dernières stratégies nationales de santé. Cette alternative à l'hospitalisation répond aux enjeux actuels : complexité des besoins de soins, maintien à domicile en lien avec le vieillissement de la population, offrant la meilleure réponse au moins d'égale qualité tout en rationalisant les dépenses de santé... « Ces services de soins hospitaliers prennent en charge le patient sur son lieu de vie et offre des soins techniques, plus ou moins complexes et intenses qui, en l'absence de tels services nécessiteraient une hospitalisation »⁵. L'HAD se substitue à l'hospitalisation complète avec quelques difficultés à se développer pendant plusieurs années même si trois circulaires de 2004 à 2007, précisent les principes, la place, le rôle, les missions et les modalités d'intervention de l'HAD. A. Sentilhes-Monkam explique cette lenteur par l'existence de paradoxes et parle de « discontinuité structurelle »⁶. Soumis à une réglementation sanitaire, au financement à la tarification et à la certification, ces services restent emprunts de la culture hospitalière. La hiérarchie hospitalière, les démarches qualité, les protocoles de soins, les exigences en traçabilité des actes sont autant de contraintes pour les professionnels libéraux qu'ils n'ont pas par ailleurs et qui les ont parfois incités à quitter l'hôpital. De plus, cette offre de soins se caractérise par une hétérogénéité des parcours de soins, du statut de ses structures (public, privé, associatif) et des liens partenariaux qui relie la pluralité des acteurs en fonction des spécificités territoriales. Répondre à la complexité, à l'intensité et à la technicité des demandes en soins génèrent des contraintes liées à une gestion à distance pour le médecin et à des réticences de collaboration et des difficultés de synchronisation des intervenants. Face à ce constat, les ARS posent le développement de l'HAD dans les PRS comme un axe stratégique pour améliorer la pertinence des hospitalisations, désengorger les établissements sanitaires, fluidifier le parcours de soins tout en privilégiant le confort du patient. Il s'agit en même temps de lutter contre la place et le rôle que prennent certains prestataires de services qui ne sont pas des professionnels de santé, et de garantir « la compétence généraliste »⁷ pour faire face à la diversification des modes de prises en charge. Ainsi, le développement de l'HAD requiert l'action des représentants des ARS, des gestionnaires des structures d'HAD, dont les directeurs de soins, des prescripteurs et des patients.

Ce parcours interdisciplinaire, faisant intervenir des médecins, des paramédicaux et des personnels sociaux, repose sur une coordination entre les professionnels de la ville, ceux des structures médico-sociales et sanitaires en amont, pendant et en aval du

⁴ Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

⁵ R. Dalmasso « L'hospitalisation à domicile » Editions Les études hospitalières, février 2010, p.17

⁶ <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2005-3-page-157.htm>

⁷ HAD état des lieux et outils d'analyse au niveau territorial ANAP, mars 2018, p.15

séjour hospitalier. Concernant à 60% des pansements complexes, des soins palliatifs et des soins de nursing lourds⁸, et soumise au principe de continuité des soins, la coordination des soins doit être la plus efficiente possible partant des besoins en soins singuliers avec des réévaluations régulières pour justifier de la pertinence de l'HAD. Ce mode d'hospitalisation devrait encore plus croître, avec l'incitation au développement de la médecine ambulatoire et avec la possible réalisation des transfusions...

Nous avons retenu ces services comme terrain d'enquête parce qu'ils peuvent constituer une porte d'entrée pour mener les transitions nécessaires au décloisonnement des secteurs de soins et à une prise en charge transversale.

Dans notre établissement d'origine et notre premier lieu de stage, nous avons observé, des modèles de fonctionnement d'HAD opposés : l'un avec du personnel uniquement hospitalier, l'autre avec une externalisation de la prise en charge. Les deux devaient évoluer vers un modèle mixte pour dynamiser leur activité et répondre aux besoins de la population. Pour cela, il s'agissait de prospecter auprès des équipes intra et extra hospitalières pour améliorer le repérage des patients pouvant en bénéficier et de faire concorder des interventions de soins. Sur ces deux sites d'observation, l'encadrement de l'HAD, avec plusieurs antennes éloignées les unes des autres, était partagé avec un service de soins. Dans ces conditions, l'encadrement s'appuyait sur les IDE coordinatrices pour élaborer les plans de soins personnalisés, coordonner les soins, et promouvoir toute nouvelle forme de collaboration entre les professionnels de la ville et les équipes hospitalières. La coordination semblait être la fonction pivot tant pour la prise en charge des patients que pour le développement de l'offre de soins. Pourquoi ces activités sont-elles déléguées aux IDE coordinatrices ? Même si ce mode d'hospitalisation répond à une prescription médicale et même si la responsabilité de sa coordination incombe au médecin généraliste, les IDE coordinatrices sont souvent en première ligne avec parfois un sentiment de solitude et une sur-responsabilité à assumer.

Sur ces deux terrains, les IDE coordinatrices exprimaient les mêmes sentiments et difficultés : des représentations de l'hôpital vis-à-vis de la médecine libérale et inversement, peu favorables à une collaboration ville-hôpital et au développement de l'HAD. Des défauts de synchronisation dans la prise en charge entre la ville et l'institution sanitaire existeraient, avec des ruptures d'accompagnement ou de lien entre patients et professionnels. Un manque d'outils de communication serait soulevé. Dans le cadre de nos entretiens exploratoires, la présidente de CME exprime clairement l'incapacité des professionnels libéraux à faire face à la demande croissante des prises en charge à domicile que ce soit dans le cadre de l'HAD ou des suites d'une hospitalisation en ambulatoire. Elle témoigne d'un « manque de temps de leur part d'autant plus que nous

⁸ Ibid., p.9

leur imposons des exigences hospitalières déconnectées de leur réalité »⁹. Comment transformer les contraintes règlementaires, liées aux bonnes pratiques en opportunités de collaboration interprofessionnelle efficiente ? Sur ce même lieu d'observation, la directrice des soins considère que « l'infirmière coordinatrice est la mieux placée pour collaborer avec ses consœurs et confrères libéraux, résoudre les difficultés et sinon les libéraux savent où me joindre »¹⁰. Comment et en quoi les professionnels centrés sur la coordination des soins peuvent-ils contribuer favorablement au recrutement des patients, au parcours de soins coordonné et au développement de l'offre et de la collaboration ville-hôpital en même temps ? N'est-ce pas des fonctions qui devraient s'opérer sur des temps dédiés et par des professionnels distincts ? Pourquoi les directeurs des soins et les cadres de santé confient-ils la coordination de ces HAD aux IDE sans faire de distinction entre la coordination des soins et la coordination des professionnels, plus stratégique ?

Dans notre précédent établissement, devant de telles difficultés de collaboration entre la ville et l'hôpital, liées à la création de l'HAD, au contexte de fusion mal acceptée par les professionnels libéraux, à la culture locale, le directeur des soins est intervenu auprès des professionnels de ville, et auprès de leur représentant professionnel départemental pour une décentration des problématiques locales. Des aménagements sur la forme, les temps et les outils de collaboration ont été négociés et formalisés dans une convention. Des admissions en HAD se sont concrétisées parce que nous avons permis aux IDE coordinatrices de dépasser le fonctionnement habituel : adapter les horaires des personnels de l'HAD, faire intervenir de nouveaux partenaires extérieurs et s'appuyer sur l'expertise du patient. Ce sont ces expériences positives qui ont fait évoluer les comportements des professionnels les plus réfractaires. Quels sont les outils les plus appropriés pour constituer un/des facteurs de réussite à la collaboration ville hôpital ?

Certes, le directeur des soins n'a pas autorité sur l'organisation des soins primaires, mais quelle stratégie peut-il définir pour décloisonner les prises en charge ? Les ARS, les URPS peuvent-elles lui venir en appui ?

La fonction de coordinatrice existe dans nos établissements, différemment selon les lieux d'exercice : en SSIAD, en EHPAD, en HAD, en cancérologie... Sur nos terrains d'observation, l'IDE coordinatrice de SSIAD collabore plutôt facilement avec ses partenaires pluriprofessionnels, qu'elle connaît bien pour les rencontrer régulièrement aux commissions gérontologiques, aux CLIC ou au domicile des patients. Son périmètre géographique est moins étendu que celui des IDE coordinatrices d'HAD qui semblent peu intégrées aux dispositifs de coordination, moins reconnues par les acteurs du territoire. Certes, ces professionnelles, jeunes, ont été affectées assez récemment sur cette

⁹ Verbatim recueilli lors de l'entretien avec la Présidente de CME de notre lieu de stage

¹⁰ Verbatim issu de l'entretien avec la coordinatrice générale des soins de notre lieu de stage

fonction. L'ancienneté dans la fonction est-elle la seule explication ; le périmètre de leur fonction, le niveau de la coordination constituent-ils d'autres raisons ?

Les IDE coordinatrices des terrains observés ont été recrutées à l'issue d'une expérience surtout hospitalière, sans formation complémentaire. Le niveau de formation et d'accompagnement dans leur nouvelle mission leur permet-elle de se positionner en faveur d'une meilleure collaboration ville-hôpital ? De quelle autonomie disposent-elles ? Une attention particulière a été portée sur leurs capacités organisationnelles, relationnelles et sur la compétence 9 du référentiel de formation des IDE : « organiser et coordonner les activités soignantes »¹¹. Mais quelles sont les compétences spécifiques requises pour assurer une coordination du parcours de soins optimale ?

Le répertoire des métiers propose une fiche métier « coordinatrice de parcours en santé » (annexe 1) listant des activités et savoir-faire centrés sur la prise en charge des patients, dont la coordination des interlocuteurs internes et externes et la co-construction du projet personnalisé du patient. Cette fiche métier ne fait pas de différence en termes de missions, d'activités et de savoir-faire spécifiques à la coordination pour les trois fonctions : coordonnateur de soins, de gestionnaire de cas, de coordonnateur de parcours. De ce fait, pourrions-nous envisager une mutualisation de toutes ces formes de coordination en une seule fonction ? Elle préconise un niveau de formation d'un niveau master 2, ce qui n'est pas le cas pour les IDE coordinatrices des deux établissements d'enquête. Certains recommandent que cette fonction soit habitée par un cadre de santé, mais la formation cadre répond-elle aux besoins de ces professionnels ? En quoi les fonctions de coordination nécessitent des compétences complémentaires, qui pourraient légitimement correspondre à des pratiques avancées ? L'infirmier de coordination correspond-il à un métier intermédiaire tel que défini dans le rapport interministériel de janvier 2011¹² ?

A notre prise de poste de directrice des soins, nous aurons à poursuivre ce travail, et à le transférer pour la mise en œuvre des axes des projets de soins tels que développer la télémédecine, améliorer l'articulation ville-hôpital. Dans le cadre de la prise en charge des AVC et de la prise en charge des troubles cognitifs de la personne âgée, nous aurons à parfaire la coordination du parcours de soins sur le territoire notamment avec le développement des hospitalisations de jour en SSR.

La recherche de la performance, dans des contextes complexes et contraints, pose de nouvelles exigences professionnelles, en matière de qualité, d'optimisation des ressources, de collaboration, de coopération et d'organisation des parcours. La fluidification du parcours et la coordination des soins contribuent à cette performance mais quelle stratégie le directeur des soins doit-il pour cela, développer ? La coordination

¹¹ www.portfolio-infirmier.fr/le-referentiel-de-competences

¹² L. HENART, Y. BERLAND, D. CADET, rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire, janvier 2011

entre les différents temps du parcours patient : l'admission, la sortie, les interfaces entre la ville et l'hôpital, est un facteur de réussite. Des solutions numériques pour faciliter l'organisation de la sortie sont sur le marché, à condition qu'elles soient partagées et utilisées par les hospitaliers comme par les professionnels de ville et du médico-social. Elles n'ont aucun sens, ni intérêt, si un seul de ces acteurs y ont recours. Toutefois, les intérêts à adopter ces outils divergent et influent sur la coordination du parcours. En quoi le directeur des soins peut-il créer les conditions de convergence vers des intérêts communs ?

Notre questionnement :

Les expériences observées montrent que la coordination des soins serait confondue avec une coordination plus stratégique de développement de la collaboration ville-hôpital. De plus, les infirmiers positionnés sur ces postes, sont souvent issus de leurs établissements et emprunts d'une culture hospitalière assez prononcée. En lien avec la territorialisation et pour poursuivre le décloisonnement des secteurs, quel équilibre d'expériences doit présenter une coordinatrice du parcours de soins ? Son statut doit-il uniquement relever de la fonction publique hospitalière ?

Notre question centrale porte sur la stratégie que doit développer le directeur des soins pour contribuer à une coordination des soins optimale sur le territoire. Pour développer sa stratégie, le directeur des soins doit connaître les freins et les leviers sur lesquels il va pouvoir s'appuyer. Comment optimiser la coordination des parcours de soins ? Quels changements impliquent cette fonction en termes de culture, de compétences, de management, de responsabilité ? Quelles représentations peuvent entraver la collaboration interprofessionnelle ? Quels professionnels peuvent-ils être moteur et relais pour le directeur des soins ? Avec la territorialisation, quelles compétences doivent-elles être essentielles ?

Nous formulerons ainsi notre question centrale comme suit :

Sur quelle stratégie peut s'appuyer le directeur des soins pour améliorer la coordination du parcours de soins au sein d'un territoire ? L'expérience de la coordination des soins en HAD.

Le personnel hospitalier et les professionnels de la ville ont peu l'occasion de se regrouper pour des travaux communs. Leurs interventions se suivent dans la prise en charge des patients, mais sans réels temps d'échanges et de concertation autour du projet personnalisé de soins. Chaque secteur dispose de ses outils pour la prise en soins des personnes. Le projet de soins du GHT élaboré avec les professionnels des établissements membre du GHT, définit des axes qui concernent les professionnels de

ville, en cohérence avec les contrats locaux de santé mais sans leur participation. Leur adhésion à la mise en œuvre de ces axes peut être questionnée et aléatoire. Les instances hospitalières, et notamment la CSIRMT, où peuvent se débattre les pratiques soignantes, le projet de soins, ne sont pas ouvertes aux professionnels libéraux qui ont leur propre organisation représentative de leur profession. Le peu de lisibilité quant aux orientations stratégiques respectives et leurs impacts, crée de l'incertitude, des craintes et des résistances face à ces changements. Comment le directeur des soins peut-il influencer sur les enjeux de pouvoir et contribuer au décloisonnement des secteurs par une nécessité de soin autour et pour le patient ?

Nous poserons une première hypothèse : Cette méconnaissance mutuelle ne permet pas une conception partagée du soin, un premier frein à la collaboration et à la coordination du parcours de soins.

Les soignants sont au cœur de la prise en charge, par leurs qualités humaines, par les valeurs soignantes qu'ils incarnent, ils intègrent les différentes dimensions du soin. Leur formation théorique et pratique leur confère un rôle de coordination des soins et les positionne en acteur pivot dans la gestion des parcours de soins. Pour autant, dans notre système de santé en pleine évolution, la coordination des soins fait appel à des compétences plus stratégiques pour accompagner en parallèle l'évolution des parcours, des activités de soins et des exercices professionnels. Sur ces dernières missions de coordination, l'infirmier reste-t-il l'acteur le plus pertinent ? Ou faut-il le doter de compétences complémentaires ? L'accompagnement des cadres sur les missions de coordination plus complexe peut-il être bénéfique ? Il semblerait que la coordination des parcours de soins relève d'un métier de niveau intermédiaire. Les notions de leadership et de travail en collaboration conjuguées à une connaissance précise de l'environnement social, technique, politique et économique, apparaîtraient comme des compétences incontournables pour décloisonner les secteurs du système de santé.

Nous poserons comme seconde hypothèse que la coordination des parcours de soins nécessite le développement de compétences complémentaires.

La première partie de ce travail reprend l'évolution du système de santé et les concepts de parcours, de coordination des soins, et de compétences avant de présenter le rôle du directeur des soins en lien avec ce sujet. Nous présenterons ensuite la méthodologie de l'enquête de terrain, les résultats et l'analyse des données recueillies. Enfin, nous poserons quelques axes à mettre en œuvre dans le cadre de notre futur exercice.

1 Approche contextuelle et conceptuelle

1.1 L'évolution du système de santé

Les réformes se succèdent pour rendre notre système de santé efficient, pérenne et « l'un des piliers de notre Etat-providence du XXI^{ème} siècle »¹³ reposant sur la qualité des soins, l'efficacité des politiques de santé et l'accès aux soins.

1.1.1 La qualité des soins :

A) Un enjeu national

La qualité est définie par l'OMS comme : « un ensemble d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction »¹⁴. Une prise en charge de qualité est une prise en charge efficace, sûre, appropriée, la plus rationnelle qu'il soit et humaine dans la relation avec le patient. La qualité se caractérise à l'aide de plusieurs dimensions : efficacité, sécurité, pertinence... et peut prendre des points de vue différents selon qu'on se place du côté des usagers, des professionnels, selon le niveau attendu ou perçu, le résultat souhaité ou obtenu.

Elle est inscrite comme la principale finalité dans toutes les politiques publiques clairement posée comme objectif sanitaire dans la loi du 4 janvier 1993¹⁵. Elle se déploie tout d'abord selon une culture de la conformité : sur la base de pratiques standardisées, de normes édictées par des sociétés savantes et constitue une obligation pour les établissements de santé. Dès 1991, la loi hospitalière prévoit l'évaluation de la qualité à travers l'analyse des pratiques professionnelles. En 1996, les ordonnances Juppé poursuivent cet objectif d'évaluation en posant dans leur article L710-1-1 : « la qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour tout établissement de santé. Celui-ci doit procéder à une évaluation régulière de leur satisfaction », pour vérifier l'adéquation du service rendu par rapport aux attentes. Pour faire suite à l'ANAES, la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie crée la HAS, une autorité publique indépendante, à caractère scientifique qui va œuvrer autour de ces trois principales missions : évaluation des pratiques professionnelles, recommandations scientifiques et certification. Les structures médico-sociales se préparent à leur première évaluation

¹³ www.elysee.fr/declarations/article/transcription-du-discours-sur-la-transformation-du-systeme-de-sante-prendre-soin-de-chacun-du-president-de-la-republique-emmanuel-macron/

¹⁴ <http://www.santepublique.eu/qualite-des-soins-definition>

¹⁵ Loi n° 93-5 du 4 janvier 1993, relative à la sécurité sanitaire en matière de transfusion sanguine et de médicament

interne et externe conformément à l'obligation posée par la loi du 2 janvier 2002¹⁶. Pour lui donner plus de sens, la qualité ne peut se résumer qu'en des recommandations et des évaluations, elle doit être présente au cœur de la vie des établissements. Plus récemment, la loi HPST du 21 juillet 2009, impose à tous les établissements de définir une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins : Une politique applicable pour fixer un cap aux professionnels avec un réel bénéfice pour les usagers. Et aujourd'hui, l'instruction du 29 décembre 2017 de la DGOS, pose bien « le renforcement de la qualité, de la continuité et la pertinence des prises en charge et des accompagnements »¹⁷ comme un objectif prioritaire des PRS de deuxième génération.

Des indicateurs qualité : de structure, de résultats, de satisfaction, objectivent le niveau de maturité du processus de management de la qualité. Au-delà du niveau de maturité et de la performance dans le management de la qualité, ces résultats ont un impact sur l'image des établissements, qui peuvent s'en emparer comme d'un atout d'attractivité tant vis-à-vis des usagers que des professionnels.

Ce sont des outils de pilotage interne et externe pris en compte dans les dialogues de gestion avec les tutelles dans le cadre des CPOM par exemple. Pour reconnaître l'engagement des établissements de santé dans l'amélioration de la qualité des soins et les motiver à poursuivre leurs efforts, l'article 51 de la LFSS 2015¹⁸ et le décret du 30 décembre 2015 entérinent le dispositif d'incitation financière à l'amélioration de la qualité : un système de paiement à la performance, une dotation complémentaire selon leur classement et leurs recettes. La qualité devient à la fois, un outil de pilotage interne mais aussi régional et national, un élément de gestion de la performance et donc un outil de maîtrise des dépenses de santé. D'une culture de conformité de pratiques, nous sommes passés à une culture processus qui appréhende la qualité de l'articulation des différentes étapes de la prise en charge et élargit son périmètre.

B) Un enjeu au plus près des usagers :

En se centrant sur l'articulation avec l'amont et l'aval, en veillant à l'inscription des parcours dans l'environnement et sur l'ensemble du territoire, en évaluant la collaboration inter-secteurs, la HAS souhaite impulser la qualité du parcours des patients en dehors des institutions sanitaires. Elle entend améliorer la qualité des prises en charge et l'efficacité des soins en proposant des « outils relatifs aux activités et stratégies nécessaires à la coordination des soins »¹⁹ pour faciliter et mieux organiser les parcours

¹⁶ Loi n° 2002-02 du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale

¹⁷ Instruction n° DGCS/3A/DGOS/R4/2017/341 du 29 décembre 2017 relative à la mise en place d'une démarche de coopération renforcée entre établissements de santé médecine, chirurgie, obstétrique et établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dans le cadre de l'amélioration des parcours de santé des personnes âgées

¹⁸ Article 51 de la Loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015

¹⁹ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1367444/fr/coordination-des-soins

de santé. Dans le cadre des futures certifications à l'échelle des GHT, le parcours patient reste une des thématiques à travailler conjointement entre les établissements, quelle que soit la modalité de certification choisie. C'est une obligation, qui à compter de 2020, s'impose aux établissements de chaque GHT. La thématique « parcours du patient à l'appui du projet médical partagé »²⁰ rassemblera forcément les directeurs de soins autour des présidents de CME et des managers qualité. A moyen terme, la qualité appréhendée par le parcours de santé va s'étendre aux professionnels libéraux.

Les professionnels de ville sont également concernés par les évaluations de pratiques professionnelles à travers les protocoles de coopération dans le cadre des actions d'éducation thérapeutiques et de la télémedecine. Dans le cadre du programme National pour la Sécurité du Patient, plusieurs actions ont été menées par la HAS, pour toucher le secteur ambulatoire : l'évaluation de la culture sécurité adapté aux médecins généralistes, des quizz de formation... La qualité des soins primaires est évaluée sous l'angle de l'équité et de l'égal accès aux soins.

Les établissements de santé entrent dans une recherche d'amélioration constante et continue de leurs prestations : un changement organisationnel, mais qui va également concerner la relation au patient. Ainsi, la loi du 4 mars 2002 fait de la qualité un droit des patients, renforcé pour tous par la loi de santé. Le patient a « le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées »²¹. Le droit à l'information du patient porte sur les bénéfices et risques et les alternatives possibles pour éclairer ses choix et lui permettre de participer à la décision thérapeutique. Cette volonté de transparence du niveau de qualité offert par chaque structure sanitaire est complétée par la mise à disposition du grand public des indicateurs qualité. Au-delà de ces droits, le patient participe à la définition du niveau de qualité : un moyen d'expression démocratique qu'il exerce individuellement à travers les enquêtes de satisfaction ou enquêtes citoyennes et collectivement en commission des usagers ou auprès de ses représentants.

1.1.2 Les politiques visant l'efficience :

A) La maîtrise des dépenses de santé :

Le développement de la qualité des soins se confronte dès le début des années 2000, à la hausse des dépenses de santé liée à l'augmentation de la population, de son vieillissement, des maladies chroniques mais aussi liée à la modification des

²⁰ Trajectoire de mise en œuvre de la certification dans le cadre des GHT, HAS, mai 2016, p.2

²¹ Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie

comportements des usagers et des professionnels, à l'évolution des techniques et des thérapeutiques²². En France, les dépenses de santé atteignent 11,8% du PIB en 2009²³. Le dépassement de l'ONDAM, de 1997 à 2010, incite les pouvoirs publics à engager plusieurs réformes pour assurer la pérennité de notre système de santé. La réforme du parcours de soins coordonnés avec la désignation d'un médecin traitant comme prescripteur de soins, entrée en application depuis le 1^{er} janvier 2005, conditionne le remboursement de ces soins et le place en premier interlocuteur des usagers pour un suivi médical personnalisé. De 2002 à 2011, le déremboursement de certains médicaments à faible intérêt thérapeutique a contribué à la baisse des dépenses. L'encadrement de l'ONDAM s'accompagne d'un nouveau mode de financement des hôpitaux dans le cadre du plan hôpital 2007 et conformément à l'esprit de la loi organique relative aux lois de finances. La tarification à l'activité et à l'acte vise à réduire les journées d'hospitalisation et à rémunérer les établissements de santé en fonction de leur activité. En définissant pour chacune des pathologies, des durées de séjour minimales et maximales, elle oblige les professionnels à optimiser le temps d'hospitalisation, la programmation des examens et le déroulement de toutes les étapes de la prise en charge des patients. Selon les données de la DREES, même si une diminution est amorcée, les soins hospitaliers observent un taux d'évolution de 2,6% en 2012, contre 1,7% pour les soins ambulatoires²⁴. Les réformes qui s'annoncent en matière de financement à l'épisode de soins, l'intéressement collectif à une prise en charge partagée et le paiement en équipe de professionnels de santé vont vers une valorisation de la collaboration et de la coordination des soins.

B) La performance :

Dès 2012, l'inspection générale des finances et l'inspection générale des affaires sociales proposent dans un rapport « propositions pour la maîtrise de l'ONDAM 2013-2017 », de rechercher les « soins adéquats et pertinents ... par une meilleure articulation des professionnels de santé autour du parcours de soins »²⁵. Il s'agit de prodiguer un soin utile, justifié en regard du besoin du patient, en étroite collaboration avec l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge du patient. Réduire les coûts, améliorer l'organisation des soins, interroger la pertinence des soins, veiller au respect des bonnes pratiques, à la cohérence des parcours de soins sont des leviers d'efficience définie comme l'optimisation des outils et moyens alloués et mis en œuvre pour parvenir à un

²² <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1025.pdf>, données septembre 2017, numéro 1025, « Les facteurs démographiques contribuent à la moitié de la hausse des dépenses de santé de 2011 à 2015 ».

²³ www.ladocumentationfrancaise.fr/dossiers/d000538-l-avenir-du-systeme-de-sante-en-france/des-depenses-de-sante-en-constante-augmentation

²⁴ http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_935_depenses_de_sante.pdf

²⁵ http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_ONDAM_IGAS-IGF.pdf

résultat. L'optimisation des moyens passe par le regroupement et le décloisonnement des différents offreurs de soins.

Pour poursuivre la maîtrise des dépenses hospitalières, le Comité interministériel de la Performance et de la Modernisation de l'Offre de soins hospitaliers accompagne les établissements dans leur projet d'investissement et leur démarche de retour à l'équilibre financier qui passe par une redéfinition de l'offre pour répondre aux besoins identifiés et évolutifs. Des opérations de regroupement hospitalier sont menées autour de pôles cliniques, s'accompagnant d'une réduction des capacités en lits. En tant que principale ressource des établissements de santé, les effectifs humains sont impactés par ces restructurations et ces démarches de contractualisation financière entre les établissements et l'ARS. Entre 2003 et 2014, 60 000 lits²⁶ d'accueil à temps complet sont supprimés dans les services de soins. Même si cette baisse touche essentiellement les unités de soins de longue durée, les services de médecine, chirurgie et gynécologie-obstétrique observent une diminution de 8,4% contre 12% toutes disciplines confondues. Cette baisse résulte également de l'incitation aux alternatives à l'hospitalisation : hospitalisation à temps partiel, chirurgie ambulatoire, HAD... prévues par la loi hospitalière de 1991 et plusieurs décrets de 1992. 23 000 places en hospitalisation à temps partiel sont créées sur ces mêmes années. Même si l'ordonnance du 4 septembre 2003²⁷ supprime le taux de change des lits d'hospitalisation complète en places d'hospitalisation partielle, celui-ci a influé sur le capacitaire en lits des unités de soins. Successivement, les LFSS précisent ces mêmes mesures : développement de l'ambulatoire, économies sur les transports, lutte contre la fraude, promotion des médicaments génériques... à la recherche de plus de performance économique, à au moins égale qualité des soins. Le plan ONDAM 2018-2022 incite à poursuivre le virage ambulatoire, ce qui devrait s'accompagner d'un renfort de besoins en soins à domicile et dans les lieux de vie.

Parallèlement au développement des alternatives à l'hospitalisation, les pouvoirs publics élaborent des politiques en faveur du maintien à domicile. Celles-ci prennent appui sur le rapport Laroque en 1962 et sont centrées sur les personnes vieillissantes. La loi de 2001²⁸ prévoit une aide financière à la dépendance. La loi du 26 juillet 2005²⁹ participe au développement des services à la personne pour favoriser le maintien à domicile autant pour créer des emplois et améliorer les conditions de travail des salariés de ce secteur que pour répondre à la perte d'autonomie ou de handicap. Ces mesures sont favorables au souhait des usagers qui aspirent à rester dans leur environnement,

²⁶ <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2-3.pdf>

²⁷ Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003, portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation

²⁸ Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie

²⁹ Loi n°2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale.

près de leur entourage, parmi leurs souvenirs, et conserver leurs habitudes et leurs repères. L'ensemble de ces politiques et de ces réformes participent à la régulation des hospitalisations et imposent à l'hôpital de s'ouvrir sur son environnement et de travailler avec les professionnels de la ville.

Sur la base de la loi HPST, les communautés hospitalières de territoire ont permis des regroupements autour d'une stratégie commune et la mutualisation de moyens mais uniquement entre établissements de santé. A contrario, initiés par les ordonnances de 1996, les groupements de coopération sanitaires permettent des regroupements publics-privés ou entre la ville et l'hôpital pouvant se constituer en réseaux de santé. Dès le début des années 2000, les réseaux de soins s'inscrivent dans l'organisation territoriale, en cohérence avec les objectifs de l'assurance maladie. Ils se constituent sur la base d'un cahier des charges, à partir de besoins exprimés pour répondre à une priorité de santé publique issue des plans nationaux. Et selon la circulaire du 2 mars 2007, leur « premier objectif reste l'amélioration de la prise en charge globale des patients favorisée par le décloisonnement entre les professionnels de ville, des établissements de santé publics, les établissements privés à but lucratif ou non lucratif, les centres de santé, ...les établissements et professionnels du secteur médico-social et du secteur social »³⁰. Introduits par la loi du 4 mars 2002, les réseaux de soins se positionnent comme les premiers coordinateurs des soins et s'inscrivent dans les réseaux de santé. Ils assurent des fonctions de soutien, de réassurance, de partage d'expériences, de codécision, de co-responsabilités et de délégation.

D'après la DGOS, l'efficacité des établissements de santé « repose sur la performance de son pilotage, son organisation et de ses processus »³¹. Pour cela, les établissements ont besoin de moderniser leur gouvernance pour plus d'autonomie et de responsabilité, de rénover leur patrimoine et d'investir dans des équipements plus modernes. Le plan hôpital 2012 s'inscrit dans la continuité du plan hôpital 2007 et impulse le développement des systèmes d'information hospitalier pour d'une part sécuriser la prise en charge du patient et d'autre part, rendre les organisations plus efficaces. Avec « hôpital numérique » et « les territoires de soins numériques », le numérique devrait fluidifier les relations entre professionnels, favoriser la coordination des soins, sécuriser la prise en charge des patients... C'est permettre aux professionnels de se recentrer sur leur cœur de métier et de lever le poids des tâches administratives par la dématérialisation. Par exemple, le programme « SIMPHONIE » repose sur l'automatisation de certaines étapes du parcours et sur la dématérialisation des échanges entre professionnels. C'est aussi faire émerger au sein des territoires, des organisations innovantes de prise en

³⁰ Circulaire DHOS/03/CNAM n° 2007-88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM

³¹<http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/performance-des-etablissements-de-sante/efficience-hospitaliere>

charge en faveur de la coordination des soins. La FEHAP édite un livre blanc visant à améliorer, par le numérique, le parcours de vie des patients et résidents avec les mêmes objectifs en termes de coordination.

En ville, la performance est reconnue et valorisée par la rémunération par objectifs de santé publique suite à la signature en 2011 de la nouvelle convention médicale. Elle succède au contrat d'amélioration des pratiques individuelles et souligne l'engagement des médecins généralistes dans l'évolution de leurs pratiques selon des critères autant médicaux qu'économiques. Avec la convention médicale de 2016, de nouveaux critères cliniques sont pris en compte. Ce mode de rémunération est une option conventionnelle, à choix individuel, c'est-à-dire que chaque médecin détermine les indicateurs sur lesquels il souhaite assoir cette rémunération à la performance, en complément du paiement à l'acte. La ROSP a transformé l'organisation des cabinets des médecins, accélérant l'informatisation du dossier médical. Elle a un impact positif sur les prescriptions, le suivi des pathologies chroniques et la prévention : elle a introduit l'efficience dans les soins primaires.

La performance du système de santé progresse mais peut s'avérer inéquitable tant pour les institutions que pour les usagers si elle omet de considérer la capacité des établissements de santé à s'insérer et évoluer dans leur environnement contraint et exigeant. L'absence de coopérations conduit les établissements de santé à un isolement compromettant. La performance dépend aussi de l'engagement des professionnels et de l'intelligence collective des organisations. Dénouée de sens, elle apparaît pour les professionnels, comme une exigence génératrice de contraintes, source de risques psycho-sociaux et de non qualité de vie au travail.

1.1.3 L'accès aux soins :

A) Un droit pour tous :

Les inégalités de santé définies comme « des différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé observées entre des groupes sociaux au sein d'un même pays »³² augmenteraient en fonction du statut socio-économique des personnes mais aussi en regard des disparités territoriales en offre de soins. La maîtrise des dépenses de santé ne doit pas accentuer ces inégalités médico-sociales auxquelles sont confrontés les citoyens selon leur lieu d'habitation, les moyens de transport, la prévention, l'éducation, la promotion à la santé différemment prodiguées en fonction de leur territoire...

³² G. Menvielle « Les inégalités face à la santé en France » La santé quel bilan ? Cahiers français, n°369 juillet-août 2012 La documentation française, p.37

Le droit à l'accès aux soins émane de la constitution des droits de l'homme de 1946 et repose sur le droit à la dignité humaine et à la protection de la santé. L'accès aux soins se caractérise par plusieurs dimensions : un accès par proximité géographique, financière, selon la disponibilité de l'offre et un accès organisationnel lié à la qualité, la sécurité des soins, à l'exercice coordonné en réseaux, par filière et parcours de soins.

Dès 1999, le gouvernement a répondu à ce principe par les dispositifs de prise en charge financière tels que la couverture maladie universelle, l'aide médicale d'état et le tiers payant, en plus de l'aide sociale gérée par les départements depuis les lois de décentralisation. Conformément au plan Borloo, le chèque CESU souhaite « promouvoir un accès universel à des services de qualité »³³. La compensation personnalisée pour l'autonomie est revalorisée avec la loi du 28 décembre 2015 qui peut encore évoluer pour plus d'équité. « Une nationalisation des moyens »³⁴ est prônée et une tarification nationale de l'APA ne se distinguerait plus par département.

Après les politiques en faveur des personnes âgées, des mesures en faveur des personnes handicapées sont inscrites dans cette dernière loi puis dans le plan sur l'autisme, en matière d'accompagnement, pour leur plus grande intégration.

Les permanences d'accès aux soins installées dans les hôpitaux tentent de répondre aux besoins des plus démunis et reposent sur une prise en charge pluridisciplinaire avec une dimension médicale, sociale et pluriprofessionnelle associant les partenaires, de la ville, des associations et de l'hôpital : une prise en charge coordonnée pour un retour au droit commun. De la même manière, l'ouverture de plages de consultations non programmées en cabinet libéral favorise l'accès au médecin généraliste. Mais deux millions de Français sont confrontés à la désertification médicale, en lien avec la démographie de ce corps professionnel, et de leurs aspirations en matière d'exercice professionnel. Le Pacte territoire santé prévoit dix engagements dont le soutien des équipes de soins primaires que ce soit en termes d'organisation, de recherche ou du travail en équipe. Permettre à chacun d'accéder à des soins urgents en moins de trente minutes, ne signifie pas multiplier les services d'urgence, mais équivaut à améliorer la complémentarité entre les services existants : moyens hélicoptérés de la sécurité civile et services d'aide médicale urgente. Cette complémentarité exercée au sein des réseaux de soins est soulignée par l'IGAS comme positive sur l'accès aux soins. Dans la continuité, E. Macron lors de sa campagne présidentielle souhaite multiplier les maisons de santé pluridisciplinaires, favoriser la télémédecine, entrée dans le droit commun avec la LFSS de 2018. En octobre 2017, le premier ministre présente le plan gouvernemental qui vise un accès aux soins plus spécifiques à chaque territoire : conforter l'offre de soins, abolir les distances par le développement du numérique, garantir la continuité des soins et

³³ <https://www.senat.fr/dossier-legislatif/pjl04-411.html>

³⁴ Ibid.

innover dans le cadre de la responsabilité territoriale. Les pratiques avancées des professionnels paramédicaux dans le cadre d'une complémentarité avec les médecins peuvent répondre aux difficultés d'accès aux soins. C'est même un exercice promu par la DGOS dans le cadre des soins primaires pour décloisonner les secteurs de soins.

B) La territorialisation de l'offre de soins :

Le gouvernement part du principe que « chaque français doit avoir accès à une médecine de qualité dans un endroit approprié, quel que soit l'endroit où il vit »³⁵. Pour répondre à la fois aux défis du 21^{ème} siècle, aux enjeux économiques, aux besoins de la population, pour agir sur les déterminants de la santé tout en préservant l'excellence de notre système de santé, Marisol Touraine présente la stratégie nationale de santé de 2013. Elle a pour ambition de développer la prévention en s'appuyant sur le médecin traitant, pivot du premier recours et de la coordination du parcours de soins, avec un dispositif de rémunération forfaitaire tant pour les actes de prévention que pour le parcours de soins. L'égal accès aux soins sur l'ensemble des territoires constitue l'objectif principal de la loi de santé. Dans son titre II, elle indique vouloir : « faciliter au quotidien le parcours de santé des Français »³⁶, raisonner en parcours pour sortir du schéma fragmenté soins de ville, soins hospitaliers et soins médico-sociaux. En 2009, la loi HPST pose le principe de la graduation des soins autour de trois niveaux : le parcours de santé, le parcours de soins et le parcours de vie. Ces parcours avant tout fondés sur des soins primaires, devaient éviter un recours à l'hôpital systématique et trop souvent en première intention, notamment aux urgences. Elle confie au médecin généraliste, la responsabilité « d'orienter ses patients selon leurs besoins » et de « s'assurer de la coordination nécessaire à ses patients »³⁷. Pour cela, l'obligation de remettre une lettre médicale de liaison à la sortie d'hospitalisation, refondre le dossier médical partagé constituent plusieurs mesures en faveur de la coordination des professionnels autour de la prise en charge des patients. La première est rendue obligatoire par le décret du 20 juillet 2016³⁸, pris en application de la loi de santé. La deuxième mesure, pourtant lancée par la loi du 13 août 2004, se solde par un échec, puisqu'il ne fut adopté que par 500 000 patients, alors que 20 millions de personnes disposent d'un compte Ameli. Ainsi, depuis 2017, neuf départements l'expérimentent à nouveau sous l'égide de la CNAM.

L'hôpital est ancré dans la territorialisation de l'offre de soins qui avec les communautés hospitalières de territoire, les directions communes, les fusions, interroge la planification sanitaire. La répartition de l'offre de soins se base sur la notion de service public. Quelle que soit leur activité, des services sont maintenus en lien avec la mission

³⁵ Discours du Premier ministre du 13 octobre 2017 à Chalus

³⁶ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

³⁷ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 relative à l'hôpital, aux patients, à la santé et aux territoires

³⁸ Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison

de service public qu'ils assurent, une mission reconnue et valorisée financièrement soit par les MIGAC, soit par l'aide aux établissements géographiquement isolés. Les ARS en remplacement des ARH, vont porter cette vision plus globale de la santé et réguler l'offre de soins intra mais aussi extrahospitalière, visant un meilleur accès. La politique régionale de santé traduite dans les PRS va s'articuler avec la politique de ville menée par les autorités communales et formalisée dans les contrats locaux de santé. Leur élaboration associe le plus souvent des professionnels des différents secteurs. Par cette approche décloisonnée, il s'agit d'identifier et de coordonner les parcours de soins par filière de soins pour une prise en charge optimale, dans les meilleurs délais et par une meilleure utilisation des ressources. A côté des contrats locaux de santé, les filières de soins sont identifiées dans les projets médicaux (ou médico-soignants) des GHT. Toutefois, ces outils de la territorialisation restent hospitalo-centrés, l'adhésion dans les GHT n'étant obligatoire que pour les établissements publics de santé. L'établissement support concentre la technicité et la spécialisation. La continuité des soins est assurée par les établissements périphériques ou par les professionnels de ville qui interviennent désormais tant en amont qu'en aval de l'épisode de soin. L'hébergement est délégué soit à des maisons de famille ou des « hôtel-patient ». Mais les orientations médicales définies au sein des GHT, traduites dans les projets médicaux (ou médico-soignant) ne sont partagées que par les membres du GHT. Comment partager ces orientations avec des professionnels qui n'ont pas été associés à leur définition ? Le décloisonnement ville-hôpital ne se traduit pas dans un unique projet territorial de soins et de prise en charge, mais dans les relations et les initiatives au plus près des situations rencontrées.

En quoi la coordination des parcours peut-elle contribuer au décloisonnement des secteurs et à l'élaboration d'une politique des soins partagée entre tous les acteurs ?

1.2 Les concepts :

Pour compléter ce cadre contextuel, nous allons explorer les concepts de parcours, de coordination avant de terminer par le concept de compétence.

1.2.1 Le parcours :

Toutes ces restructurations : virage ambulatoire, restructuration de l'offre de soins, développement des alternatives à l'hospitalisation complète imposent de travailler à la construction de parcours et à leur coordination, associant les professionnels libéraux, associatifs et hospitaliers. Alors que plus de 15 millions des Français souffrent d'une maladie chronique, que l'HAD représente 4 millions des journées d'hospitalisation, que

plus de 330 projets de télémédecine sont déployés, il est possible de se soigner sans passer par l'hôpital. Ainsi, A. Buzyn incite à « Sortir du tout hôpital »³⁹.

Le parcours fait l'objet d'une priorité gouvernementale : la loi de santé y consacre son titre II : « Faciliter au quotidien les parcours de santé »⁴⁰, une telle importance pour accélérer le changement de paradigme de la médecine française. Notre ministre de la santé pose dans sa stratégie nationale de 2018-2022, quatre axes, dont un sur la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé. L'ANAP a lancé un programme visant à améliorer l'efficacité des établissements et le service rendu au patient notamment par une fluidification des parcours en hospitalisation programmée et non programmée avec comme objectif une hospitalisation au bon endroit et d'une juste durée. A noter que la France ne se situe qu'à la 23^{ème} position sur les 25 pays de l'OCDE en termes de durées moyennes de séjour⁴¹. Dans le cadre du plan de transformation de l'hôpital, la ministre sollicite la HAS pour définir « des indicateurs de qualité des parcours ... sur les dix pathologies les plus fréquentes »⁴²

La HAS place le parcours comme le fil conducteur de ses travaux. C'est pour elle, « un enjeu de santé publique et une priorité stratégique »⁴³. Elle s'engage dans la promotion des parcours dans le cadre de la prise en charge des maladies chroniques, incluant le patient comme acteur de ce parcours. Elle crée une commission des pratiques et des parcours et propose aux professionnels différents outils pour optimiser l'organisation des parcours de santé. A l'hôpital, l'utilisateur participe à l'évaluation de sa prise en charge à travers la méthode patients-traceur.

La HAS définit le parcours de santé comme résultant « de la délivrance coordonnée de prestations sanitaires et sociales pour répondre aux besoins de prévention et de soins des personnes, dans le cadre de dépenses maîtrisées »⁴⁴. Les ARS définissent le parcours de santé « comme la prise en charge globale du patient et de l'utilisateur dans un territoire donné, avec une meilleure attention portée à l'individu et à ses choix, nécessitant l'action coordonnée des acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social, en intégrant les facteurs déterminants de la santé »⁴⁵. Cette définition insiste sur la place de l'utilisateur, en tant que décisionnaire de son propre parcours, un droit que chacun des professionnels doit reconnaître et respecter. Mais par l'articulation de toutes ses ressources, le système de santé et les professionnels de santé doivent surtout faire preuve d'adaptabilité pour offrir une réponse appropriée aux besoins

³⁹ Discours d'A. Buzyn du 4 janvier 2018 à l'EHESP

⁴⁰ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé,

⁴¹ <https://www.ameli.fr>

⁴² Stratégie de transformation de l'hôpital, dossier de presse, Ministère des solidarités et de la santé, 13 février 2018, p.9

⁴³ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2006552/fr/certification-v2014-parcours-du-patient-en-v2014

⁴⁴ Ibid.

⁴⁵ Lexique des parcours de A à Z, Parcours de santé, parcours de soins, parcours de vie, janvier 2016, Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, p.60

des personnes, tant pour des actions de prévention, que de soins, d'accompagnement, et de suivi. Le parcours est le dispositif qui place l'utilisateur au centre pour agir en fonction de ses besoins, selon trois niveaux de prise en charge :

Le parcours de santé articule « les soins avec, en amont, la prévention en santé et sociale et en aval, l'accompagnement médico-social et social »⁴⁶. L'organisation de ces parcours est sous la responsabilité de l'état, à travers sa politique de santé, comme l'indique l'article 1^{er} de la loi de santé. L'article 14 de cette même loi distingue la notion de parcours complexe qui nécessite l'intervention de plusieurs catégories professionnelles du fait de l'état de santé, d'un handicap ou d'une situation sociale particulière.

Le parcours de soins permet « l'accès aux consultations de premier recours et, quand cela est nécessaire, aux autres lieux de soins »⁴⁷ en hospitalisation partielle ou complète, ou en hébergement de longue durée. La notion de parcours de soins coordonnés, introduite par la loi du 13 août 2004, relie la coordination des soins à la désignation d'un médecin référent.

Le parcours de vie envisage la personne dans son environnement, selon son autonomie et son projet de vie.

Le parcours de soins s'inscrit dans le parcours santé qui lui-même s'inscrit dans le parcours de vie de chacun. Il comporte l'enchaînement le plus approprié et au moment le plus opportun des différentes compétences professionnelles pour éviter les ruptures dans la prise en charge des patients. Il fait appel aux professionnels médicaux, paramédicaux et sociaux, certains positionnés comme coordonnateurs de parcours, sur les secteurs sanitaires, médico-social et social. La notion de parcours « suppose de passer d'une médecine pensée comme d'une succession d'actes ponctuels et indépendants, ... à une médecine... dont l'objectif est d'atteindre, par une pratique plus coopérative entre professionnels et une participation plus active des personnes soignées, à une qualité d'ensemble, et dans la durée, d'une prise en charge soignante »⁴⁸ : un profond changement de paradigme. L'organisation et la coordination des parcours apportent la garantie que les soins soient réalisés de manière appropriée et justifiée, au bon moment, par les bons professionnels, en juste réponse aux besoins individuels. La notion de parcours est étroitement liée à la notion de pertinence des soins. La notion de parcours part d'une standardisation de prise en charge, tout en recherchant une adaptation possible de celle-ci à partir de la singularité des situations. « Dans le cas du parcours, cette capacité d'arbitrage entre régime standardisé et prise d'initiative dépend d'un

⁴⁶<http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>

⁴⁷ Ibid.

⁴⁸ Rapport des évaluations des expérimentations dans le cadre de l'article 70 de la loi 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 – HAS – avril 2014 p.6

jugement humain, celui des professionnels de terrain »⁴⁹, entre autres des IDE de coordination.

La notion de parcours est surtout prônée par les LFSS, n'étant citée dans la loi HPST que sous l'angle de la fonction des laboratoires de biologie médicale et de l'éducation thérapeutique du patient. Dès 2010, l'assurance maladie initie le service PRADO pour accélérer le retour à domicile tout en le sécurisant. L'article 70 de la LFSS 2012⁵⁰ propose d'autres expérimentations pour améliorer l'organisation et la coordination des parcours de santé, en priorité des personnes âgées pour éviter les hospitalisations inutiles et optimiser l'organisation du retour à domicile. Au-delà des réseaux gérontologiques, qui depuis 1996, permettent une coordination entre les professionnels, plusieurs dispositifs sont censés accompagner les parcours des personnes âgées ou des populations spécifiques. Les MAIA, impulsées par la CNSA, offrent une prise en charge pluridisciplinaire aux personnes concernées et à leur entourage, à partir d'une concertation, d'une mutualisation de moyens sous un guichet intégré. En 2013, les parcours de soins des personnes âgées PAERPA préviennent la perte d'autonomie et offrent une coordination de professionnels au service de la personne âgée. La mise en place de ces dispositifs part souvent d'une co-construction et d'une volonté de quelques acteurs de partager leurs moyens d'action. D'autres dispositifs prévus par la loi de santé viennent en soutien des parcours de santé : les équipes de soins primaires, les communautés professionnelles territoriales de santé et les plateformes territoriales d'appui. Ces dispositifs s'appuient sur une concertation des différents acteurs : professionnels de premier recours qui sollicitent ceux du second recours pour travailler ensemble et avoir une approche populationnelle. Ces dispositifs se mettent en place selon un modèle d'intégration de leurs services d'aide et de soins qui dépasse la coopération pour reposer sur un principe de coordination. Ils s'articuleront entre eux, pour plus de lisibilité et d'efficacité, que si la coordination entre ces professionnels fonctionne. L'enjeu réside dans la construction des parcours mais aussi dans leur coordination qui par des partenariats, des équipes mobiles, des procédures, permet un accompagnement plus souple et adapté aux besoins des personnes : une finalité prioritaire en termes de santé publique, de prévention, de qualité de vie et de démocratie sanitaire. La coordination des parcours est un enjeu essentiel en faveur de la soutenabilité de notre système de santé. De nouvelles exigences professionnelles émanent-elles de cette fonction de coordination du parcours de soins ? De nouvelles compétences sont-elles à développer ?

Conformément à la stratégie nationale de santé, la politique de convergence des dispositifs d'appui aux parcours devrait se concrétiser sous l'égide de la fédération nationale des dispositifs de ressources et d'appui à la coordination des parcours en santé.

⁴⁹ Le patient et le système Etienne Minvielle Editions Seli Arslan mars 2018, p. 98

⁵⁰ Loi 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012

Quel impact aura cette simplification au niveau des professionnels de coordination des soins ? D'autres solutions, pour améliorer la prise en charge et les relations entre professionnels pourront être proposées à horizon 2021, dans le cadre du programme « Territoires de soins numériques ». Déjà pour mieux orienter les patients et faciliter le lien entre les professionnels, plusieurs outils sont disponibles, tels que le logiciel Trajectoire initialement conçu pour les admissions en SSR et HAD, désormais accessible pour les EHPAD. La messagerie sécurisée est en cours de déploiement et le dossier médical personnalisé devrait être généralisé dès novembre 2018.

En parallèle, l'article 51 de la LFSS de 2018 prévoit l'expérimentation de la tarification au parcours, notamment pour financer des forfaits relatifs aux affections de longue durée. A. Buzyn souhaite « aller vers une tarification à la qualité et au parcours de soins, y compris en médecine de ville »⁵¹. Quel impact aura ce nouveau mode de financement sur les pratiques et les exercices professionnels ?

En résumé, le ministère incite les professionnels à construire les parcours de soins sans se limiter au secteur sanitaire, mais dans le découplage et « incite à revoir les pratiques des professionnels, leur mode de relation, leur organisation, aussi bien en secteur hospitalier qu'ambulatoire »⁵².

Quelles sont donc les évolutions métier qu'apporte le besoin de coordination ?

1.2.2 La coordination :

A) Définitions :

Plusieurs dénominations sont utilisées selon le type de coordination. Toute activité quotidienne fait appel à une « coordination ordinaire ». La coordination des soins a plutôt recours à une « coordination dédiée »⁵³ qui complète la première. La « coordination dédiée » est définie comme des interventions systématiques de coordination consciente, volontaire et responsable qui appelle à une dimension multidimensionnelle, globale et concertée, plus protocolisée et qui implique un coordonnateur dédié.

Dans le champ sanitaire, deux types de coordination se distinguent :

- La « coordination opérationnelle » ou « coordination clinique »⁵⁴ : au niveau du parcours de soins. Elle est mise en œuvre par les professionnels de premier recours pour l'entrée du patient dans ce parcours puis sa prise en charge. Elle

⁵¹ Interview d'Agnès Buzyn, l'épreuve de vérité, Public Sénat, 19 février 2018

⁵²<http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>

⁵³ L'intervention de coordination, dans les métiers du prendre soin, Y. Couturier et L. Belzile, Editions Champ social, mars 2016, p.14

⁵⁴ <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/coordination-des-soins>,

peut se résumer en une « coordination des situations usuelles »⁵⁵ qui consiste en des échanges formels ou informels entre plusieurs professionnels.

- La « coordination d'appui de territoire »⁵⁶ ou « coordination des situations complexes »⁵⁷ pour suppléer à la coordination opérationnelle, centrée sur la coordination des parcours complexes avec des missions d'information, d'orientation et d'appui. Elle correspond à la mission des plateformes territoriales d'appui, outils créés par la loi de santé. Cette coordination d'appui arrive en soutien aux professionnels, contribuant au décloisonnement des secteurs et facilitant la communication entre tous. Elle sécurise le retour à domicile et intervient en soutien dans l'éducation thérapeutique.

L'ANAP définit la coordination comme « l'ensemble des processus et des moyens par lesquels différents professionnels :

- S'accordent sur les activités qu'ils jugent utiles à la personne ;
- Interagissent durant la réalisation de ces activités »⁵⁸, comme dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre du projet de soins personnalisé. Ce processus comporte plusieurs étapes ordonnées : une évaluation du besoin, une connaissance des ressources disponibles et une compréhension des logiques et impératifs de chaque acteur ce qui permet de mieux les articuler et les faire travailler ensemble.

En tant que mission de service public (Art.L6112-1)⁵⁹, la coordination incombe à la fois aux structures telles que les centres de santé, aux établissements et au médecin généraliste qui doit « s'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients »⁶⁰. Elle questionne les organisations de travail, les relations interprofessionnelles et les compétences. Pour cela, la coordination fait appel d'une part à la collaboration : une façon de travailler avec d'autres personnes, d'autre part, à la coopération : la réalisation d'une tâche à plusieurs. Nous analyserons ces deux concepts à travers les six mécanismes de la coordination tels que décrits par Mintzberg⁶¹ :

- La supervision directe
- L'ajustement mutuel
- La standardisation des procédés,
- La standardisation des résultats.

⁵⁵ Organisations territoriales au service de la coordination Tome 1 : construction de dispositifs d'appui à la coordination des situations complexes ANAP septembre 2017, p.9

⁵⁶ <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/coordination-des-soins>, consulté le 24 juillet 2018

⁵⁷ Op. cit, ANAP, septembre 2017, p. 10

⁵⁸ Ibid. p.8

⁵⁹ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006690669&dateTexte=>

⁶⁰ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 relative à l'hôpital, aux patients, à la santé et aux territoires.

⁶¹ Op. cit., Yves COUTURIER et Louise BELZILE, mars 2016 p.14-15

- La standardisation des qualifications
- La standardisation des normes

B) La collaboration

La collaboration interprofessionnelle se caractérise par un partenariat, une interdépendance, un partage des informations utiles à la prise en charge du patient, un partage des connaissances, des expériences, des compétences et des valeurs de chacun... Les professionnels utilisent l'« ajustement mutuel » pour se mettre d'accord sur leurs pratiques, sur l'organisation des soins, par les voies de communication les plus simples. Ce mécanisme s'effectue le plus souvent, de manière spontanée et instantanée. Toutefois, des expériences nous montrent qu'il est parfois nécessaire de négocier pour arriver à s'accorder sur la cohérence de l'ordonnancement des interventions et leur synchronisation, ceci pour éviter les ruptures dans le parcours de soins. Cette collaboration dépend de la volonté des professionnels à entrer en communication, à se respecter, à se faire confiance, comme pour la « coordination dédiée ». C'est ce que F. Wacheux et M. Asmar nomment les « facteurs interactionnels »⁶². Ces mêmes relations se retrouvent dans le travail en équipe, un mode de fonctionnement courant dans les structures sanitaires en adéquation avec les valeurs soignantes. L'équipe de soins, telle que définie par le décret du 20 juillet 2016, comprend tous les professionnels qu'ils soient libéraux, salariés du secteur ambulatoire, sanitaire ou médico-social, à partir du moment où ils interviennent « directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur, ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes »⁶³. Toutefois, cette équipe de soins n'est pas constituée des mêmes professionnels, à chaque intervention, pour tous les patients. Elle ne dispose pas d'une histoire, d'une identité, de pratiques, d'une hiérarchie, communes. Alors que la coordination implique une « culture d'intervention commune »⁶⁴, ces professionnels doivent s'appuyer sur les valeurs et les projets qui les rassemblent. C'est ce rôle que les valeurs et la culture jouent et que Mintzberg appelle « la standardisation des normes ».

Dans le domaine des sciences de l'éducation, il semblerait que « la coordination des pratiques peut se prescrire, mais pas la collaboration entre enseignants »⁶⁵. Si on fait le parallèle dans le domaine de la santé, la coordination des soins peut se prescrire par le

⁶² <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00170357/document>

⁶³ Décret n°2016-996 du 20 juillet 2016, relatif à la liste des structures de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale dans lesquels peuvent exercer les membres d'une équipe de soins

⁶⁴ Op. cit., Yves COUTURIER et Louise BELZILE, mars 2016 p. 80

⁶⁵ « Coordonner, collaborer, coopérer » JF Marcel, V. Dupriez, D Peusset Bagnoud et M. Tardif 2007, Editions De Boeck Supérieur

médecin traitant, mais rien n'oblige les professionnels à collaborer et coopérer, d'où la nécessaire volonté des acteurs, comme socle de la coordination. Comment faire naître ce besoin, les inciter à y trouver chacun un intérêt ? Au-delà de ces freins, sur quels leviers peut s'appuyer les professionnels pour une meilleure collaboration ?

La collaboration interroge la relation au pouvoir dans la mesure où les professionnels ne peuvent plus répondre individuellement aux besoins du fait de la complexité des situations. Et sans avoir d'autorité hiérarchique, le coordonnateur du parcours de soins, en tant que « coordonnateur dédié » a cette fonction de leader, doté d'une autorité fonctionnelle. La supervision ne peut reposer sur une liaison hiérarchique du coordonnateur vis-à-vis des autres intervenants. Selon Royer, « la coordination est une obligation fonctionnelle liée à des enjeux de pouvoir ; elle résulte de l'obligation morale et politique de la coopération »⁶⁶. Comment reconnaître les différences de chacun, en faire une force et sortir vers une coopération gagnante pour tous, favorable à la coordination des soins au sein des parcours de soins ?

C) La coopération

Sociologiquement, Sennett part du principe que chacun d'entre nous cherche naturellement à coopérer ; la coopération « est inscrite dans nos gènes »⁶⁷, dit-il. Toutefois, nos expériences nous montrent que cette coopération n'est pas toujours aussi naturelle entre les professionnels de ville et les hospitaliers. Serait-elle empêchée par les managers, les organisations, le manque d'outils... ? Selon N. Alter, la coopération implique un effort supplémentaire dans le sens où selon la théorie de M. Mauss, « coopérer, c'est donner »⁶⁸, puis recevoir et rendre : des échanges qui créent une dynamique vers la reconnaissance, le développement de compétences collectives, pour une organisation de travail collective plus efficiente. Selon FX Schweyer, « la coopération s'appuie sur trois forces :

- la sociabilité
- la professionnalité
- la rationalité »⁶⁹.

La coopération est plus ou moins facile selon l'influence de l'histoire, de la culture, des relations, comme nous l'avons vu dans les expériences précédentes. Elle nécessite de la confiance, un travail d'acculturation et de différenciation avec l'ensemble des professionnels intervenant dans la coordination du parcours de soins. Cette socialisation

⁶⁶ « L'actualité et les enjeux de la coordination, des actions et des dispositifs ». Marcel JAEGER, Vie sociale n°1 – 2010, p. 16

⁶⁷ Ensemble pour une éthique de la coopération. Richard SENNETT, Editions Albin MICHEL, 2014, 378 pages.

⁶⁸ « sociologie de l'hôpital et de l'action collective, compléments » Cours FX Schweyer, EHESP, CMH ERIS UMR 8097

⁶⁹ « Culture et changement » Cours FX Schweyer, EHESP, CMH ERIS UMR 8097

va conjuguer les identités pour développer une culture commune, comme nous venons de le voir à travers la collaboration.

La coopération est facilitée par une « standardisation des procédés » qui dictent les pratiques mais que les professionnels libéraux peuvent trouver trop contraignantes. Les modélisations de parcours selon les recommandations de la HAS, rationalisent la coordination ; l'organisation des soins et des étapes de la prise en charge étant protocolisée. Mais, devant la singularité des situations de soins, une constante adaptation doit s'opérer à travers et grâce à la coordination des soins.

La coopération interroge les organisations de travail entre la médecine de ville et les institutions hospitalières les unes vis-à-vis des autres. La première qui repose sur « la médecine libérale longtemps rétive aux instruments du gouvernement »⁷⁰, évolue avec le développement d'autres structures de coordination opérationnelle ou d'appui : MSP, centres de soins, plateforme territoriale d'appui...pour se rapprocher d'une organisation en réseaux. Pour coordonner leurs interventions autour d'une personne, les professionnels disposent de plusieurs outils de coopération : la convention de partenariat, le plan personnalisé de santé, le dossier patient... Les organismes locaux d'assurance maladie formalisent par un contrat les engagements conclus avec les médecins généralistes ou les centres de santé en matière de coordination. Toujours pour favoriser cette coopération dans le but d'une meilleure continuité des soins, la loi de santé prévoit d'autres outils de communication tels que la lettre de liaison. Plusieurs solutions numériques peuvent faciliter cette coordination, encore faut-il qu'elles soient adoptées, partagées et mises en œuvre par les différentes parties de la coordination, que chacun en comprenne le sens, l'utilité pour s'ajuster mutuellement. De leur côté, sous l'impulsion des politiques régionales et territoriales, les organisations hospitalières s'ouvrent aux secteurs ambulatoire et médico-social, peut-être de façon contrainte et maladroite. Et la messagerie sécurisée, le dossier pharmaceutique, le dossier médical partagé, la télémédecine... relie les professionnels de ces secteurs.

La coopération se caractérise par des interdépendances professionnelles autour d'un travail collectif pour aboutir au meilleur service rendu. Chacun s'attache à dispenser une prise en charge de qualité, recherchant la satisfaction des patients, mais également leur propre satisfaction en termes de conditions de travail. A ce titre, elle interroge le sens au travail : quel engagement des professionnels pour quelle finalité sous entendue, avec quelle efficacité ? Des résultats standardisés sont attendus, conformément aux normes et objectifs nationaux de qualité.

Par la coopération et la collaboration, la coordination est décrite comme un moyen pour atteindre sa finalité, au service :

⁷⁰ « Sociologie politique de la santé : réformes, organisations et professions de santé, les soins de premier recours en France », FX. Schweyer, EHESP, CMH ERIS UMR 8097

- Du parcours de santé, pour garantir aux populations « la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficience »⁷¹ des prises en charge en tenant compte de spécificités territoriales
- Des actions de promotion de la santé
- Des professionnels pour mieux structurer les parcours et optimiser les parcours complexes.

D) Vers une coordination d'intégration :

La coordination permet la continuité des soins et la fluidification du parcours grâce à son rôle aux interfaces des différents segments du processus de prise en charge : l'entrée dans le parcours, l'organisation de ce parcours aux étapes clés et le suivi jusqu'au relais ou à la sortie du parcours de soins. En évitant le risque de rupture à ces différents temps du parcours, elle contribue à la sécurité des soins. Elle évalue l'utilité des actions de soins et devient un outil de pertinence des soins.

Dans le champ social et médico-social, la coordination vise à organiser la complémentarité et la continuité des prises en charge selon trois niveaux structurés :

- Au niveau micro ou individuel, par les professionnels de coordination en proximité du patient
- Au niveau méso, par l'encadrement intermédiaire qui agit sur les organisations de travail
- Au niveau macro, par les décideurs, dont le directeur des soins, qui définissent la politique et la stratégie de coordination.

La coordination est qualifiée d'horizontale quand chacun des acteurs l'anime sur un même niveau. Elle est verticale quand les professionnels naviguent entre les trois niveaux. Dans quel type de coordination se retrouvent les professionnels de l'HAD ? Sur nos terrains d'observation, les infirmières coordinatrices ne se cantonnaient pas au niveau micro, dans la mesure où elles devaient induire le changement et construire une nouvelle organisation des soins avec la ville. D'après A. Bloch et L. Hénaut, elles devenaient « coordonnateurs d'innovation »⁷², c'est-à-dire qu'elles devaient mettre en œuvre de nouveaux partenariats, créer de nouveaux outils, pour de nouvelles organisations de soins. Elles devaient à la fois « faire au mieux avec le système tel qu'il est »⁷³, c'est-à-dire faire, ce que nous appelons de « la coordination de navigation », et en même temps faire évoluer les organisations, conduire les évolutions du système de santé en influant sur les pratiques des professionnels, ce qui consiste à faire, ce que nous nommons de la

⁷¹ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

⁷² « Coordonnateurs d'innovation », A. Bloc, L. Hénaut, Revue hospitalière de France, N° 557, Mars-avril 2014, p.16

⁷³ « Les nouveaux métiers de la coordination » groupe N°14, MIP, 2016, p.32

« coordination d'intégration ». Mais disposaient-elles de toutes les connaissances, de toutes les capacités, et des compétences requises pour cette coordination verticale ?

En sociologie, la notion d'intégration consiste « à adjoindre un élément à d'autres »⁷⁴, mais en influant sur le tout dans le but de l'améliorer. Elle « consiste à reconnaître les différences et à s'appuyer sur elles pour assurer la convergence des actions vers des objectifs communs »⁷⁵. Elle constitue un préalable au partenariat entre les professionnels de santé qui cherchent à se structurer pour faire évoluer une offre de soins. Pour l'ARS de Bourgogne Franche-Comté, dans un dispositif intégré, chaque professionnel agit en co-responsabilité. Ils doivent être « autonomes pour coordonner leurs interdépendances, dans le but de réaliser un projet collectif,... à un triple échelon : stratégique, tactique, opérationnel »⁷⁶. L'autonomie leur confère une capacité à agir avec rationalité selon les trois niveaux micro, méso et macro. L'intégration favorise la prise en charge intersectorielle par une gestion partagée du processus de soins. L'approche intégrée s'inscrit sur un modèle de santé communautaire, part des besoins des patients et s'articule entre tous les dispositifs et services existants. D'après l'OMS, cette intégration repose sur plusieurs éléments :

- « Une évaluation globale et un plan de soins partagés par l'ensemble des professionnels ;
- Des objectifs de soins et de traitement communs pour tous les dispensateurs ;
- Des interventions de proximité dans la communauté et des interventions à domicile ;
- Un soutien à l'autogestion ;
- Des processus généraux d'orientation et de suivi ;
- Une participation de la communauté et un soutien aux soignants. »⁷⁷

Les trois premiers points relèvent de la compétence clinique des infirmiers. En revanche, sur les trois derniers points, les infirmiers de coordination auraient besoin d'un soutien, d'une aide complémentaire. Les difficultés que rencontraient les IDE coordinatrices provenaient-elles d'une professionnalité partielle ? Quelles compétences spécifiques sont à développer pour que les professionnels conduisent cette coordination d'intégration ? En quoi le directeur des soins peut-il apporter sa contribution, avec quels acteurs et quelle stratégie ?

⁷⁴ <https://www.universalis.fr/encyclopedie/integration-sociologie/>

⁷⁵ « Une démarche d'analyse des situations de travail - Principes et structures » FX Schweyer, EHESP, CMH ERIS UMR 8097

⁷⁶ <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/alcimed-rapportintermediaire-etudeprospectiverelativelorganisationdesstructuresdecoordination-alcime-160712075536.pdf>

⁷⁷ http://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/who_-_icope_brochure_-_fr_080218_final_lowres.pdf

1.2.3 La compétence :

La coordination est d'autant plus efficace qu'elle s'appuie sur une intelligence collective résultant d'une alchimie des compétences individuelles, conduite par l'IDE coordinatrice. La collaboration interprofessionnelle et la coopération mobilisent plusieurs domaines de compétences :

- « La compétence à la clarification des rôles »
- « La compétence à la résolution de conflits interprofessionnels »
- « La compétence au leadership collaboratif »
- « La compétence au travail en équipe »
- « La compétence à la communication interprofessionnelle »
- « La compétence de développer une intervention centrée sur les besoins des usagers et de ses proches »⁷⁸

La fonction de coordination implique de savoir coopérer, savoir communiquer par la maîtrise d'une langue commune entre professionnels de terrain, savoir construire une représentation commune, savoir comprendre les autres, leur logique, leur intérêt, savoir travailler en complémentarité à partir d'outils communs, savoir fixer des objectifs communs et élaborer un projet qui devra être partagé. En comparaison avec le descriptif de la compétence 9 du référentiel de compétences infirmier « Organiser et coordonner les interventions soignantes »⁷⁹ (annexe 2), la fiche métier « coordinatrice de parcours en santé » liste plusieurs savoir-faire spécifiques : savoir analyser, savoir synthétiser, savoir convaincre qui ne correspondent pas aux compétences de base d'un infirmier. Ce dernier doit être en capacité de traduire les logiques d'intervention des uns vis-à-vis des autres en sachant mobiliser ses ressources et celles de l'environnement.

Ph. Zarifian définit la compétence comme « la prise d'initiative et de responsabilité de l'individu sur des situations professionnelles auxquelles il est confronté »⁸⁰. Précédemment, nous venons de voir que les professionnels de la coordination doivent faire preuve d'autonomie et de leadership. Cette définition implique pour le professionnel une autonomie à partir de laquelle il va s'autoriser à œuvrer selon sa marge de manœuvre pour fédérer ses partenaires sans uniquement se conformer au rôle prescrit.

En référence à G. Le Boterf, la compétence est la combinaison de nos propres ressources : les savoirs, le savoir-faire issu des expériences antérieures et le savoir-être avec les ressources de l'environnement, pour agir en situation de travail. La combinaison de ces savoirs s'appuie sur des processus cognitifs menés avec intelligence dans le sens où il faut comprendre les situations, les demandes en soins, les besoins de coordination, les ressources disponibles pour repérer les connaissances à mobiliser. C'est ce que F. Terraneo et N. Avanzino appellent « la dimension compréhensive... qui se développe

⁷⁸ Op. cit., Yves COUTURIER et Louise BELZILE, mars 2016, p.96-97

⁷⁹ <http://www.portfolio-infirmier.fr/le-referentiel-de-competences>

⁸⁰ Objectif compétence Ph. Zarifian, Editions Liaisons, septembre 1999, p. 70

particulièrement dans les situations d'interactions sociales, lorsque le sujet doit « décoder » les comportements de l'autre, dans le but d'ajuster son propre comportement afin d'obtenir le succès de son activité »⁸¹. C'est bien cette dimension que les professionnels utilisent pour donner du sens à leurs actions. La compétence s'inscrit différemment selon les organisations de travail. Dans le cas de notre étude, il s'agit d'une « organisation transversale »⁸² faisant appel à un réseau de professionnels qui doivent interagir autour du patient pour lui prodiguer les soins et dispenser une prise en charge singulière. Dans la coordination du parcours de soins, l'art de la coordinatrice sera d'amener ces professionnels à partager les mêmes enjeux, à assumer ensemble la responsabilité de cette prise en charge coordonnée, à partir de son autorité fonctionnelle. L'infirmier de coordination doit donc disposer d'un socle de connaissances théoriques (en négociation, en gestion des conflits, sur les concepts de parcours, de territorialisation...) d'une bonne connaissance de l'environnement, des autres et de soi, pour développer les compétences spécifiques à la coordination.

Dans le cadre de la coordination des soins, il s'agit de coopérer avec les autres professionnels, de travailler en pluridisciplinarité, avec une multiplicité de regards qui se questionnent et en interdisciplinarité qui nécessite la synthèse de ces échanges pluriprofessionnels pour la construction d'une représentation partagée commune conduisant à la transdisciplinarité.

1.3 Le rôle du directeur des soins :

Le directeur des soins doit répondre à plusieurs enjeux : une meilleure gradation des soins et une meilleure utilisation des compétences rares sur l'ensemble d'un territoire pour des soins de qualité et sécurisés pour tous. Il traduit les orientations nationales en matière de prévention, de soins, d'accompagnement, reprises dans les PRS telles que le développement de l'HAD, le développement ou la mise en place de la télémédecine, le déploiement de solutions numériques entre la ville et l'hôpital...

Dans le cadre de sa mission générale⁸³, le directeur des soins définit et organise la politique des soins, conformément au projet de soins sur la base du projet médical. En tant que président de la CSIRMT du GHT, il inscrit sa stratégie de prise en charge commune dans un schéma partenarial territorial. La territorialisation des soins implique d'identifier et de coordonner les parcours de soins par filières de soins : une responsabilité territoriale qui lui incombe et qu'il doit inscrire sur la base de coopérations et de mutualisations d'acteurs. Même si les GHT ne sont constitués principalement que

⁸¹ Recherche en soins infirmiers « Historique de l'analyse du travail » 2006/4 N°87, p 16 à 24 www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2006-4-page-16htm#pa25, Fabienne Terraneo et Nadia Avanzino

⁸² Op. cit., Ph. Zarifian, septembre 1999, p. 60

⁸³ Décret du 19 avril 2002, portant statut du corps des directeurs des soins

d'établissements sanitaires, la médecine de parcours fait intervenir des professionnels de ville et des structures médico-sociales. Et conformément aux principes et aux valeurs de la territorialisation de l'offre de soins, le président de la CSIRMT de territoire, membre du comité stratégique du GHT, doit promouvoir une culture de décloisonnement des secteurs de soins et d'échanges au sein de l'instance qu'il préside. De par son expérience de soignant, il sait faire vivre la complémentarité et penser la transversalité. En tant qu'espace d'innovation, le directeur des soins doit savoir œuvrer dans un univers de coopération et d'incertitudes. Son management doit se tourner vers l'extérieur, sur un mode fédérateur et sur une ligne fonctionnelle plus que hiérarchique.

En capacité de décrypter les politiques publiques, il leur donne du sens, facilite leur appropriation et conduit le changement auprès de ses collaborateurs et des professionnels positionnés comme coordonnateur de parcours de soins par filières, à l'hôpital mais aussi en lien avec les structures associatives, médico-sociales, sociales et les professionnels libéraux. Ils doivent se positionner en « champions organisationnels »⁸⁴, c'est-à-dire, élaborer des projets coopératifs pour répondre de manière la plus pragmatique aux besoins du territoire.

Le directeur des soins est garant de la qualité et de la sécurité des soins. Responsable des processus de soins et plus généralement du processus « parcours du patient », il valide, en collaboration avec le directeur qualité, les indicateurs qualité pour évaluer la mise en œuvre des activités aux différentes étapes de ce processus. L'analyse de ce processus s'appuie sur la satisfaction du patient, sur celle des professionnels hospitaliers mais doit également prendre en compte l'évaluation des partenaires intervenant sur le parcours de soins. La démarche qualité partagée, en tant qu'outil d'évaluation de la politique de soins partagée positionne le coordonnateur général des soins comme le président de CME, pilote légitime de la thématique « parcours du patient à l'appui du projet médical partagé »⁸⁵ et acteur de la politique d'amélioration de la qualité et sécurité des soins sur le territoire.

Pour la réalisation des activités de soins, il répartit de façon équilibrée, quantitativement et qualitativement, les ressources humaines, en collaboration avec les responsables médicaux de filières de soins. Ainsi, il participe au recrutement des coordonnateurs de parcours de soins à partir des besoins en compétences nécessaires au sein du territoire. Il participe à la politique d'accueil et d'intégration des professionnels sur leurs nouvelles fonctions. A ce titre, il a un rôle dans le développement des compétences spécifiques à la coordination du parcours de soins, en inscrivant les actions de formation nécessaires dans le plan de développement professionnel continu, en parallèle du partage d'expériences avec des professionnels de territoires voisins. Alors

⁸⁴ « Coordonnateurs d'innovation », A. Bloc, L. Hénault, Revue hospitalière de France, N° 557, Mars-avril 2014, p.18

⁸⁵ Op. cit. HAS, mai 2016, p.2

que de nouveaux besoins apparaissent en lien avec une offre territoriale de parcours de soins, le directeur des soins participe à la construction d'expériences novatrices en matière de coopérations entre professionnels, d'évolution des métiers et des pratiques. Les pratiques avancées peuvent-elles mieux répondre aux attentes des usagers, de l'institution, des pouvoirs publics, de l'ensemble des partenaires, face à la complexité des situations et à la pluralité des professionnels ?

La coordination faisant appel à la construction de partenariats extrahospitaliers, comment le coordonnateur général des soins peut-il développer une synergie des compétences vers une « coordination d'intégration » ? Les exercices professionnels mixtes sont-ils promoteur d'un modèle de soins intégrés ?

Les directeurs de soins sont préoccupés par le développement de l'intelligence collective et la recherche de performance des organisations de soins, conformément aux principes éthiques et démocratiques. L'intelligence collective constitue un facteur d'efficacité. Elle n'est pas naturelle, elle se construit avec le temps, sous la direction d'un leadership qui va réguler, favoriser la combinaison des intelligences individuelles. Comment le directeur des soins peut-il accompagner culturellement ces transitions ?

2 L'enquête de terrain et l'analyse

Une première partie va présenter la méthodologie suivie pour l'enquête de terrain afin de confirmer ou infirmer les hypothèses et répondre à la question centrale. Une deuxième partie exposera l'analyse des entretiens par thématique.

2.1 Méthodologie de l'enquête de terrain :

2.1.1 Les objectifs :

Il s'agit de réaliser cette enquête auprès des professionnels impliqués dans la coordination du parcours de soins. Même si nous restons centrés sur l'HAD, son fonctionnement, sous la responsabilité du directeur des soins, s'appuyant sur une collaboration ville-hôpital, nous incite à requérir les points de vue des professionnels tant du secteur ambulatoire que sanitaire.

Ces entretiens devraient nous permettre d'explorer le processus complexe de coordination du parcours de soins, d'identifier les freins et les leviers à cette coopération et ainsi dégager la stratégie que le directeur des soins peut développer pour fluidifier la coordination du parcours et favoriser la collaboration intersectorielle.

A partir de l'analyse des résultats de cette enquête, nous définirons des préconisations qui ne pourront certes s'appliquer qu'à la coordination du parcours de soins en HAD, mais qui pourraient servir de base de réflexion pour la mise en œuvre d'une coordination entre les secteurs sanitaire et ambulatoire, pour des parcours sur d'autres filières de soins, avec d'autres outils, comme la télémédecine par exemple.

2.1.2 Le choix de la méthode :

Le recours à la méthode qualitative permet d'explorer les relations interprofessionnelles, d'échanger sur les expériences apprenantes de chacun et d'investiguer les représentations des différents partenaires de la coordination du parcours de soins. Pour ces différentes raisons, cette méthode nous semblait plus adaptée à cette enquête.

Nous avons recensé l'ensemble des établissements hospitaliers des régions choisies ayant une autorisation d'activité d'hospitalisation à domicile pour disposer des coordonnées des directeurs de soins concernés, puis obtenir celles des professionnels hospitaliers : cadres de santé et infirmiers de coordination. Nous avons choisi les professionnels de ville au hasard sur les mêmes lieux d'exercice que les professionnels hospitaliers. Nous avons exclu les professionnels de structures médico-sociales.

L'ensemble des professionnels a été contacté soit par téléphone, soit par courriel, avec la présentation de notre fonction, ainsi que l'objet de notre demande, le sujet général et les modalités de notre enquête.

2.1.3 L'outil d'enquête de terrain :

Pour recueillir un maximum de données, nous avons envisagé des entretiens semi directifs individuels à la fois pour la semi-liberté qu'ils laissent aux interviewés et à la fois pour le caractère formalisé par le guide d'entretien. Ce dernier permet de guider l'entretien en fonction du degré et du niveau d'exploration souhaité et de respecter les contraintes de disponibilité et de temps.

Nous avons construit une grille d'entretien pour chacune des catégories professionnelles interviewées, comme présentées en annexes de 3 à 8. Chaque grille investit nos deux hypothèses sur la base de questions ouvertes que nous avons complétées par des questions de relance selon les réponses. Nous nous sommes appuyés sur nos entretiens exploratoires pour élaborer et tester cette grille d'entretien.

Il s'agissait d'explorer les axes suivants :

- Les freins et les leviers à une collaboration en matière de coordination de parcours de soins
- Les représentations de chacun des professionnels vis-à-vis de leurs partenaires
- Les compétences nécessaires à la coordination du parcours de soins
- Le rôle du directeur des soins

Avant tout entretien, nous avons présenté le déroulement, le thème général et assuré l'interviewé du respect de l'anonymat : une phase essentielle pour assurer un minimum de confiance d'autant que pour des raisons de temporalité et de faisabilité, nous avons réalisé ces entretiens par téléphone. Sur accord des personnes interviewées, nous avons enregistré la totalité des entretiens facilitant leur retranscription, évitant la perte de données verbales et non verbales.

Nous nous sommes attachés à reformuler les propos reçus pour confirmer leur fidèle compréhension et inciter l'interviewé à les enrichir. Nous avons veillé à observer une écoute, une neutralité, et une souplesse, favorables à l'expression des professionnels.

A la fin de chaque entretien, nous avons synthétisé les idées essentielles invitant ensuite chaque interviewé à les compléter. Chacun a ensuite été remercié de leur collaboration pour ce travail. Le fruit de ces entretiens ne sera utilisé que pour ce mémoire et les enregistrements seront effacés après leur retranscription anonyme.

2.1.4 Le lieu d'enquête :

Notre étude porte sur les HAD publics des régions Pays de Loire et Bretagne, d'une part pour différencier notre étude des terrains d'observation : régions Centre et Nouvelle Aquitaine, d'autre part pour un échantillon suffisamment représentatif.

Sept centres hospitaliers disposent d'une HAD, dont un CHU que nous avons exclu pour éviter un biais de taille, de gouvernance, de disponibilité des ressources tant hospitalières qu'ambulatoires et dans l'intérêt de la transférabilité des résultats dans notre futur lieu d'exercice.

Il peut être important de souligner que, au niveau des structures d'hospitalisation à domicile, la concurrence avec le privé est présente. Le modèle privé peut influencer les structures publiques tant au niveau de l'organisation du travail que des relations interprofessionnelles. Notre travail MIP a démontré que la région Bretagne est relativement avancée dans la mise en œuvre de la télémédecine qui mobilise la collaboration ville hôpital, ce qui peut également influencer sur les données recueillies.

2.1.5 La population d'enquête :

Plus que le nombre, et sans vouloir être exhaustifs, nous avons surtout voulu recueillir la plus grande diversité d'avis. Pour cela, nous avons interrogé un faible échantillon de la plupart des catégories professionnelles impliquées dans la coordination du parcours de soins des patients, plus particulièrement ceux pris en charge dans le cadre d'une HAD.

Au total, nous avons réalisé 13 entretiens :

- Trois, lors de notre premier stage dans le cadre de l'enquête exploratoire auprès de la coordinatrice générale des soins, de la présidente de la CME et du cadre de santé responsable de l'HAD.
- Dix entretiens ont été réalisés, de mai à juillet, auprès :
 - D'infirmières coordonnatrices d'HAD, pour quatre d'entre elles, pour évaluer le contour de leur fonction, de leurs missions, leurs difficultés dans la coordination, les leviers possibles, leurs besoins, les compétences nécessaires qu'elles ont développées au fil de leur expérience et par quel moyen.
 - Trois IDE de ville avec chacune un parcours et une fonction différente : l'une infirmière libérale, l'autre infirmière de coordination au sein d'une plateforme territoriale de soins et la troisième infirmière directrice salariée en cabinet de soins pour évaluer leur niveau d'intervention dans le parcours de soins en termes d'activité, de relations, les difficultés rencontrées et les solutions qui ont été apportées, ainsi que leurs attentes.

- Deux cadres de santé responsable des HAD pour évaluer leur niveau d'intervention dans la coordination, les relations avec les IDE coordonnatrices et les professionnels de ville, les compétences nécessaires à la coordination, les moyens pour le développement de ces compétences.
- Deux directrices de soins d'établissements dont dépendent les HAD pour évaluer les capacités et compétences nécessaires à la fonction de coordonnateur, l'évolution de ces métiers et de son exercice à l'échelle territoriale, le rôle et la place du directeur des soins dans la coordination des parcours, ses relations avec les professionnels de ville, les difficultés rencontrées, les leviers et les stratégies mises en œuvre.

Nous avons sollicité :

- Deux autres directeurs des soins
- Deux médecins généralistes en tant que responsables de la coordination du parcours de soins, pour évaluer leurs attentes, les difficultés rencontrées, les opportunités, les résultats obtenus.
- Deux représentants paramédicaux des URPS, en tant qu'interlocuteurs des professionnels de ville.

Même après plusieurs relances, nous n'avons pas pu mener ces entretiens dans le temps imparti.

2.2 L'analyse de l'enquête :

Avant de présenter les résultats de notre enquête, nous reviendrons sur la méthodologie utilisée pour exploiter les entretiens menés auprès des différents professionnels.

2.2.1 La méthodologie d'analyse des entretiens :

Nous avons procédé en deux phases :

- La retranscription des entretiens mot à mot puis par thématique pour nous centrer sur les seules données pertinentes en regard des thèmes retenus.
- L'analyse selon deux approches : verticale, « une analyse par entretien »⁸⁶, et une approche horizontale « plus transversale »⁸⁷.

Ces analyses vont être présentées sous chacune des deux hypothèses posées.

⁸⁶ Méthodologie de la recherche ML Gavard-Perret, D. Gotteland, C. Haon, A. Jolibert Editions Pearson Education France, 2008, p. 262

⁸⁷ Ibid.

Au-delà de la recherche bibliographique, l'analyse de la fiche métier en chantier « coordinateur(trice) de parcours en santé »⁸⁸ complète l'analyse des entretiens.

2.2.2 Les résultats de l'enquête :

Ayant par hasard interrogé que des professionnels féminins, nous traduirons les propos recueillis avec le genre féminin, pour chacune des hypothèses posées.

Hypothèse 1 :

La méconnaissance mutuelle (professionnels de ville et professionnels du secteur sanitaire) ne permet pas une conception partagée du soin, un premier frein à la collaboration et à la coordination du parcours de soins.

Les entretiens nous montrent la persistance de freins et de représentations des uns vis-à-vis des autres, mais relatent aussi des expériences de collaboration réussie grâce à la conjonction de plusieurs facteurs.

A) Les relations interprofessionnelles

Toutes les professionnelles impliquées opérationnellement dans la prise en charge du patient (7/7 des IDE) évoquent une collaboration qui se passe de mieux en mieux parce qu'elles se connaissent « depuis longtemps », « de longue date », « avant de travailler ensemble » ou « pour avoir travaillé dans le même service ». Et les professionnelles de ville s'adressent en priorité aux professionnels hospitaliers qu'elles connaissent, donc aux IDE coordinatrices, « éventuellement mais plus rarement, aux cadres de santé rencontrées une ou deux fois pour des questions plus stratégiques ». Les directeurs des soins sont méconnus même par la directrice du cabinet de soins qui « ne sait à qui s'adresser pour renouveler la signature de la convention ». En revanche, les IDE de ville (3/3) connaissent bien les assistantes sociales de l'hôpital parce qu'elles les rencontrent aux réunions MAIA, CLIC et parce qu'elles les contactent souvent pour organiser la sortie des patients. Mais elles ajoutent que « c'est plus facile entre pairs ». Pour autant quand les IDE de ville s'adressent à leurs consœurs des services de soins, deux d'entre elles disent « contacter plusieurs fois le service pendant l'hospitalisation d'un patient sans pour autant recevoir de manière anticipée l'information sur sa sortie ». Elles n'ont pas d'interlocuteur unique contrairement à l'HAD. Elles ne se connaissent pas et ne se reconnaissent pas dans les équipes de soins avec lesquelles elles n'ont pas l'occasion de se retrouver autour du projet de prise en charge du patient. Elles n'osent pas s'adresser à la cadre de santé du service de soins et ont le sentiment qu'aucune action

⁸⁸ www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=183

corrective n'est menée pour améliorer le défaut d'information qui persiste aux étapes clés du parcours : entrée et sortie.

A domicile, elles ont appris à se connaître en partageant informellement le même espace, sur un même temps et autour d'un projet commun : la prise en charge du patient dans son lieu de vie. Même sans être sollicitées, les IDE coordinatrices créent des occasions « pour maintenir le lien patient-professionnels de ville et la continuité de service », un effort largement reconnu par les trois IDE de ville. Elles cherchent à se rencontrer physiquement, sur le lieu de production de soins, en plus des relations téléphoniques régulières. Ainsi, elles comprennent leur organisation interne respective et cherchent à ce que l'une coïncide avec l'autre. Plus les professionnelles se connaissent, plus la coordination du parcours de soins prend en compte les spécificités, les ressources que chacun peut apporter en regard des besoins du patient. L'articulation des différents acteurs de soins implique une connaissance des compétences de chacun : un patient ne peut sortir de l'hôpital que si un autre professionnel est en capacité de le prendre en charge, s'il en a les compétences quant aux soins requis, le temps, si les distances le lui permettent en fonction de sa charge de travail. Cette connaissance mutuelle des professionnels permet plus de réactivité et une coordination du parcours de soins plus rapide et appropriée.

Il est certain que cette connaissance mutuelle nécessite du temps, de la disponibilité, mais surtout « une franche volonté d'aller vers l'autre » (3/4 IDE d'HAD et 1 cadre /2) et de se retrouver au même endroit, au même moment pour anticiper et/ou partager les réticences et les difficultés. Le partage des contraintes et des problématiques est réel et renforce les liens de coopération : les unes venant en soutien des autres en horaires ouvrés ou sur leurs astreintes, surtout « pour se rendre service et parfois plus que les consignes institutionnelles »⁸⁹. Elles savent qu'elles peuvent compter les unes sur les autres. De ces rencontres, de ces expériences de collaboration, du respect mutuel des engagements se construisent les liens de confiance qui favorisent la pertinence et la finesse de cette coordination. Ce sont bien ces moments qui leur permettent de s'ajuster mutuellement comme souligné par toutes les infirmières d'HAD et de ville (7/7), visant la « coordination intégrative ».

Ce sont bien ces enjeux qui les rassemblent quand ils en sont convaincus, une fois que les premières expériences ont été vécues positivement. En l'absence d'expérience commune, la méconnaissance entre professionnels persiste et se traduit parfois par des refus de prise en charge basés sur de fausses représentations plus que sur la réalité. Des IDE de ville (2/3) nous rapportent que certains de leurs collègues éprouvent encore un sentiment de concurrence vis à vis des professionnelles de l'HAD, parce qu'ils pensent que la prise en charge se résume à des actes simples qu'ils

⁸⁹ Verbatim issu de l'entretien avec une IDE coordinatrice d'HAD

pourraient eux-mêmes effectuer. « Ils n'ont pas la vision globale de la prise en charge qui justifie l'inclusion du patient en HAD »⁹⁰. Les statistiques d'activité des HAD prouvent pourtant qu'elles se concentrent bien sur des prises en charge complexes que les professionnels de ville ne pourraient assurer à eux seuls. De plus, les 4 infirmières de coordination sollicitent systématiquement les IDE de ville pour leur éventuelle participation, surtout quand elles connaissent déjà le patient. Au début de leur collaboration, certains IDE libéraux se réfugiaient derrière les facteurs temps et distance pour justifier de leur incapacité à intervenir. La concurrence est une crainte exprimée par des professionnels de ville extérieurs au parcours de soins, sur la base de rumeurs et par méconnaissance du projet de soins construit entre les partenaires effectifs. Mais ces propos véhiculés par certains professionnels peuvent ralentir l'engagement de collègues et le développement de cette alternative à l'hospitalisation. Comme le souligne, la directrice du cabinet de soins, « nous ne communiquons pas assez autour des expériences réussies, des modalités d'intervention de chacun et sur ce qu'on peut apporter ». Il apparaît donc essentiel d'explicitier, de communiquer sur la réalité des partenariats établis pour ne pas laisser la négativité se répandre et s'installer.

Les propos recueillis auprès des professionnelles (2/3 IDE de ville) de la région Pays de Loire moins engagées dans des activités de télémédecine et dans des organisations en réseau qu'en Bretagne, évoquent l'existence de freins liés à l'histoire : le système de santé s'est construit sur un cloisonnement entre le secteur sanitaire et la médecine de ville. Jusque-là les professionnels libéraux exerçaient de façon plutôt isolée avec des pratiques parfois individuelles. Tout comme à l'hôpital, certains professionnels peuvent être réticents à réduire les durées de séjour par le recours à des modes d'hospitalisation alternatifs, à passer le relais de la prise en charge et du suivi de leurs patients à d'autres partenaires. « Certains services fonctionnent de façon paternaliste ; ils aiment bien garder leur patient pour le suivi » nous précise une IDE d'HAD. Aujourd'hui, les professionnels de ville aspirent à se regrouper que ce soit en tant que salarié d'un cabinet ou en réseau de soins, créant plus d'opportunités dans les échanges interprofessionnels. La gouvernance et les restructurations hospitalières incitent les professionnels hospitaliers à agir dans l'intérêt du patient et favoriser le retour précoce à domicile, soutenu également par la demande des usagers. L'évolution se fera donc assez naturellement avec le renouvellement des générations et l'impulsion des politiques nationales de santé déclinées ensuite dans les politiques régionales, territoriales et institutionnelles, dans lesquelles le directeur des soins a toute sa place. Mais ce changement de culture, de comportements s'opérera plus ou moins vite selon la réussite des expériences, selon la volonté et le leadership des acteurs en responsabilité, selon la culture territoriale. Comme nous l'avons vu à travers le concept de collaboration, tout

⁹⁰ Verbatim recueilli auprès d'une IDE de ville

dépend de la relation au pouvoir que chacun s'accorde à garder ou céder pour se situer dans une relation gagnant-gagnant.

De leur côté, les deux directrices de soins interviewées ne connaissent pas les représentants de l'URPS, ni leurs missions exactes. Elles considèrent que les problématiques de coordination du parcours de soins entre le secteur sanitaire et l'ambulatoire doivent être traitées au niveau de l'ARS. Et à cette dernière d'impulser les projets de décloisonnement entre ces deux secteurs. « Il y a tant de problématiques et de chantiers à mener en interne avant d'aller à l'extérieur » précise l'une d'entre elle.

B) Les outils de coordination :

Pour éviter de multiplier les rencontres mais développer l'efficacité de la collaboration et la coopération, les professionnelles partagent des outils, des pratiques, des solutions selon une standardisation des procédés et la co-construction du projet de soins personnalisé grâce au développement de compétences collectives. Par exemple, « même si ça été long pour se mettre d'accord »⁹¹, sont cités des éléments du dossier patient, les fiches de liaison, les protocoles de prises en charge, les notices d'utilisation et de gestion du matériel, des séquences de formation...

Les réunions de concertation ont été évoquées par toutes les interviewées (10/10) comme un outil essentiel à la coordination clinique des intervenants. Elles ancrent les décisions co-statuées aux étapes clé du processus de prise en charge : évaluation et réévaluation des besoins, orientation et relais de prise en charge... pour co-construire le projet de soins personnalisé. Chacun semble y participer d'égal à égal, sans hiérarchie, ni relation de pouvoir, mais en apportant son point de vue, ses compétences et son engagement. Les IDE d'HAD interviewées se positionnent dans « une coordination d'intégration », plus que dans une simple coopération, contrairement aux IDE de nos terrains d'observation. Au cours des entretiens, nous percevons bien que ce qui leur importe le plus, c'est le résultat : le réel bénéfice pour le patient, la qualité et la sécurité des soins et les conditions d'intervention acceptables pour les professionnelles de ville.

De la même manière, la collaboration entre les professionnels des services de soins et l'HAD s'est développée grâce aux staffs (dans 2 établissements /4) auxquels sont conviés les professionnels de l'HAD qui y participent régulièrement et parfois en binôme (médecin coordonnateur et IDE coordinatrice). A partir de là, le repérage croisé des patients à inclure en HAD complète la liste de critères écrits. Il est plus précoce et pertinent et optimise le parcours de soins du patient.

Le système de rémunération des professionnels de ville, encore sur la base d'actes de soins apparaît comme un frein important et récurrent. La coordination semble rester une activité assez rémunératrice pour les professionnels de ville, qui estiment y

⁹¹ Verbatim recueilli auprès d'une IDE coordinatrice d'HAD

contribuer même quand elle est assurée par d'autres professionnels (HAD par exemple) et qui dans ce cas, n'ont aucune compensation financière. Pour lever ce frein, les professionnels hospitaliers ont proposé divers outils : la formalisation de devis pour des interventions partagées, des outils de traçabilité des soins adaptés pour optimiser la cotation des actes. Des négociations ont abouti sur quelques ajustements que viennent formaliser les conventions de partenariat. La réussite de ces négociations dépend du niveau de connaissance des professionnels entre eux, de la confiance qu'ils s'accordent, des efforts qu'ils ont consenti les uns et les autres autour du patient. 3 IDE coordinatrices d'HAD parlent « d'une part d'intelligence dans ces négociations », motivée par de bonnes relations interprofessionnelles, par la réussite d'expériences collaboratives et la volonté de poursuivre cette collaboration, en revoyant certaines exigences dans l'intérêt du patient. Il leur paraît plus important d'agir avec logique, de partir des réalités de terrain, de l'évaluation des contraintes pour définir des solutions de collaboration, parfois créatives, novatrices et singulières, mais acceptables d'abord pour le patient puis pour chacune des professionnelles. La volonté d'adapter les outils aux contraintes de chacun et d'œuvrer pour une juste utilité est un facteur de succès. Les professionnels de la coordination ne peuvent en prendre la responsabilité seuls. Ils ont besoin de soutien, de validation de leur supérieur hiérarchique, au final, du directeur des soins qui en collaboration avec le directeur financier, ou directeur des achats, statuera et sera en mesure de répercuter ces problématiques en comité de direction, en instances pour un éventuel relais au niveau des tutelles, des élus, des représentants des usagers...

Ces outils facilitent la coordination clinique ou opérationnelle. Toutefois, en matière de coordination d'appui, la méconnaissance de l'ensemble des dispositifs existants : PRADO, MAIA, PTA, peu connus des professionnels hospitaliers, trop complexes pour un accès direct de la part des patients ou de leur proches, trop diverses pour une utilisation pertinente des professionnels de ville, ne favorise pas leur recours. Cette méconnaissance et leur existence récente ne permettent pas de valoriser à grande échelle, les bénéfices de leurs actions, même si d'après une IDE de ville, ceux qui les sollicitent, soulignent bien une plus-value en termes de soutien, d'aide à une réponse complexe et singulière et de fluidification du parcours de soins.

A un niveau plus stratégique, les professionnelles de la ville (3/3) disent ne pas être associées, ni informées des projets hospitaliers structurant l'offre de soins et ayant un impact sur leur activité. A leur regret et contrairement à leurs attentes, les professionnelles de ville sont rarement invitées à l'hôpital. Elles citent des expériences positives dans une région voisine, dont elles souhaiteraient bénéficier, telle qu'une réunion d'information suite à l'ouverture d'une unité de chirurgie ambulatoire au cours de laquelle les attentes de chacun peuvent être discutées. « On a eu des réunions où on était une soixantaine de personnes : c'était beaucoup trop, mais ça nous permettait de

mettre un nom sur un visage, de faire une association de personne avec un hôpital ». Même avec peu de disponibilités, ces professionnelles se sentiraient « considérées comme participant au parcours de soins ». Elles aimeraient être informées des projets de l'hôpital les impactant : développement HAD, virage ambulatoire, arrivée d'un spécialiste... à quelles étapes du parcours de soins, pour quels soins, avec quelle vigilance ?... L'une d'entre elle souhaiterait recevoir la lettre d'information de l'hôpital. Une autre réclame la formalisation du processus de coordination partagée entre tous les acteurs, y compris le patient, pour une vision partagée du parcours de soins et une meilleure implication dans les décisions prises en collégialité.

Aucune des professionnelles de l'hôpital n'a évoqué l'identification des risques du processus « parcours patient » telle une cartographie des risques à postériori. Ce dernier outil qui met en exergue les risques de rupture du parcours, de défaut de coordination, d'information pour la bonne continuité des soins ne semble pas être utilisé, en tout cas connu, comme un levier d'amélioration de la qualité.

D'après les deux directrices de soins interviewées, le projet de soins comme levier de construction et d'optimisation du parcours de soins, formalise des axes d'amélioration mais uniquement définis entre membres hospitaliers du GHT. Les professionnelles de ville sont exclues de l'élaboration de ce projet dont les axes restent également méconnus pour les IDE d'HAD (« Ah oui euh... je ne sais pas trop ce que ce projet comporte sur le parcours de soins ») et très flous pour les cadres de santé (« Alors, il doit y avoir un axe sur le développement de l'HAD, et euh... je ne sais pas euh..., ah si, euh... sur la télé-médecine aussi sûrement »).

Hypothèse 2 :

La coordination des parcours de soins nécessite le développement de compétences complémentaires.

D'après les professionnelles interviewées, les infirmières de coordination doivent disposer :

- D'une expertise en soins (10/10). « Il faut bien connaître les soins, qu'on ait le soin en tête pour pouvoir l'organiser entre professionnels, voire les former aux risques »⁹². Deux compétences émergent principalement : savoir évaluer les besoins individuels et savoir orienter les patients dans l'urgence et en suites de soins. Mais ces compétences se situent en plus dans un collectif de prise en charge.

⁹² Verbatim recueilli auprès d'une IDE coordinatrice d'HAD

- De capacités organisationnelles approfondies (pour 8/10) qui consistent à savoir organiser, planifier et associer les interventions des professionnels à partir d'une « forte capacité à anticiper »⁹³. Des entretiens, se dégage la capacité à évaluer les compétences des partenaires non pas au titre de l'évaluation individuelle annuelle statutaire et réglementaire mais pour les approprier aux besoins en soins, les organiser et les articuler dans le cadre d'une coordination du parcours de soins. La spécificité des prises en charge en HAD réside dans leur complexité, ainsi des capacités de mise à distance, d'analyse et de synthèse d'un niveau complexe sont attendues dans cette fonction. La fiche métier « coordinatrice de parcours de soins » pose effectivement les connaissances en conduite de projet et méthodologie d'analyse de situation en niveau approfondi. L'autonomie citée comme capacité essentielle (8/10) permet aux IDE coordinatrices de sortir du cadre standardisé, des protocoles, et de créer d'autres organisations mieux adaptées. Mais elle doit être utilisée à bon escient sur la base d'un jugement pertinent des situations et sur une clarification des marges de manœuvre avec la hiérarchie pour mieux se situer entre les liens fonctionnels et hiérarchiques.
- De capacités relationnelles développées (pour 9/10). L'écoute citée par toutes les professionnelles à l'exception d'une directrice des soins, ne se situe pas seulement au niveau du patient, mais plus, au niveau des multiples intervenants quel que soit leur statut, qualification, logique... ce qui nécessite beaucoup de diplomatie, et de grandes capacités d'adaptation vis-à-vis des différents partenaires. Savoir construire une relation de confiance, savoir-faire du lien entre les acteurs sont des compétences requises pour la coordination du parcours de soins. Pour cela une bonne connaissance du territoire, des ressources (item répété plusieurs fois dans les réponses à chaque question par l'IDE de la plateforme territoriale), des professionnels de ville et des professionnels des services de soins facilitent la collaboration. Selon 4 professionnelles (IDE et cadres de santé), une expérience dans les deux secteurs serait une plus-value et apporterait une légitimité pour faire évoluer les pratiques. La troisième connaissance approfondie requise porte sur les réseaux sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Les infirmiers en coordination doivent savoir construire des partenariats, savoir travailler en réseaux, « avoir une vision transversale et bien comprendre l'analyse que chacun se fait de chaque situation »⁹⁴ et surtout savoir développer cette culture de travail collectif (pour 3 d'entre elles) qui ne se fera qu'à partir de la notion de

⁹³ Verbatim issu de l'entretien avec une IDE coordinatrice d'HAD

⁹⁴ Verbatim recueilli auprès d'une IDE coordinatrice d'HAD

parcours. Il faut « savoir simplifier les choses au juste niveau pour que tous les professionnels puissent travailler ensemble »⁹⁵. Des compétences pédagogiques sont évoquées par les IDE coordinatrices, la directrice du cabinet de soins et une cadre de santé, comme essentielles pour former les professionnels à la réalisation de soins spécifiques et à l'utilisation de matériel, en tenant compte de leur logique d'intervention.

Savoir négocier et savoir concéder pour travailler ensemble fait appel à beaucoup de disponibilité, à une grande autonomie et à une capacité à repérer les points sensibles pour anticiper les conflits et éviter la rupture des prises en charge. Notre enquête nous laisse penser que cette compétence qui serait la plus spécifique. La fiche métier « coordinatrice de parcours de soins » reprend cette compétence sous l'activité « argumenter et convaincre avec un ou plusieurs interlocuteurs ». Elle ne requiert des connaissances en négociation que d'un niveau opérationnel, contrairement au poids de cette notion ressenti lors des entretiens avec les infirmières coordinatrice d'HAD. Il semblerait que ce soit sur cette activité qu'il conviendrait en priorité d'outiller le plus les infirmiers de coordination puisque ces connaissances doivent être acquises dans les deux ans, alors que les connaissances approfondies se développent dans les quatre à cinq ans. Ceci explique les difficultés que peuvent rencontrer les IDE coordinatrices des terrains d'observation étant récemment affectées sur cette fonction. Les quatre IDE coordinatrices ayant une ancienneté dans la fonction supérieure à 8 ans et disposant pour trois d'entre elles d'une expérience dans des services où la coordination était très développée : oncologie, gériatrie ont eu le temps nécessaire au développement de leurs compétences. Elles ont également bénéficié d'un tutorat lors de leur prise de fonction. Pour autant, des formations autour des notions de négociation, de la complexité, de la gestion de conflits les auraient confortées dans leur développement professionnel. Elles ont toutes appris à leurs dépens, ce qui peut les exposer au risque d'échec mal vécu en fonction de leur capacité de résilience.

A partir des compétences disponibles, des concessions négociées dans la complexité, l'efficacité de la coordination du parcours repose sur la contractualisation de ces engagements mutuels ce à quoi les IDE coordinatrices en HAD semblent s'attacher et passer du temps et ce sur quoi elles ont le plus besoin de la hiérarchie (3/4).

La fiche métier « coordinatrice du parcours de soins » définit cette fonction sur des missions intermédiaires : « établir, organiser et gérer des liens... » et « coordonner la réalisation d'une démarche pluridisciplinaire... », contrairement à la fiche métier d'infirmier en soins généraux qui reste centrée sur la dispensation de soins et l'élaboration du projet de soins personnalisé.

⁹⁵ Verbatim issu de l'entretien d'une IDE de ville

En termes de formation, la fiche métier prévoit une expérience d'au moins 3 ans et un master 2 sans préciser l'option de ce master, des niveaux attendus conformes avec ce que les professionnelles souhaiteraient. Plusieurs offres de master sont proposées par les universités. La plupart demande cinq ans d'expérience et les positionne comme des infirmiers de pratique avancée, d'autres comme des ingénieurs en coordination de parcours. Pour autant, seules deux IDE coordinatrices d'HAD estiment qu'il s'agit de pratiques avancées.

2.2.3 Synthèse :

Notre première hypothèse est confirmée. La connaissance mutuelle des professionnels de ville et des professionnels hospitaliers favorise la collaboration et la coopération visant, grâce à la co-construction d'outils de coordination, une coordination intégrée du parcours de soins. C'est parce qu'elles travaillent ensemble depuis plusieurs années autour de prises en charge partagées, que les IDE coordinatrices d'HAD et les IDE de ville se connaissent et collaborent avec une culture parcours de soins.

Notre deuxième hypothèse est confirmée dans le sens où cette fonction nécessite des compétences complémentaires et spécifiques notamment en prise de décision collégiale, en négociation, en coordination de projet ville-hôpital. De nouvelles approches doivent être développées : la vision transdisciplinaire et transprofessionnelle et la culture du parcours de soins. Toutefois, cette fonction ne correspond pas selon nous à une pratique avancée dans la mesure où les IDE coordinatrices ne se substituent pas au médecin pour la prescription de soins. Il s'agit d'une spécialisation du métier d'infirmier entre l'infirmier et le cadre de santé.

2.2.4 Les limites de l'enquête :

Les limites de ce travail tiennent à l'angle d'enquête restrictif, puisque centré sur l'HAD. Elles tiennent également à l'échantillon restreint de personnes interviewées et au mode de réalisation de ces entretiens, tous téléphoniques. L'expression non verbale reste partiellement ressentie. Les avis de certains professionnels n'ont pu être recueillis comme prévu, faute de disponibilité de leur part. L'interview d'un représentant des usagers, de patients ou de leur proches aurait pu enrichir ce travail.

Les données de cette enquête ne constituent pas des données scientifiques, mais une approche des difficultés et des leviers possibles à partir des expériences de ces quelques professionnelles.

De plus, le rythme des réformes gouvernementales peut les rendre rapidement obsolètes. Par exemple, la tarification au parcours annoncée par notre ministre modifiera

les règles du dispositif de rémunération des professionnels, se constituant soit comme un levier, soit comme une mesure insuffisante.

3 Les préconisations

L'adaptation du système de santé aux enjeux démographiques, épidémiologiques et sociétaux repose sur l'engagement de l'ensemble des acteurs du système de santé, dont le directeur des soins qui dispose d'une expertise clinique et managériale. La territorialisation de l'offre de soins, intégrant la promotion de la santé et la prévention impliquent la construction de parcours de soins décloisonnés et partagés et une coordination des différents acteurs de la ville et des structures sanitaires et médico-sociales. Ouvert sur son environnement, le directeur des soins a ce rôle de vecteur, de lien entre les différents secteurs sanitaire, médico-social et ambulatoire et doit en collaboration avec ses partenaires, conformément aux axes du PRS, initier et porter les projets adaptés aux besoins de la population pour une prise en charge de qualité et sécurisée. Force de propositions, il est l'acteur qui, au niveau politique et stratégique, va influencer sur les décisions institutionnelles et contribuer aux innovations territoriales.

3.1 Un acteur légitime pour opérer le décloisonnement :

Le directeur des soins mènera une politique d'ouverture à et sur l'environnement en concertation avec l'ensemble des directions fonctionnelles et plus particulièrement avec le directeur de la stratégie, des coopérations et de la communication.

3.1.1 Se connaître pour mieux travailler ensemble

Au niveau stratégique et politique, le directeur des soins doit se positionner comme un acteur d'ouverture, de lien, de communication entre la ville et l'hôpital, visant le décloisonnement des secteurs de santé.

Pour cela, il doit connaître son environnement, les acteurs avec lesquels il peut être amené à partager ses missions, ceux sur lesquels il peut s'appuyer comme étant ressources pour faire évoluer les représentations, la culture et ainsi permettre la mise en œuvre des projets et ceux qui lui permettront d'être légitimement reconnu. C'est s'informer sur les communautés professionnelles en place ou en cours de constitution sur son territoire, connaître leur projet pour mieux articuler les projets entre eux.

Il doit aussi se faire connaître, se présenter à sa prise de poste, aux représentants des partenaires extra hospitaliers, ce qui permet de repérer les freins et les leviers à la collaboration. Toutes les occasions de rencontre doivent être saisies dans l'optique de tisser des relations de collaboration.

Opérationnellement, c'est enrichir les connaissances des cadres de santé quant aux dispositifs de coordination existants sur le territoire : prévoir par exemple, en réunion

d'encadrement, une présentation de ces dispositifs, de leurs missions et des professionnels qui les animent avec un bilan de la coopération à périodicité définie. C'est leur clarifier la cartographie des ressources par pathologie et profil d'utilisateur diffusée par l'ARS.

C'est également s'assurer de la mise à jour du répertoire opérationnel des ressources concernant notre établissement de santé.

3.1.2 Définir une politique de soins partagée

Responsable de la conception du projet de soins partagé, le directeur des soins, président de la CSIRMT du GHT, doit y inscrire la construction des parcours de soins, la coordination des interlocuteurs et le développement des partenariats. Lors de l'élaboration des contrats locaux de santé, des directeurs de soins ont été sollicités pour y participer ou désigner des représentants, ce qui n'est pas suivi de réciprocité au sein du GHT, pour l'élaboration du projet de soins. Les principes structurants du projet de soins partagé, tels que définis par le ministère de la santé⁹⁶ : « adoption territoriale des soins, de la gradation des soins », « ancrage dans un diagnostic partagé des besoins en santé », « élaboration réalisée conjointement avec les acteurs clés de la production de soins » sont pour la plupart, centrés sur les acteurs des institutions sanitaires et les patients. Dans la méthodologie, ce même guide précise que « des acteurs n'appartenant pas directement au GHT, mais très concernés et impliqués par l'offre de soins du GHT, pourront intervenir, en aval de la mise en place du groupe projet sous forme de consultation de personnalités qualifiées ou encore, dans la participation à des travaux ciblés sur des thématiques précises »⁹⁷. En effet, tous ces projets de soins s'articulent avec le projet médical partagé, mais également avec les projets des structures médico-sociales, des réseaux, des contrats locaux de santé, conformément au PRS. Pour plus de cohérence entre ces projets, et pour une meilleure adhésion, appropriation des actions lors de leur mise en œuvre, il nous paraît indispensable d'associer les partenaires de l'offre de soins, même s'ils ne sont pas membres du GHT. C'est effectivement un point stratégique que le directeur des soins doit défendre en comité de direction au sein de l'établissement support puis en comité stratégique du GHT afin d'avoir une validation de ces instances et une légitimité à les convier. L'hôpital doit s'ouvrir sur la ville. Les patients ont désormais une place reconnue au sein des instances en tant que bénéficiaire du système de soins ; contribuant à l'offre de soins, les partenaires extrahospitaliers doivent aussi être associés.

Au-delà de leur participation aux groupes de travail, il me semble important des convier à la CSIRMT du GHT, l'instance dans laquelle se débat le projet de soins partagé.

⁹⁶ Groupement hospitalier de territoire « Idées clés pour le projet de soins partagé » Ministère des affaires sociales et de la santé, p. 5

⁹⁷ Ibid. p.6

Responsable du processus « parcours du patient », le directeur des soins doit formaliser cette coordination décloisonnée aux différentes étapes du processus, incluant l'amont et l'aval du séjour hospitalier. Ainsi, la cartographie des risques de ce processus ne peut être élaborée sans le concours de représentants des professionnels de ville, acteurs du processus. Il nous paraît pertinent, en collaboration avec la direction qualité, d'élargir le groupe de pilotage du processus à tous les partenaires de l'offre de soins selon des modalités de fonctionnement propres au groupe. Selon la structuration interne des établissements et des directions, et sans vouloir multiplier les groupes de travail, la constitution d'un comité du parcours de soins, à condition qu'il regroupe l'ensemble des professionnels concernés, y compris des représentants de la médecine de ville, se justifie. Ce comité aurait plusieurs missions : promouvoir la construction des parcours de soins de manière décloisonnée sur un territoire donné, suivre les projets de parcours, analyser les problématiques et proposer des actions d'amélioration, définir des indicateurs d'évaluation de la qualité d'organisation des parcours...

3.1.3 Une communication positive :

Le directeur des soins a une responsabilité dans la communication des différents projets, conformément à la politique de communication institutionnelle et territoriale dans laquelle il a toute sa place.

Trop souvent les patients sont vecteurs, aux professionnels de ville, d'informations relatives à l'organisation des soins hospitaliers, impactant les prises en charge en ambulatoire. Ces informations doivent leur parvenir automatiquement, soit via les réseaux sociaux, soit en support papier : lettre d'information, plaquette... Le fait que l'information soit distribuée par l'établissement atteste de sa qualité, d'une fidélité des messages à transmettre, d'une attitude participative et ouverte. Les partenaires extra hospitaliers ont toute légitimité à connaître l'avancement, la date de mise en œuvre, les indicateurs de suivi, les résultats obtenus et les marges de progression des projets pour lesquels ils sont autant acteurs que les personnels hospitaliers.

De la même manière, les inviter à des événements phare, dans lesquels ils sont impliqués, prouve la reconnaissance de l'établissement envers eux. C'est leur permettre de tisser les bases de la collaboration et de la coopération pour parvenir à la sociabilité des acteurs et favoriser les mécanismes de la coordination.

Dans le cadre de l'amélioration de la qualité des soins et du parcours de soins, organiser des retours d'expérience, « une table ronde avec un représentant de la famille », comme le propose une directrice des soins, pour présenter la coordination et l'articulation réussies des différentes interventions dans la prise en charge complexe d'un patient valorise les efforts de chacun et promeut le renouvellement de ces expériences.

Au directeur des soins de proposer au responsable qualité, ce type de retour d'expérience dans le cadre des cercles d'évaluation des pratiques professionnelles. Les cadres supérieurs de santé doivent être investis de cette mission de valorisation et promotion des expériences positives. Il est important de rendre la coordination visible.

3.2 Une fonction à professionnaliser et à outiller

Avant la structuration de la fonction de coordination, nous aborderons volontairement en premier le développement d'une culture et la mise en place d'outils indispensables et utiles à tous les professionnels, socles du changement collectif.

3.2.1 Une culture à développer

Le parcours de soins sera d'autant plus optimisé que tous les professionnels y contribueront à ses différentes étapes. Le directeur des soins doit développer chez l'ensemble des infirmiers, la culture de parcours de soins, c'est à dire penser exercice professionnel collaboratif, transdisciplinarité et transprofessionnalité avant et au-delà du séjour hospitalier. Il doit amener les professionnels à travailler en transversalité plus qu'en verticalité, à partir du concept de prise en charge globale et du raisonnement clinique. La sortie s'organise dès, voire avant, l'admission du patient. La maîtrise des risques aux interfaces des étapes du parcours (transfert d'unité, retour de bloc opératoire, réalisation des examens complémentaires...) doit faire l'objet d'une vigilance de repérage et de traitement des risques de rupture ou de défaillance. La réactualisation des projets de vie en EHPAD et USLD évite les hospitalisations inutiles. Comment répondent les équipes aux professionnels de ville ? De quelle façon se contactent-ils ? C'est tout un processus d'acculturation que le directeur des soins doit initier, toute une culture d'échanges déontologiques à travailler par l'encadrement au niveau des équipes, sous l'impulsion du directeur des soins. Une charte de collaboration entre professionnels de santé du territoire viendra formaliser et consolider ce virage culturel.

3.2.2 Doter les professionnels d'outils de coordination :

Nous avons vu que la coordination dépendait de la collaboration et de la coopération, et à chacune de ces composantes, ses outils.

Au niveau opérationnel, le directeur des soins doit connaître l'existence des outils utilisés, en conformité avec les attentes professionnelles et réglementaires, pour impulser le déploiement de nouveaux instruments de coordination, à partir de ceux proposés par la HAS, les fédérations ou d'autres sociétés savantes : check liste de sortie du patient,

critères d'admission en HAD... Une analyse des freins et des leviers à leur mise en place permettra au directeur des soins de cibler ses actions.

Penser la continuité de la prise en charge entre les équipes hospitalières et ambulatoires doit nous conduire à réorganiser les activités de soins. Comment sont organisées les transmissions utiles à la prise en charge du patient entre les équipes de soins hospitalières, alors que le dossier de soins complet est disponible, en comparaison aux interfaces du parcours de soins, entre les équipes hospitalières et les professionnels de ville, alors que ces derniers ne disposent que d'une fiche de liaison ou d'un résumé de l'hospitalisation ? Le directeur des soins doit encourager et permettre aux cadres de santé de réinterroger cette activité à partir de nouveaux outils mis en place : dossier patient informatisé, plans de soins informatisés, staffs pluridisciplinaires, à partir du sens que l'équipe souhaite donner au soin et à l'accompagnement du patient, des objectifs de prise en charge et de la juste utilisation des ressources hospitalières : humaines, informatiques, temporelles...

A un niveau plus stratégique, et en cascade des améliorations menées par ailleurs (anticipation de la sortie, développement d'une culture parcours de soins), il convient de faire évoluer les outils existants. Par exemple, le directeur des soins doit, en collaboration avec le directeur qui l'a en charge, optimiser la commission des séjours longs telle qu'elle était organisée dans notre établissement d'origine pour plus d'efficacité dans la fluidification du parcours de soins. Nous devons présenter les cas plus précocement et mieux cibler les critères établis de choix des dossiers discutés. Sa composition est à revoir avec la délégation à un cadre supérieur de santé.

A moyen terme, elle pourrait être réformée en une commission du parcours patient qui viserait un accompagnement à trois niveaux : des patients, des professionnels et de l'institution, en lien avec une plateforme de coordination, un outil d'aide pour les professionnels et un outil de liaison entre la ville et l'hôpital.

A l'heure du développement de la e-santé, en collaboration avec la direction du système d'information, le directeur des soins définit et priorise les solutions numériques à déployer à partir d'un diagnostic partagé. Pour cela, il doit s'informer des technologies et applications existantes pour évaluer leur impact en termes de pratiques professionnelles, qualité des soins, et impact financier et mesurer leur pertinence en regard de futures évolutions. Participant à l'élaboration du schéma directeur du système d'information, il doit inscrire dans ce schéma le déploiement de la messagerie sécurisée, de solutions numériques favorisant la coordination du parcours de soins, l'utilisation du dossier pharmaceutique, en cohérence avec la politique de médico-soignante partagée. Il doit rester en veille quant à la généralisation du dossier médical partagé par l'Assurance maladie, programmée à partir d'octobre 2018, à la suite de la présentation du rapport Léo et Kiersek, dans le cadre de la « mission information et médicament ».

3.2.3 La fonction de coordination :

Le directeur des soins doit, en collaboration avec le président de la CME, identifier les besoins en coordination pour mener la politique de soins partagée et structurer la fonction de coordination à partir du principe suivant : distinguer la coordination clinique de la coordination stratégique ou coordination d'innovation. Pour nous, la fonction de coordination clinique ne correspond pas à une pratique avancée. Elle ne se substitue pas au médecin pour la prescription de soins. C'est un métier intermédiaire, une expertise à développer sur un poste clé pour la qualité des soins, l'ouverture de l'hôpital sur la ville et la mise en œuvre des axes du projet médico-soignant.

Les fonctions de coordination clinique spécialisée : HAD par exemple, oncologie, médico-technique doivent être le plus possible mutualisées par spécialités, sur le parcours de soins à l'échelle du territoire. Pour déterminer les moyens nécessaires sur ce type de fonction, le directeur des soins doit s'appuyer certes sur une évaluation des besoins en coordination corroborée avec des données d'activités, sur le périmètre du parcours de soins, et sur une étude médico-économique. L'affectation d'un gestionnaire de cas ou d'un manager de cas ou d'un coordonnateur de parcours de soins en transversal sur un ou plusieurs établissements doit générer des gains en termes de pertinence des soins, de fluidification des parcours, de recours à l'hospitalisation, de disponibilité des lits, de durée d'hospitalisation, de satisfaction du patient... Au sein de notre établissement d'origine, la coordination du parcours de soins intervient principalement en sortie de séjour hospitalier du patient ou en amont, mais par l'intervention de l'HAD. Pour optimiser le recrutement des patients en hospitalisation de jour, pour éviter le recours aux urgences pour une hospitalisation, pour une meilleure synchronisation des temps médicaux et non médicaux, il nous faut renforcer la coordination de l'admission programmée du patient directement dans le service ou pour les actes dont il a besoin, un axe du projet médico-soignant partagé.

Le recrutement d'un professionnel de coordination doit s'appuyer sur une fiche de poste comportant les critères attendus qui s'appuie elle-même sur la fiche métier « coordinatrice de parcours » et s'inscrire dans un parcours professionnel.

Plusieurs mesures d'accompagnement à la prise de fonction doivent être planifiées et suivies avec l'encadrement concerné :

- L'accompagnement du nouveau professionnel par un expert notamment sur la connaissance de l'environnement et des partenaires,
- Une action de formation continue pour doter le nouveau professionnel des connaissances requises et lui permettre de développer les compétences de coordination telles qu'énoncées précédemment. Le directeur des soins doit anticiper le besoin de cette action de formation pour l'inscrire au plan de formation continue, en concertation avec la direction des ressources humaines,

- Une mesure de la progression en développement de compétences avec une évaluation à périodicité définie planifiée entre le professionnel et son supérieur hiérarchique.

Ainsi, à partir des besoins identifiés, le directeur des soins contractualise avec les cadres de pôle la répartition des moyens sur la coordination des parcours de soins et veille à leur adéquation et leur réajustement.

Conclusion

Le système de santé doit évoluer pour répondre aux défis actuels et futurs, pour assurer sa pérennité et sa solidité financière. Un changement de paradigme du soin est engagé : pour plus de pertinence, la réponse en soins est définie en fonction des besoins individualisés des usagers, sous forme d'un projet de soins personnalisé sur la notion de parcours de soins. L'évolution du système de santé repose sur le décloisonnement des secteurs de soins, pour inscrire le parcours de soins au cœur des prises en charge, qui s'accompagne pour les professionnels, d'évolutions de leur métier, de leur fonction, de leurs missions et de leurs compétences. Les différentes cultures hospitalière, médico-sociale et ambulatoire vont devoir mener une transition culturelle, pour apporter les réponses aux besoins de santé de manière égale pour tous et d'un niveau de qualité et de sécurité les plus optimales qu'il soit grâce à des actions transversales et collectives.

Cette étude prouve que l'histoire sur laquelle se sont construit le système de santé, nos métiers et notre philosophie du soin constitue des freins. Des représentations persistent même si les leviers, émanant de volontés professionnelles individuelles puis partagées, conduisent les expériences vers la réussite. La collaboration intersectorielle est incontournable, la coopération devient transdisciplinaire pour répondre à la complexité des situations de manière la plus appropriée, de plus en plus, sur la base d'une coordination intégrée.

Au terme de ce mémoire professionnel, le corps des directeurs de soins doit s'approprier ce changement de paradigme pour lui-même et pour mieux accompagner l'encadrement et les équipes de soins. Il doit sortir des murs des institutions hospitalières pour développer cette nouvelle culture de soins, d'accompagnement et de promotion de la santé sur le parcours de soins par filière identifiée au niveau du territoire de santé. Il a une responsabilité populationnelle qui le conduit à impulser une politique de soins décloisonnée, à innover en termes de partenariats, de solutions numériques et d'organisations spécifiques à la continuité des prises en charge, conformément aux axes du projet médico-soignant territorial. Avec l'évolution que pourraient connaître les GHT, en co-responsabilité avec le président de CME sur le projet médico-soignant, il doit veiller à rester pragmatique pour tous les professionnels, contractualiser des modes de coopération avec simplicité et utilité, au-delà des valeurs déontologiques, managériales et stratégiques.

Il doit s'inscrire dans une politique de communication interne et externe pour une meilleure image de l'établissement ouvert sur l'extérieur, pour une meilleure information des professionnels et espérer leur adhésion, et ainsi promouvoir les actions collectives développées au bénéfice des usagers. Plusieurs leviers s'offrent au directeur des soins : l'appui des URPS, de l'ARS, les expériences des territoires voisins, la recherche comme

la valorisation des innovations... La promotion territoriale de parcours de soins spécifiques sur une filière identifiée, peut valoriser l'agilité et la créativité partagées au profit de l'attractivité des usagers et des professionnels intervenants au sein de ce parcours.

L'optimisation du parcours contribue à la pertinence des soins, plus spécifiquement à la pertinence des hospitalisations et de leur durée. La coordination entre les services de soins et médico-technique est un domaine à explorer, notamment sur les délais de rendez-vous, les plages vides, les déprogrammations.... De la même manière la charge en soins doit être questionnée, certains actes quotidiens ne correspondant pas aux besoins du patient mais réalisés par routine avec un impact positif sur la satisfaction des personnels qui ne compteraient plus seulement les actes non réalisés dans leur amplitude de travail.

Bibliographie

ARTICLES :

BLOCH Aline, HENAULT Léonie, mars-avril 2014, « Coordonnateurs d'innovation, les nouvelles professionnalités en organisations sanitaires et médico-sociales », Revue hospitalière de France, N° 557, p16-20

BRAJEUL Marie, CHESNEL florence, COHEN Raphaël, FEGAR Lorène, GEIN VERSCHUEREN Pauline, LEROUX Delphine, MARIE Carole, PERNEL Marie-José, TOUNSI Lina, 2016, Module InterProfessionnel EHESP « Les nouveaux métiers de la coordination » groupe N°14, 37 pages

JAEGER Marcel, 2010, « *L'actualité et les enjeux de la coordination, des actions et des dispositifs* » Vie sociale n°1, p.13-23

MENVIELLE Gwenn juillet-aout 2012 « *Les inégalités face à la santé en France* » La santé quel bilan ? Cahiers français, n° 369 La documentation française, p. 37-42

TERRANEO Fabienne et AVVANZINO Nadia, 2006/4, « *Historique de l'analyse du travail* » Recherche en soins infirmiers N°87, p 16 à 24 <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2006-4-page-16htm#pa25>,

OUVRAGES :

BLOCH Marie-Aline et HENAUT Léonie, mars 2014, « Coordination et parcours : La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social », Editions Dunod, 315 pages

COUTURIER Yves et BELZILE Louise, mars 2016, « L'intervention de coordination, dans les métiers du prendre soin », Editions Champ social, 168 pages

DALMASSO Richard, février 2010, « L'hospitalisation à domicile » Editions Les études hospitalières, 106 pages

GAVARD-PERRET Marie-Laure, GOTTELAND David, HAON Christophe, JOLIBERT Alain, Juillet 2009, « Méthodologie de la recherche- Réussir son mémoire ou sa thèse en sciences de gestion », Editions Pearson Education France, 383 pages

LE BOTERF Guy, 2010, « Construire les compétences individuelles et collectives, Editions d'Organisation, 5^{ème} édition, Paris, 285 pages

MARCEL Jean-François, DUPRIEZ Vincent, PERISSET BAGNOUD Danièle, TARDIF Maurice, Octobre 2007, « Coordonner, collaborer, coopérer : de nouvelles pratiques enseignantes », Editions De Boeck, 208 pages

MINVIELLE Etienne, mars 2018, « Le patient et le système en quête d'une organisation sur mesure » Editions Seli Arslan, 287 pages

SENNETT Richard, 2014, « Ensemble pour une éthique de la coopération », Editions Albin Michel, 378 pages

ZARIFIAN Philippe, Septembre 1999, « Objectif compétence pour une nouvelle logique », Editions Liaisons, 229 pages

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES :

Circulaire n° DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM

Circulaire n° DGOS/R1/2018/114 du 4 mai 2018 relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2018 des établissements de santé

Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002, portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, JORF n° 95 du 23 avril 2002, texte n° 10

Décret n° 2016-996 du 20 juillet 2016, relatif à la liste des structures de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale dans lesquels peuvent exercer les membres d'une équipe de soins, JORF n°0169 du 22 juillet 2016, texte n° 23

Instruction n° DGCS/3A/DGOS/R4/2017/341 du 29 décembre 2017 relative à la mise en place d'une démarche de coopération renforcée entre établissements de santé médecine, chirurgie, obstétrique et établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dans le cadre de l'amélioration des parcours de santé des personnes âgées

Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970, portant réforme hospitalière, JORF du 3 janvier 1971

Loi n° 93-5 du 4 janvier 1993, relative à la sécurité sanitaire en matière de transfusion sanguine et de médicament, JORF n° 3 du 4 janvier 1993

Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, JORF n° 167 du 21 juillet 2001, texte n°1

Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale, JORF du 3 janvier 2002, texte n° 2

Loi n° 2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale, JORF n° 173 du 27 juillet 2005, texte n° 1

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, texte n° 1

Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012, JORF n° 0296 du 22 décembre 2011, texte n° 1

Loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015, JORF n° 0297 du 24 décembre 2014, texte n° 1

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, JORF n° 0022 du 27 janvier 2016, texte n° 1

Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, JORF n° 0028 du 3 février 2016, texte n° 1

Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003, portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation, JORF n° 206 du 6 septembre 2003, texte n° 26

SITE INTERNET :

<https://www.ameli.fr>, visité le 7 mars 2018

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2005-3-page-157.htm>, visité le 30 avril 2018

www.ladocumentationfrancaise.fr/dossiers/d000538-l-avenir-du-systeme-de-sante-en-france/des-depenses-de-sante-en-constante-augmentation, visité le 30 avril 2018

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf>, visité le 19 mars 2018

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1025.pdf>, données septembre 2017, numéro 1025, « Les facteurs démographiques contribuent à la moitié de la hausse des dépenses de santé de 2011 à 2015 », visité le 19 mars 2018

<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00170357/document>, visité le 7 mai 2018

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1367444/fr/coordination-des-soins, visité le 30 avril 2018

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2006552/fr/certification-v2014-parcours-du-patient-en-v2014, visité le 19 mars 2018

<https://www.elysee.fr/declarations/article/transcription-du-discours-sur-la-transformation-du-systeme-de-sante-prendre-soin-de-chacun-du-president-de-la-republique-emmanuel-macron>, visité le 20 septembre 2018

http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_ONDAM_IGAS-IGF.pdf, visité le 19 mars 2018

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280826>, visité le 7 mai 2018

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006690669&dateTexte=>, visité le 21 juin 2018

http://www.lemonde.fr/sante/article/2017/05/31/sante-forte-hausse-du-nombre-de-malades-necessitant-des-traitements-de-longue-duree-en-france-d-ici-2020_5136420_1651302.html, visité le 7 mai 2018

<http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=183>, visité le 7 mars 2018

<http://www.portfolio-infirmier.fr/le-referentiel-de-competences>, visité le 25 juillet 2018

<http://www.santepublique.eu/qualite-des-soins-definition>, visité le 7 mars 2018

<https://www.senat.fr/dossier-legislatif/pjl04-411.html>, visité le 7 mai 2018

<https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/performance-des-etablissements-de-sante/efficience-hospitaliere>, visité le 17 juillet 2018

<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>, visité le 17 juillet 2018

<https://www.universalis.fr/encyclopedie/integration-sociologie/>, visité le 17 juillet 2018

http://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/who_-_icope_brochure_-_fr_080218_final_lowres.pdf, visité le 17 juillet 2018

RAPPORT GUIDE DISCOURS :

HENART Laurent, BERLAND Yvon, CADET Danielle, Janvier 2011, Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire, professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer, 57 pages

Agence nationale d'appui à la performance, mars 2018, Hospitalisation à domicile : état des lieux et outils d'analyse au niveau territorial, 34 pages

Agence nationale d'appui à la performance, septembre 2017, Organisations territoriales au service de la coordination Tome 1 : construction de dispositifs d'appui à la coordination des situations complexes, 50 pages

Agence régionale de santé Bourgogne-Franche-Comté, Etude prospective relative à l'organisation de structures de coordination, rapport intermédiaire de diagnostic, Ex-territoire franc-comtois, Juin 2016, 41 pages, <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/coordination-des-soins>, consulté le 24 juillet 2018

Agnès Buzyn, 19 février 2018, Interview : l'épreuve de vérité, Public Sénat, <https://www.youtube.com/watch?v=hTXmtbCo2Ug>, visité le 7 mai 2018

Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, janvier 2016, Lexique des parcours de A à Z, Parcours de santé, parcours de soins, parcours de vie, 92 pages

Haute autorité de santé, avril 2014, Rapport des évaluations des expérimentations dans le cadre de l'article 70 de la loi 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012, 76 pages

Haute autorité de santé, mai 2016, Trajectoire de mise en œuvre de la certification dans le cadre des GHT, 4 pages

Direction générale de l'offre de soins, octobre 2012, Guide méthodologique « améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? », 77 pages

Direction générale de l'offre de soins, février 2017, Guide méthodologique Groupement hospitalier de territoire « Idées clés pour le projet de soins partagé », 16 pages

EDOUARD Philippe, 13 octobre 2017, Discours du Premier ministre à Chalus, https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2017/10/discours_de_m._edouard_philippe_premier_ministre_a_chalus_-_13_octobre_2017.pdf

Ministère des solidarités et de la santé, 13 février 2018, Stratégie de transformation de l'hôpital, dossier de presse, 52 pages

Liste des annexes

Annexe 1 : Fiche métier en chantier « Coordinatrice de parcours de soins »

Annexe 2 : Descriptif de la compétence 9 du référentiel de compétences infirmier

Annexe 3 : Grille d'entretiens des infirmières coordinatrices d'HAD

Annexe 4 : Grille d'entretiens des infirmières de ville

Annexe 5 : Grille d'entretien des cadres d'HAD

Annexe 6 : Grille d'entretien des directeurs de soins

Annexe 7 : Grille d'entretien des médecins libéraux

Annexe 8 : Grille d'entretien des représentants des professionnels paramédicaux

ANNEXE 1 : Fiche métier en chantier « Coordinatrice de parcours de soins »



FICHE METIER EN CHANTIER "Coordinateur(trice) de parcours

Famille : SOINS
Sous-famille : Coordination en santé
Code métier : 05T10

Information générale

Définition :

Définition provisoire :

« Etablir, organiser et gérer des liens permettant l'optimisation de la prise en charge sanitaire, sociale et médicosociale d'une personne dans un parcours de soins.

Coordonner la réalisation d'une démarche pluridisciplinaire selon le projet de soins établi. »

Autres appellations :

Appellations provisoires :

"Gestionnaire de cas

Coordinateur(trice) de parcours patient"

Spécificités :

Spécificité provisoire :

"Coordinateur(trice) de réseau de santé"

Activités

- Accompagnement du patient et des aidants tout au long de son parcours de santé
- Accueil, information et formation des nouveaux personnels, des stagiaires et des professionnels de santé
- Co-construction, suivi et adaptation du projet personnalisé du patient (projet de soins et projet de vie)
- Conception et réalisation d'outils et/ou de méthodes
- Coordination des interlocuteurs internes et externes sur le territoire de santé (établissements de santé, libéraux, réseaux, associations)
- Élaboration et rédaction de rapports d'activité
- Information sur l'offre de soins du territoire, conseil et orientation des patients
- Intervention et traitement d'urgence suite à alerte ou / et situation à risques
- Recensement des ressources médicales, environnementales et bio psycho-sociales
- Rédaction des comptes rendus relatifs aux observations, aux entretiens et aux interventions
- Renseignement et mise à jour des données administratives, médicales, cliniques, psychosocioculturelles dans le dossier patient
- Veille et recherche professionnelle

Savoir-Faire

- Analyser, évaluer la situation médicale, clinique et psycho-sociale d'une personne
- Analyser, synthétiser des informations permettant la prise en charge de la personne soignée et la continuité des soins
- Argumenter et convaincre avec un ou plusieurs interlocuteurs (interne et externe)
- Concevoir, formaliser des procédures, des protocoles et des fiches de conseil
- Conduire un entretien d'aide



- Conseiller le patient et son entourage dans le cadre du projet personnalisé du patient
- Construire / adapter des outils / méthodes de travail
- Elaborer et formaliser un diagnostic santé du patient
- Évaluer la pertinence et la véracité des données et/ou informations
- Evaluer la prise en charge du parcours patient
- Identifier / analyser des situations d'urgence et définir des actions
- Travailler en équipe pluridisciplinaire / en réseau

► Connaissances requises

Description	Niveau de connaissance
Bureautique/Technologies information et communication	Connaissances générales
Conduite de projet	Connaissances approfondies
Droit de la santé dans son domaine d'activité	Connaissances générales
Économie de la santé	Connaissances générales
Éthique et déontologie professionnelles	Connaissances générales
Médicales générales et/ ou scientifiques	Connaissances opérationnelles
Méthodologie d'analyse de situation	Connaissances approfondies
Négociation : méthodes et techniques	Connaissances opérationnelles
Recherche	Connaissances opérationnelles
Réseaux sanitaires, sociaux et médico-sociaux	Connaissances approfondies
Risques et vigilances	Connaissances opérationnelles
Santé	Connaissances d'expert

Connaissances générales :

Connaissances générales propres à un champ. L'étendue des connaissances concernées est limitée à des faits et des idées principales. Connaissances des notions de base, des principaux termes. Savoirs le plus souvent fragmentaires et peu contextualisés. Durée d'acquisition courte de quelques semaines maximum.

Connaissances approfondies :

Connaissances théoriques et pratiques approfondies dans un champ donné. Maîtrise des principes fondamentaux du domaine, permettant la modélisation. Une partie de ces connaissances sont des connaissances avancées ou de pointe. Durée d'acquisition de 2 à 4/5 ans.

Connaissances opérationnelles :

Connaissances détaillées, pratiques et théoriques, d'un champ ou d'un domaine particulier incluant la connaissance des processus, des techniques et procédés, des matériaux, des instruments, de l'équipement, de la terminologie et de quelques idées théoriques. Ces connaissances sont contextualisées. Durée d'acquisition de quelques mois à un / deux ans.

Connaissances d'expert :

Connaissances permettant de produire une analyse critique des théories et des principes, de redéfinir des pratiques professionnelles dans un champ ou à l'interface entre des champs différents. Connaissances très contextualisées. Durée d'acquisition de 3 / 5 et plus ans et plus.

► Informations complémentaires

Relations professionnelles les plus fréquentes :

Pour la faisabilité du projet personnalisé du patient : les médecins, l'encadrement, les métiers de la coordination en santé, les rééducateurs, les psychologues, les assistants sociaux et les éducateurs spécialisés des établissements de santé (sanitaires, sociaux, médico-sociaux) ; les médecins de ville, les professionnels libéraux (infirmiers, rééducateurs, sages-femmes,...) ; les médecins, les infirmiers et les psychologues des réseaux ; les aidants

Pour la coordination et l'optimisation de la prise en charge : les médecins, l'encadrement, les assistants sociaux, les professionnels de santé spécialisés, les psychologues des établissements de santé (sanitaires, sociaux,



médico-sociaux) et des réseaux ; les médecins de ville, les professionnels libéraux (infirmiers, rééducateurs, sages-femmes,...) ; les professionnels de la pharmacie et de la logistique ; les infirmiers de coordination des établissements de santé et des services de soins infirmiers à domicile, les associations ; les prestataires de service ; les aidants ; les centres communaux d'action sociale ; les maisons départementales des personnes handicapées ; les caisses nationales de solidarité pour l'autonomie

Pour améliorer la connaissance et la pertinence de l'offre de soins : les médecins, les directeurs, l'encadrement, les métiers de la coordination en santé et les assistants sociaux, les éducateurs spécialisés et les paramédicaux des établissements de santé (sanitaires, sociaux et médico-sociaux) ; les médecins de ville, les agences régionales de santé ; les responsables de réseaux et des unions régionales et nationales de réseaux ; les associations professionnelles ; l'urbanisme des mairies et les étudiants des établissements de formation (Instituts de formation en soins infirmiers, Instituts de formation de cadres de santé, Universités)

Pour gérer les urgences et les situations complexes qui nécessitent un recours : les maisons départementales des personnes handicapées, les services des urgences, les services d'aide médicale d'urgence

Pour conduire des recherches : les universités, les instituts de formation

Nature et niveau de formation pour exercer le métier :

Master 2 et expérience en santé d'au moins 3 ans

Correspondances statutaires éventuelles :

Infirmier, puéricultrice, infirmier anesthésiste, infirmier de bloc opératoire, diététicien, ergothérapeute, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, psychomotricienne, cadre de santé, cadre supérieur de santé, assistant socio-éducatif, psychologue

ANNEXE 2: Descriptif de la compétence 9 du référentiel de compétences infirmier

9 – ORGANISER ET COORDONNER LES INTERVENTIONS SOIGNANTES

1. Identifier les acteurs intervenant auprès des personnes (santé, social, médico-social, associatif...).
2. Organiser ses interventions en tenant compte des limites de son champ professionnel et de ses responsabilités, veiller à la continuité des soins en faisant appel à d'autres compétences.
3. Choisir les outils de transmission de l'information adaptés aux partenaires et aux situations et en assurer la mise en place et l'efficacité.
4. Coordonner les actions et les soins auprès de la personne soignée avec les différents acteurs de la santé, du social et de l'aide à domicile.
5. Coopérer au sein d'une équipe pluriprofessionnelle dans un souci d'optimisation de la prise en charge sanitaire et médico-sociale.
6. Coordonner le traitement des informations apportées par les différents acteurs afin d'assurer la continuité et la sécurité des soins.
7. Instaurer et maintenir des liaisons avec les acteurs, réseaux et structures intervenant auprès des personnes.
8. Organiser son travail dans les différents modes d'exercice infirmier, notamment dans le secteur libéral.

ANNEXE 3 : Grille d'entretien des infirmières coordinatrices

d'HAD

- 1) En tant que coordinatrice des soins, pouvez-vous me décrire les missions, les activités que vous assurez au quotidien ou de manière plus ponctuelle ?
Quel type de coordination exercez-vous ? pour quel besoin, dans quel cadre ?
- 2) Avec quels professionnels (internes, externes) travaillez-vous ? Sur quelles missions ? De quels types sont vos relations ?
- 3) Rencontrez-vous des difficultés ? quelles sont les problématiques actuelles ? Avec quels professionnels, dans quelle situation ? pour quelles raisons ?
- 4) Comment les avez-vous dépassées ? Quelles actions avez-vous mises en place ? Avez-vous reçu de l'aide pour dépasser ces difficultés ou mettre les actions en place ? Laquelle ? de qui ?
- 5) Quelles actions faudrait-il mettre en place ? Est-ce possible ? Si non, pourquoi ?
- 6) Depuis quand exercez-vous cette fonction de coordinatrice ? comment s'est passé votre prise de poste ? Avez-vous reçu une fiche métier, une fiche de poste ? Avez-vous reçu une formation spécifique ? Comment avez-vous été accompagné ? Avez-vous bénéficié d'un tutorat ? Par qui ?
- 7) Quelles compétences spécifiques estimez-vous avoir développé ? devoir encore développer ?

Auriez-vous autre chose à rajouter qui vous semble important

ANNEXE 4 : Grille d'entretien des infirmières de ville

- 1) Pouvez-vous me décrire votre rôle, les actes que vous réalisez, les conditions d'intervention auprès des patients pris en charge dans le cadre de l'HAD ?
- 2) Quelles relations établissez-vous avec l'IDE coordinatrice d'HAD ? Etablissez-vous d'autres relations avec d'autres professionnels hospitaliers ? Si oui, lesquels ? De quelle nature sont ces relations ?
Connaissez-vous la cadre de santé responsable de l'HAD ? un représentant de la direction ? Le directeur des soins ?
- 3) Qu'attendez-vous des IDE coordinatrices d'HAD ? Que souhaiteriez-vous qu'elles vous apportent ? en termes de pratiques professionnelles ? en méthode, en soutien ? en compétences ?
- 4) Dans le cadre ce type de prise en charge devez-vous répondre à certaines exigences ou contraintes ? Lesquelles ? Selon vous, constituent-elles un frein de collaboration ?
- 5) Quelles sont les difficultés que vous rencontrez avec quels professionnels, dans quelle situation ? pour quelles raisons ?
- 6) Comment avez-vous dépassé ces difficultés ? quelle aide avez-vous reçu, de qui ? Des outils ont-ils facilité votre intervention ? Lesquels ? Avez-vous contribué à leur élaboration ? Existe-t-il un projet de soins ? Comment est-il construit, évalué ?
- 7) Qu'est-ce qui fonctionne bien entre vous dans le cadre de cette prise en charge ? Avez-vous vécu des expériences réussies ? Par exemple ? quels sont été les facteurs de réussite ?

Auriez-vous autre chose à rajouter qui vous semble important

ANNEXE 5 : Grille d'entretien des cadres de santé d'HAD

- 1) Pouvez-vous me parler de la coordination des soins dans le parcours de soins, notamment dans le cadre de l'HAD :
 - Comment fonctionne l'HAD ?
 - Comment est organisée la coordination de ce parcours de soins ?
 - Qui l'assure ?
 - Quelles sont les missions de l'IDE coordinatrice ?
 - Sur quels outils repose cette coordination ?
 - Quelles compétences nécessite selon vous la fonction de coordination de parcours de soins ?
 - L'IDE coordinatrice a-t-elle reçue une formation, un accompagnement spécifique ? par qui ? De quelle nature ? Quelle serait la formation la mieux adaptée ?
 - 2) Connaissez-vous les professionnels de ville qui participent à ce parcours de soins ? Quelles relations établissez-vous les professionnels libéraux ? Où les rencontrez-vous ? Vous ont-ils déjà fait appel ? Pour quels motifs ? Si non est-ce un objectif que vous souhaiteriez atteindre, pourquoi et comment ?
 - 3) Avez-vous connaissance de difficultés que :
 - les professionnels de ville rencontreraient vis-à-vis de l'HAD ?
 - que l'HAD rencontrerait vis-à-vis des professionnels hospitaliers et des professionnels de ville ?Et si oui lesquelles ? D'où viennent ces difficultés ? Quelle réponse y avez-vous donné ?
 - 4) Quelles actions ont été mises en place pour remédier à ces difficultés ? Par qui ? comment ? et avec quel résultat ?
Etes-vous intervenu dans la mise en œuvre de ces actions ? A quel niveau ?
 - 5) Sur quelles ressources institutionnelles ou extrahospitalières pourriez-vous vous appuyer optimiser la coordination du parcours de soins ?
 - 6) Avez-vous connaissance d'expériences réussies en matière de coordination du parcours de soins avec l'HAD ?
 - Lesquelles ? Avec quels acteurs ? Quels ont été les facteurs de réussite ? Les avez-vous mises en valeur ? Par quels moyens, à quelle occasion ?
- Auriez-vous autre chose à rajouter qui vous semble important

ANNEXE 6 : Grille d'entretien des directeurs de soins

7) Pouvez-vous me parler de la coordination des soins dans le parcours de soins, notamment dans le cadre de l'HAD :

Comment fonctionne l'HAD ?

Comment est organisée la coordination de ce parcours de soins ?

Qui l'assure ?

Quelles sont les missions de l'IDE coordinatrice ?

Sur quels outils repose cette coordination ?

Quelles compétences nécessite selon vous la fonction de coordination de parcours de soins ?

L'IDE coordinatrice a-t-elle reçue une formation, un accompagnement spécifique ? par qui ? De quelle nature ? Quelle serait la formation la mieux adaptée ?

8) Connaissez-vous les professionnels de ville qui participent à ce parcours de soins ?

Quelles relations établissez-vous les professionnels libéraux ? Où les rencontrez-vous ? Si non est-ce un objectif que vous souhaiteriez atteindre, pourquoi et comment ?

9) Avez-vous connaissance de difficultés que :

- les professionnels hospitaliers rencontreraient vis-à-vis de l'HAD ?

- les professionnels de ville rencontreraient vis-à-vis de l'HAD ?

- que l'HAD rencontrerait vis-à-vis des professionnels hospitaliers et des professionnels de ville ?

Et si oui lesquelles ? D'où viennent ces difficultés ?

10) Quelles actions ont été mises en place pour remédier à ces difficultés ? Par qui ? comment ? et avec quel résultat ?

Etes-vous intervenu dans la mise en œuvre de ces actions ? A quel niveau ?

Quelle stratégie avez-vous mis en place pour dépasser ces difficultés ?

11) Sur quelles ressources locales ou territoriales pourriez-vous vous appuyer optimiser la coordination du parcours de soins ?

12) Avez-vous connaissance d'expériences réussies en matière de coordination du parcours de soins avec l'HAD ?

Lesquelles ? Avec quels acteurs ? Quels ont été les facteurs de réussite ? Les avez-vous mises en valeur ? Par quels moyens, à quelle occasion ?

Auriez-vous autre chose à rajouter qui vous semble important

ANNEXE 7 : Grille d'entretien des médecins libéraux

- 1) En tant que médecin généraliste, proposez-vous à vos patients l'HAD ? pour quels intérêts ?
- 2) Quelles relations établissez-vous avec :
 - l'IDE coordinatrice,
 - les autres professionnels intervenants auprès du patient
 - la cadre de santé responsable de l'HAD
 - d'autres professionnels hospitaliers et lesquels ?
- 3) Qu'attendez-vous de cette IDE coordinatrice en termes de prise en charge, gestion du parcours de soins, de compétences ? Quel rôle doit-elle avoir ?
- 4) Quelles sont les contraintes / les difficultés que vous rencontrez avec ce mode d'hospitalisation ? avec quels professionnels, dans quelle situation ? pour quelles raisons ?
- 5) Comment les avez-vous gérées ? avec quels professionnels ?
- 6) Quels sont les atouts d'une prise en charge en HAD, les expériences réussies ? quels ont été les facteurs de réussite ?

Auriez-vous autre chose à rajouter qui vous semble important

ANNEXE 8 : Grille d'entretien du représentant des professionnels paramédicaux de ville

- 1) Que pouvez-vous me dire concernant la coordination du parcours de soins notamment dans le cadre de l'HAD ? Comment la qualifieriez-vous ? comment se passe la collaboration entre les professionnels de ville et ceux de l'hôpital ?

- 2) Quels sont, selon vous, les facteurs de réussite de cette coordination ? Avez-vous eu un rôle par rapport à ces expériences positives ? Lequel, à quel niveau ?

- 3) Avez-vous notion de difficultés ? Lesquelles ? Quel est votre rôle par rapport à ces difficultés ? Quelles sont les actions que vous avez mises en place ou accompagnées ?

- 4) Avez-vous des relations avec des acteurs hospitaliers ? Lesquels ? Pour quels motifs, dans quel cadre ? Les rencontrez-vous régulièrement ? Connaissez-vous le directeur des soins des structures sanitaires du territoire ? Si oui, dans quel cadre, pour quels motifs vous êtes-vous rencontré ? Si non, pourquoi ? En ressentez-vous le besoin, pourquoi ?

- 5) Que représente pour vous la fonction de coordination du parcours ? Nécessite-t-elle des compétences spécifiques ? Lesquelles ?

Auriez-vous autre chose à rajouter qui vous semble important

BRAJARD

Nathalie

10-11 décembre 2018

DIRECTEUR DES SOINS

Promotion 2018

LE ROLE DU DIRECTEUR DES SOINS POUR AMELIORER LA COORDINATION DU PARCOURS DE SOINS

Résumé :

Le système est confronté à plusieurs défis : vieillissement de la population, augmentation des maladies chroniques, persistance d'inégalités territoriales, rareté de compétences médicales et paramédicales, transitions épidémiologique et démographique...

La recherche de son efficacité dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé vise le décloisonnement des secteurs sanitaire, ambulatoire et médico-social, des coopérations entre professionnels, la pertinence des soins et une plus juste utilisation des ressources. Avec la territorialisation de l'offre de soins, le parcours, élément structurant des politiques, devient un nouveau paradigme des pratiques pour une prise en charge globale et continue des usagers. Ceci repose sur la fonction de coordination nécessitant des compétences spécifiques et conduisant à une évolution de métier.

Les directeurs de soins ont la responsabilité d'identifier, de construire ces parcours de soins et structurer cette fonction de coordination décloisonnée. Au même titre que les patients, intégrés à la gouvernance, les partenaires extra hospitaliers doivent être associés aux projets les concernant.

Le directeur des soins doit impulser un changement de culture, une transprofessionnalité pour la mise en œuvre d'une stratégie de soins partagée sur le territoire. Traducteur des réformes, il doit accompagner ses collaborateurs intra et extra hospitaliers dans cette transition professionnelle.

Mots clés :

Parcours de soins – Coordination – décloisonnement - territoire de santé -HAD

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