



**EHESP**

---

**Directeurs des Soins**

Promotion : **Caroline Aigle**

Date du Jury : **Décembre 2020**

---

**Le directeur des soins : un ambassadeur de la coordination des  
parcours en situation de crise sanitaire**

---

**Edwige GANDRE**



---

# Remerciements

---

Je remercie sincèrement l'ensemble des acteurs de l'École des Hautes Études en Santé Publique de Rennes et plus précisément les intervenants de la filière Directeurs des Soins pour avoir assuré une continuité pédagogique nous permettant ainsi de poursuivre notre formation.

J'adresse également mes remerciements aux professionnels rencontrés lors des périodes de stages et de mission, plus particulièrement à mes tuteurs mais également aux membres des équipes de direction, les praticiens et les cadres supérieurs de santé avec qui j'ai pu échanger sur le thème de mon mémoire. Je tiens à souligner également leur disponibilité dans un contexte sanitaire instable.

Merci à madame Padellec, son accompagnement bienveillant et sa grande expérience ont été une véritable richesse.

Merci à mes proches collègues de promotion qui malgré les distances géographiques ont su maintenir les liens si importants à la construction de ma nouvelle identité professionnelle et merci à tous pour le soutien mutuel face à la complexité de suivre une partie de l'enseignement à distance.

Tout simplement merci à ma famille d'être là.



---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 CONCEPTS ET NOTIONS MOBILISES :.....</b>	<b>6</b>
<b>1.1 Parcours et filières, entre complexité et réalité : .....</b>	<b>6</b>
1.1.1 Le cadre réglementaire : .....	6
1.1.2 Le parcours de soins : .....	7
1.1.3 Le chemin clinique : .....	8
1.1.4 La filière : .....	9
1.1.5 Les retours d'expérience sur les parcours : .....	10
<b>1.2 Le territoire, un périmètre à questionner : .....</b>	<b>11</b>
1.2.1 Le territoire, une géographie variable : .....	11
1.2.2 Les territoires et la gradation des soins : .....	12
1.2.3 Les territoires et le Ségur de la Santé : .....	12
<b>1.3 Le directeur des soins au cœur de la coordination des parcours :.....</b>	<b>14</b>
1.3.1 Le référentiel métier : .....	14
1.3.2 Le référentiel de compétences : .....	15
<b>1.4 Les enjeux de la coopération territoriale : .....</b>	<b>17</b>
1.4.1 Un cadre législatif permettant les coopérations entre les structures : .....	17
1.4.2 Les dispositifs favorisant les coopérations entre les professionnels : .....	19
1.4.3 L'évaluation du parcours, un nouvel axe de la démarche de certification : .....	20
<b>1.5 Coopérer une urgence organisationnelle en situation de crise : .....</b>	<b>21</b>
1.5.1 L'état d'urgence sanitaire : .....	21
1.5.2 De la situation sanitaire exceptionnelle à la notion de crise : .....	21
1.5.3 Les impacts de la crise sanitaire sur les coopérations : .....	22
<b>1.6 Les compétences clés mobilisées : .....</b>	<b>23</b>
<b>1.7 Retours d'expériences innovantes : .....</b>	<b>24</b>
<b>2 LES ECLAIRAGES DU TERRAIN .....</b>	<b>27</b>
<b>2.1 La méthodologie de l'enquête : .....</b>	<b>27</b>
<b>2.2 L'analyse des données : .....</b>	<b>28</b>
2.2.1 Une dynamique managériale territoriale au service d'une prise en charge coordonnée : .....	28
2.2.2 L'efficacité du parcours de soins servi par une approche transversale : .....	32

2.2.3 Un positionnement du DS à développer et rendre visible : .....	37
<b>3 LES PRECONISATIONS.....</b>	<b>40</b>
<b>3.1 Promouvoir une politique d'ouverture simple mais ambitieuse : .....</b>	<b>40</b>
3.1.1 Savoir se situer dans son environnement : .....	40
3.1.2 Améliorer les conditions d'accueil : .....	42
3.1.3 Favoriser l'émergence de la culture de parcours : .....	43
3.1.4 Axer la communication interne et externe autour des parcours patients : .....	44
<b>3.2 Impulser un management agile au service des parcours : .....</b>	<b>45</b>
3.2.1 Acculturer l'encadrement à l'approche agile : .....	45
3.2.2 Contractualiser avec chaque pôle sur les parcours de soins : .....	46
<b>3.3 Manager la qualité et la gestion des risques par filières : .....</b>	<b>46</b>
<b>3.4 Favoriser la transversalité et les innovations organisationnelles : .....</b>	<b>47</b>
3.4.1 Disposer d'une vision capacitaire instantanée et proactive : .....	47
3.4.2 Créer une cellule territoriale de gestion des parcours : .....	48
3.4.3 Structurer le déploiement d'équipes territoriales : .....	49
<b>Conclusion .....</b>	<b>50</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>53</b>
<b>Liste des annexes .....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance
ARS	Agence Régionale de Santé
CGS	Coordonnateur Général des Soins
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLAN	Comité de Liaison Alimentation Nutrition
CLUD	Comité de LUTte contre la Douleur
CS	Cadre de Santé
CSS	Cadre Supérieur de Santé
CPTS	Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
CSIRMT	Commission de Soins Infirmiers de Rééducation et Médicotехniques
DIM	Département d'Information Médicale
DG	Directeur Général
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DS	Directeur des Soins
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EPI	Équipements de Protection Individuelle
EPS	Établissement Public de Santé
EPSM	Établissement Public de Santé Mentale
ESPIC	Établissement de Santé Privé à Intérêt Collectif
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
HPST	Hôpital Patient Santé Territoire
IPDMS	Indice de Performance de la Durée Moyenne de Séjour
IRDES	Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé
PMSP	Projet Médico-Soignant Partagé
PRS	Projet Régional de Santé
T2A	Tarifcation à l'Activité
URPS	Union Régionale de Professionnels de Santé



## Introduction

Au mois de juillet 2020, Monsieur Olivier Véran, Ministre des Solidarités et de la Santé affirme : « *Les défis sont nombreux, qui nous appellent à redoubler d'efforts : faire tomber les murs entre l'hôpital, la médecine de ville et les établissements médico-sociaux, lutter avec une énergie nouvelle contre les inégalités de santé, donner plus de voix aux soignants dans la gouvernance des établissements de santé, mieux tenir compte des enjeux environnementaux, mettre le numérique au service de la santé de tous et tout cela dans l'intérêt supérieur des patients et de leur santé. Les conclusions du Ségur de la santé, qui doivent contribuer à accélérer les transformations engagées par Ma Santé 2022, seront notre boussole pour relever les défis d'une Nation qui conjugue les solidarités et la santé à ses valeurs fondamentales<sup>1</sup>* ». Ainsi, la crise sanitaire inédite a mis en évidence l'engagement des soignants, la nécessaire coopération entre les secteurs mais également les limites de notre système. Elle a donc bousculé la temporalité des réformes afin que cette expérience permette une meilleure adéquation entre les besoins des français et la politique de santé.

En Bourgogne Franche-Comté, l'organisation de gestion de crise s'est articulée autour d'une cellule régionale de pilotage, Pierre Pribile directeur de l'ARS souligne : *"La particularité de cette crise, c'est sa longueur et l'enchaînement de phases. Elle a mobilisé le système de santé à 360° et l'agence s'est mobilisée à 360°. Une organisation agile qui se caractérise par des "frontières éclatées" entre les différents services et directions et les différents partenaires. Avec ces derniers, les liens ont été renforcés avec la lutte contre l'épidémie. Nous avons réussi à surmonter un grand nombre de défis en ne tenant pas les jeux de rôles classiques. Nous avons conscience que nous n'y arriverions pas sans une solidarité complète. Nous avons ensemble soulevé des montagnes, la logique des GHT a fonctionné à la maille de leur territoire et pas uniquement pour leurs membres"*. Le directeur général de l'ARS Bourgogne-Franche-Comté note également une accélération de la e-santé, des projets de communautés professionnelles territoriales de santé et souligne également les liens constitués entre les hôpitaux et les EHPAD, les premiers étant des plateformes de ressources pour les seconds, grâce notamment aux hotlines gériatriques, équipes mobiles d'hygiène et de soins palliatifs. *"Il existe une vraie volonté d'ancrer dans la durée cette relation en lui donnant des moyens pérennes"*. Pour ce directeur, la crise sanitaire a permis un décloisonnement accéléré et de *"faire voler en éclats"* le cloisonnement du système de santé, *"Les ARS sont vues comme source d'injonctions*

---

<sup>1</sup><https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/dossier-de-presse-conclusions-du-segur-de-la-sante>

*administratives mais le décroissement et la coopération ne s'accompagnent pas d'une verticalité. Ils se construisent et ne se décrètent pas",* poursuit Pierre Pribile qui indique que de plus en plus de rencontres se tiennent autour de projets coopératifs.

L'écriture de ce mémoire fait suite au questionnement résultant de notre expérience personnelle de cadre supérieur de santé. La structure où nous exerçons a vu de nombreux champs d'activités disparaître en quelques années. En effet, dans un contexte budgétaire très altéré, des coopérations ont été imposées par les tutelles, les activités ont alors été partagées entre deux sites. Cela a modifié considérablement les organisations internes et l'équilibre des équipes qui ont été également dispersées. De plus, les réseaux entre les praticiens hospitaliers et leurs confrères de ville ont été fragilisés, la perte de repères a engendré une fuite importante des usagers qui ont perdu confiance. Ce GCS s'est finalement soldé par un échec, chaque établissement devant se reconstruire, l'hôpital public intégrant une CHT, l'établissement privé a quant à lui déposé le bilan puis été racheté par un grand groupe devenant ainsi un concurrent direct sur le territoire.

D'un point de vue sociologique, la culture de ce CH repose sur un historique très fort de situations complexes et d'échecs de collaboration ce qui génère une certaine frilosité des acteurs pour essayer de construire à nouveau des coopérations. Depuis l'intégration au sein du GHT, des difficultés ont également émergé. Elles se révèlent par la survenue d'évènements indésirables en particulier lors de transferts de patients entre les établissements. L'analyse des dysfonctionnements met en évidence un manque d'anticipation et de communication. Il est également constaté une grande incompréhension entre les structures, en tout cas pour certains établissements partie, liée au sentiment de perdre son autonomie, de dépendre constamment des directives et du « bon vouloir » du site support. Les seules filières qui fonctionnaient, telles que la cancérologie, étaient historiques et reposaient sur des affinités médicales et une structuration réglementée. Un manque de collaboration entre les directions des soins, un environnement managérial instable, une pénurie de ressources médicales et des plans de restructurations successifs ont renforcé les difficultés nuisant ainsi au processus de construction d'une véritable coopération territoriale au profit des usagers.

Ainsi, nous avons choisi de réfléchir lors de cette année à l'EHESP sur le rôle que peut tenir le directeur des soins dans la coordination des parcours et l'amélioration de la qualité globale des prises en charge au sein du territoire. Les réflexions initiales étant principalement axées sur le GHT, nous souhaitons réellement comprendre les éléments fédérateurs et les clés de succès de certains groupements hospitaliers qui ont réussi à créer

des parcours efficaces. Ainsi, suite à ce questionnaire, nous avons axé nos choix de stages en lien avec le thème central de ce travail.

Aussi, le questionnaire initial s'articulait-il autour de la place du directeur des soins dans la construction et la pérennité des projets en lien avec la création de partenariats où le projet de soins médico-soignant partagé pouvait être un élément fédérateur des parcours. Cependant tous les EPS n'ont pas un PMS partagé, et lors de nos observations au cours du premier stage et d'échanges avec les membres de la promotion, le PMS partagé est bien souvent soit obsolète soit peu intégré dans la vie institutionnelle.

Ces éléments nous ont orientés sur les questions suivantes :

- Le PMSP est-il réellement le ciment de la coopération ?
- Quid de la performance hospitalière en lien avec l'analyse des parcours ?
- Quels acteurs peuvent réellement favoriser la graduation des soins et la sécurisation des parcours dans le GHT ?

Toutes ces réflexions ont eu lieu avant mars 2020 où nous avons fait face en tant qu'élève directeur des soins à l'arrivée de la crise sanitaire qui a d'emblée modifié notre parcours de formation. En effet, dès la mise en place officielle du confinement, nous nous sommes portée volontaire et avons été mandatée par la DG du GHT de notre ancien établissement pour participer à la coordination en urgence du dispositif d'appui de l'HAD pour 60 établissements médico-sociaux. Ces institutions sont situées dans un territoire très étendu composé de 19 cantons où résident plus de 360 000 habitants. Cette expérience intense d'un mois, nous a propulsée, en situation de crise, en position de directeur des soins dans une structure inconnue et où la fonction de DS n'existe pas. L'HAD étant un GCS de droit privé résultant de la coopération de quatre établissements de santé fondateurs, deux EPS et deux ESPIC. Les équipes sont réparties sur deux sites géographiques appelés communément les antennes, distantes d'une cinquantaine de kilomètres. Un directeur d'établissement, deux médecins coordonnateurs et deux cadres de santé assurent le management de la soixantaine de salariés. L'HAD compte plus de 300 collaborateurs libéraux et réalise 30 000 journées d'hospitalisation par an.

Cette expérience nous a permis de nous confronter à la réalité de terrain sur les parcours de soins en situation de crise, de questionner le positionnement du DS pour construire ces parcours spécifiques grâce à la collaboration avec une multitude de professionnels. Les principaux interlocuteurs rencontrés ont été les suivants : les responsables du SAMU, les médecins coordonnateurs et équipes d'établissements médico-sociaux, les directeurs des

*Edwige GANDRE - Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique - 2020*

soins des établissements sanitaires, les infirmières et les praticiens libéraux, les structures d'aides à domicile et les sociétés prestataires. Nous avons également sollicité les entreprises de la région pour répondre sous forme de dons à nos besoins en matériel de protection dans un contexte de pénurie.

D'un point de vue opérationnel, nous avons lors de cette mission beaucoup coordonné, analysé les processus, élaboré des documents destinés à différents publics (procédures internes, points communication, participation à la cellule de crise territoriale, rapport d'activité hebdomadaire pour l'ARS). Au niveau managérial, il a fallu soutenir les équipes, faire confiance aux acteurs en leur laissant une grande autonomie sur la recherche de solutions, évaluer et réajuster les pratiques et les modalités d'organisation et de communication chaque jour parfois chaque demi-journée, rendre des comptes, être garant du respect des bonnes pratiques réglementaires et des recommandations spécifiques à ce mode de prise en charge.

L'ensemble des compétences acquises et savoir-faire mobilisés nous paraissent à ce jour transposables dans notre future fonction de directeur des soins. En effet, il nous semble important de questionner la transférabilité de ce que nous avons pu acquérir pendant cette mission mais aussi lors du second stage qui s'est déroulé avant l'été. Nous irons jusqu'à affirmer que cette crise sanitaire a permis de « faire sauter les verrous » et rendu plus facile les coopérations que nous avions imaginées sans avoir pu les réaliser, des partenariats ont émergé même entre des acteurs qui n'avaient jamais travaillé ensemble jusqu'alors et qui ont su en un temps record faire preuve d'une adaptabilité et d'un engagement sans faille au bénéfice du parcours patient. Le positionnement du DS, ses compétences spécifiques, sa connaissance des organisations ont été un véritable atout lors de cette crise.

Ce travail que nous orienterons donc sur le positionnement et la stratégie nous permettra de « grandir » et de nous construire en tant que futur DS, d'autant plus qu'il s'agit de prendre de la hauteur et de se détacher du « faire », ne plus être dans l'action comme nous l'étions dans notre ancienne fonction. La mission COVID nous a propulsée dans une autre dimension avec la sensation d'avoir brûlé des étapes. L'ampleur de la tâche, la temporalité bousculée, l'impact du COVID en région Bourgogne Franche Comté nous a beaucoup questionnée. Un temps de recul a été nécessaire afin de récupérer physiquement et intellectuellement de cette période particulière où la formation a été complètement occultée par l'action.

Le positionnement du DS en cette situation de crise nous semble stratégique, sa parole est prise en compte, elle est entendue et respectée. Nous avons pu observer lors du second stage que cette situation exceptionnelle met en exergue le rôle essentiel du DS dans la coordination des équipes mais également son degré d'expertise dans le domaine du soin. D'une période sanitaire particulière émergent des questionnements sur la transférabilité de cette reconnaissance des compétences du DS et de ses missions dans l'organisation générale des prises en charge.

Ainsi, nous avons choisi la proposition suivante comme question de départ :

***En quoi la crise de la Covid-19 met en lumière le rôle que pourrait tenir le Directeur des Soins dans l'amélioration de la prise en charge des parcours coordonnés au sein d'un territoire de santé ?***

### **Sous questions :**

- En quoi le mode managérial du DS favorise-t-il :
  - Les coopérations soignantes au sein du GHT ?
  - Les coopérations entre les différents secteurs de l'institution ? (Les pôles, les structures médico-sociales)
  
- En quoi le positionnement du DS peut-il contribuer :
  - Au développement de partenariats avec les acteurs de ville ?
  - A l'émergence de coopérations inter-établissements ?
  
- En quoi une approche transversale des parcours de soins peut-elle favoriser leur efficacité ?
  
- En quoi une vision stratégique du DS orientée sur la création et la consolidation de réseaux est-elle un enjeu pour les parcours de soins ?

## **1 CONCEPTS ET NOTIONS MOBILISES :**

Le Système de Santé français place les coopérations entre l'ensemble des acteurs au centre des réformes afin de réduire les inégalités d'accès aux soins sur les territoires. La graduation des soins comme clé de voute de la régulation de l'offre, le lien ville-hôpital fil conducteur de la coordination des parcours doivent être orchestrés en tenant compte des contraintes liées à la démographie médicale mais également à la maîtrise des dépenses de santé. Cette combinaison parfois complexe rencontre sur le terrain une adhésion plus ou moins forte. La concurrence entre les établissements, une culture des prises en charge hospitalo-centrées restent encore très vives. Lancée en février 2018, la stratégie de transformation du système de santé appelée couramment « Ma Santé 2022 » comporte de nombreuses mesures visant une meilleure organisation des professionnels de santé au bénéfice des patients. *« Avec la mise en place des parcours de soins, ce n'est plus au patient de faire le lien entre les différents professionnels de santé, mais c'est aux soignants de se coordonner. L'objectif est de rassembler les soignants en ville et les soignants à l'hôpital autour d'un projet de santé adapté aux besoins des Français dans les territoires. Toutes les structures, privées, comme publiques, travailleront ensemble <sup>2</sup>».*

### **1.1 Parcours et filières, entre complexité et réalité :**

#### **1.1.1 Le cadre réglementaire :**

Au cours des cinquante dernières années, le système de santé français a été construit autour de l'hôpital et des spécialités médicales. Ce système souffre d'importants cloisonnements, notamment avec le secteur médico-social mais également avec les professionnels de santé de ville. Enfin, l'accès aux soins est loin d'être égalitaire sur le territoire français. Depuis la loi HPST de 2009, nous assistons à la montée en puissance de la notion de parcours de soins et de santé dans un périmètre territorialisé. La Loi de Modernisation de notre système de Santé de 2016, poursuit cette évolution en replaçant la coordination des soins entre les professionnels et les structures comme élément central. Cette démarche a abouti à la création des communautés professionnelles territoriales de santé et des équipes de soins primaires.

Ensuite, la LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a pour objectif principal la recherche d'une organisation territoriale efficiente, fluide et coordonnée de l'offre de santé. Selon les travaux

---

<sup>2</sup> <https://www.ars.sante.fr/ma-sante-2022-pour-transformer-le-systeme-de-sante>

parlementaires : « *le cadre de la coopération territoriale reste encore trop peu lisible et, surtout, ne permet pas de mettre fin à une organisation en silos, la médecine de ville d'un côté, l'hôpital de l'autre, dos l'un à l'autre. Pourtant, seule la fin de cette organisation en silos permettra une organisation efficiente de notre système de santé et la création de parcours de soins cohérents pour les usagers. Ces différents échelons territoriaux manquent aujourd'hui de cohérence, de lisibilité et de visibilité pour les professionnels de santé mais également pour leurs partenaires.* »<sup>3</sup>

L'ensemble de ces difficultés a poussé les structures à réfléchir sur la trajectoire de l'utilisateur et a mis en évidence les notions suivantes qui font dorénavant partie intégrante du vocabulaire des acteurs de la santé.

### **1.1.2 Le parcours de soins :**

La notion de parcours distingue trois axes, le parcours de soins, de santé et de vie. Nous allons nous focaliser sur le parcours de soins en lien avec les besoins de coordination et de transversalité nécessaires à l'adaptation des réponses aux besoins de l'utilisateur.

La notion de parcours de soins coordonnés a été instituée par la loi du 13 août 2004<sup>4</sup>. Cette dernière a pour objectifs de faire bénéficier chaque usager d'un suivi médical coordonné, d'une gestion rigoureuse du dossier médical et d'une médecine préventive personnalisée. Cette notion de parcours était associée à la désignation d'un médecin traitant référent auprès de l'organisme de protection sociale afin de limiter l'errance entre les praticiens, de mieux coordonner l'accès aux soins mais aussi de contrôler les dépenses de santé. En effet, cette loi a instauré une majoration du ticket modérateur pour l'utilisateur ne respectant pas le passage obligatoire par la médecine de ville avant l'accès à la médecine de spécialité.

Quelques années plus tard, le parcours devient plus élargi et concerne l'ensemble des acteurs pour tendre vers une prise en charge globale et surtout plus fluide des patients et usagers. La prévention afin d'adopter des comportements favorables à la santé, les soins mais également l'accompagnement et la fin de vie sont des étapes intégrales du parcours de soins. La loi HPST propulse la notion de coordination par la mise en place de parcours prioritaires régionaux sur les territoires de proximité inclus dans les PRS. L'ouverture sur les champs du sanitaire, de l'ambulatoire, des établissements médico-sociaux et sociaux, de collectivités locales, et d'organismes de protection sociale est clairement affichée. Le parcours de soins devient le parcours de santé avec l'implication d'une multitude d'acteurs

---

<sup>3</sup> <https://www.houdart.org/cpts-hopitaux-de-proximite-et-projet-territorial-de-sante/>

<sup>4</sup> [LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie https://www.legifrance.gouv.fr](https://www.legifrance.gouv.fr)

dont le principal est l'usager. Cette organisation en parcours répond au développement croissant des maladies chroniques et aux situations de perte d'autonomie qui impactent fortement la vie quotidienne du patient et de ses proches. A titre d'exemple, le dispositif PAERPA (Annexe I) ou parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie est déployé depuis 2014 sur des territoires pilotes puis en cours de généralisation depuis 2016. Les principaux objectifs sont de maintenir la plus grande autonomie le plus longtemps possible et de faire en sorte que chaque français, âgé de 75 ans et plus, reçoive les bons soins par les bons professionnels, dans les bonnes structures au bon moment, le tout au meilleur coût. La prévention par l'identification de risques en amont joue un rôle capital grâce au repérage de situations favorisant les hospitalisations tels que la dépression, les chutes ou les problèmes liés à la polymédication. La démarche PAERPA porte une coordination clinique de proximité renforcée grâce aux professionnels de santé de premier recours et offre aux usagers et leurs aidants une coordination territoriale d'appui. Le principe de coordination territoriale permet d'éviter certaines hospitalisations et de sécuriser la sortie de l'hôpital par la mobilisation de dispositifs spécifiques : anticipation et préparation de la sortie, repérage de la perte d'autonomie, transition via un hébergement temporaire, mobilisation d'un service d'aides à domicile, transmission des informations au médecin traitant et autres intervenants.

### **1.1.3 Le chemin clinique :**

La Haute Autorité de Santé définit le chemin clinique comme la méthode permettant de décrire pour une pathologie donnée tous les éléments du processus de prise en charge constituant le parcours du patient. *« Le chemin clinique vise à planifier, rationaliser et standardiser la prise en charge multidisciplinaire et/ou pluri professionnelle de patients présentant un problème de santé comparable afin de réaliser une prise en charge optimale et efficiente respectant les règles de bonnes pratiques. Les objectifs tels que l'appropriation des recommandations, l'amélioration de la coordination et de la communication ou encore la gestion des risques, guident la mise en place des chemins cliniques. Ils simplifient aussi la prise en charge tout en limitant la variabilité des pratiques <sup>5</sup>».*

La méthode du chemin clinique est reconnue comme particulièrement efficace et offre des résultats organisationnels tangibles pour les structures de soins l'ayant adoptée. Le choix de la pathologie, la description du parcours prototypique dans le but de l'optimiser en s'accordant sur des objectifs interdisciplinaires à atteindre permettent de s'inscrire dans une dynamique pérenne d'analyse et d'amélioration des pratiques professionnelles d'une équipe médico-soignante. Toutefois, il faut une équipe engagée, formée et accompagnée pour effectuer ce travail collectif, autoréflexif qui questionne la pertinence et l'efficacité de

---

<sup>5</sup> [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2807716/en/chemin-clinique](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2807716/en/chemin-clinique)

ses propres pratiques. Cette équipe doit également être en capacité d'initier le changement qui en résulte. Cette démarche analytique et descriptive offre une meilleure visualisation de la complexité de l'ensemble du parcours du patient porteur d'une maladie chronique, des zones d'interface, une identification des risques avec la superposition des interventions des acteurs. Cette approche repose sur la performance des professionnels à travailler en équipe et non pas simplement à juxtaposer les expertises de chacun pour un service rendu optimal. Dans l'ouvrage *Construire les chemins cliniques à l'hôpital*, les auteures affirment : « *il est démontré qu'une équipe qui fonctionne bien est plus efficace et que son action coordonnée est garante d'un niveau de sécurité accrue pour les patients et les professionnels* <sup>6</sup> ». L'expérience patient est prise en compte et une équipe centrée sur un patient acteur de ses soins fait faire également des progrès considérables dans les prises en charge.

#### **1.1.4 La filière :**

Une filière de soins représente la trajectoire de soins empruntée par le patient pour la prise en charge d'une pathologie donnée, impliquant une organisation cohérente et graduée des soins autour de multiples acteurs et établissements de santé. La filière devient le fil conducteur de nombreux projets médicaux partagés au sein des GHT pour répondre aux enjeux de développement d'activités mais également pour améliorer la part de marché des établissements publics au sein du territoire, en proposant une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. La filière gériatrique en France est celle qui a évolué le plus rapidement en regard des besoins de la population et semble souvent la plus aboutie pour les professionnels de santé. En 2014, une enquête réalisée par l'ANAP sur trois territoires de santé visait à mieux comprendre les points de rupture de prise en charge et les difficultés rencontrées par les différents intervenants. Elle met en évidence les éléments suivants :

- Les personnes âgées ne décident pas de leur parcours,
- L'accès à un avis gériatrique H24 est très attendu afin d'éviter les passages inappropriés aux urgences,
- La lisibilité des services à domicile doit être améliorée,
- Les besoins principaux au domicile sont faiblement médicalisés,
- Les professionnels du territoire utilisent peu les outils de coordination mais y sont très favorables.

---

<sup>6</sup> Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, Beau, I., Zantman, F., *Construire les chemins cliniques à l'hôpital*, Elsevier Masson, 2018, p. 5.

### 1.1.5 Les retours d'expérience sur les parcours :

Pour ses 20 ans, le Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en région Aquitaine a choisi d'aborder, dans le cadre de sa 16e journée régionale, le parcours de santé. L'objectif de cette journée était d'amener les acteurs à mieux comprendre cette notion de parcours et ses implications pour les professionnels et les patients/usagers.

*Le parcours de santé est « le parcours de soins articulé en amont avec la prévention et la promotion de la santé et en aval avec les accompagnements sociaux et médico-sociaux. À ces notions de temporalité, s'ajoute une notion d'espace, il s'agit d'une prise en charge sur un territoire, à proximité du domicile. La prise en charge dans le cadre d'un parcours de santé dépasse donc le colloque singulier, et tend vers une coordination pluriprofessionnelle qui doit être organisée, dont les étapes doivent être prédéfinies, dont les points de rupture potentiels doivent être identifiés et maîtrisés.<sup>7</sup>. »*

L'ARS Aquitaine a voulu identifier et prioriser les prises en charge dont le déficit de coordination générerait le plus d'effets négatifs. Un comité de pilotage pour tous les parcours a été mis en place pour assurer la conduite générale de la démarche, un comité régional d'experts par parcours participe à l'élaboration du diagnostic et au repérage des points de rupture. Un groupe projet par parcours mène l'état des lieux (cartographie épidémiologique et de flux des usagers concernés, cartographie de l'offre, identification des points de ruptures, cartographie du financement), propose des actions pour améliorer l'organisation (actions d'information, de formation, d'éducation à la santé, de dépistage, mise en place d'outils, de filières, renforcement de moyens...) et définit des indicateurs de suivi.

Ainsi, ces travaux confirment qu'il faut arrêter de juxtaposer des dispositifs mais bien de coordonner les prises en charge sanitaires, sociales et médicosociales, autour et avec la personne qui en bénéficie. Cette journée de formation a permis de mettre en avant l'expérience de terrain et en particulier celle de la Maison des réseaux de Dordogne qui regroupe au sein d'un GCS trois réseaux de santé départementaux : Diapason (diabète/obésité), Pallia 24 (soins palliatifs/douleurs/soins de support) et Réseau VIH Dordogne (VIH/Sida – Hépatites). Sa principale mission est d'offrir un appui aux professionnels de santé de premier recours pour les patients en situation complexe, de

---

<sup>7</sup> Parcours de santé : promenade ou saut d'obstacles ? 16e journée régionale, Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine, Pessac, 24 juin 2016 Rongère-Casteigt, J., Bouhier F., Migeot V., Risques et qualité en milieu de soins, vol. 14, n° 1, mars 2017, pp.51-54

manière à faciliter le maintien et le retour à domicile. L'ARS souligne toutefois l'existence de tensions interprofessionnelles et intersecteurs et questionne la capacité de maintenir une telle orientation de travail sur le long terme mais met en avant : « *Il y a de l'excellence sur notre territoire. Il faut partir des travaux réalisés et évaluer les possibilités, l'intérêt et la pertinence de les développer en fonction des contextes territoriaux, tout en valorisant l'existant* ». Ne pas surajouter donc, mais conforter, soutenir, partager. Il faut « *travailler sur le sens à faire ensemble pour accompagner la modification des postures de tous les acteurs, produire de la polyvalence en s'appuyant sur la richesse de l'expertise et la capacité d'être dans des approches transversales*<sup>8</sup>. S'engager dans cette démarche de parcours permet également de répondre aux objectifs en lien avec l'égalité d'accès aux soins pour l'ensemble de la population, à prioriser la proximité et la gradation des soins mais aussi un accès équitable au progrès et à l'innovation

Ainsi, qu'il s'agisse du parcours, du chemin clinique ou des filières, chaque dispositif s'inscrit dans la notion de territoire plus ou moins étendu en fonction des problématiques de santé rencontrées par le patient. C'est pourquoi nous allons étudier dans un premier temps la notion de territoire puis l'intégrer au niveau du groupement hospitalier.

## **1.2 Le territoire, un périmètre à questionner :**

### **1.2.1 Le territoire, une géographie variable :**

Le territoire est défini comme un espace délimité, approprié par un individu, une communauté, sur lequel peut s'exercer l'autorité d'un État, d'une collectivité. Les territoires s'étudient donc en fonction des mailles de gestion de l'espace mais ils peuvent être emboîtés. Selon une étude de l'IRDES de 2007<sup>9</sup> :

- Nous assistons à une diminution de la taille moyenne des territoires qui est dorénavant de 374 000 habitants contre 418 000 dans les schémas précédents. Elle varie selon les régions, de moins de 150 000 en moyenne pour la Corse et l'Auvergne à près d'un million pour le Nord-Pas-de-Calais et la Lorraine,
- Il existe une grande hétérogénéité des territoires en matière de population. Le plus petit territoire se situe en Auvergne avec 28 000 habitants et le plus grand en Aquitaine avec 1,3 million d'habitants.

---

<sup>8</sup> Op.cit. (note7).

<sup>9</sup> Questions d'économie de la santé N°175 Avril 2012 Le territoire, un outil d'organisation des soins et des politiques de santé ? Évolution de 2003 à 2011 Magali Coldefy (IRDES), Véronique Lucas-Gabrielli (IRDES)

Edwige GANDRE - Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique - 2020

- Des variations similaires sont observées en termes de superficie et donc de distance et de temps d'accès à l'offre de soins. La surface des territoires varie ainsi de 25 km<sup>2</sup> (en Île-de-France) à plus de 11 000 km<sup>2</sup> en Lorraine. Les petits territoires sont souvent très densément peuplés, les logiques de découpage obéissant à un compromis entre densité et superficie.

### 1.2.2 Les territoires et la gradation des soins :

Après la limitation des territoires, l'offre de soins quant à elle devient graduée en fonction de nombreux critères d'accessibilité, d'expertise tout en préservant une logique financière. Ainsi, les usagers bénéficient d'un accès aux soins répartis en quatre niveaux en fonction des besoins de prise en charge. Ce dispositif est régulé par les ARS et s'appuie sur les Projets Régionaux de Santé. **Le niveau de proximité** correspond aux soins de premiers recours, à celui permettant d'assurer la permanence des soins, impliquant le médecin généraliste, l'infirmier libéral par exemple et le pharmacien. Ces professionnels se constituent en équipe de soins primaires. **Le niveau intermédiaire** est structuré autour de la médecine polyvalente, il s'agit du premier niveau d'hospitalisation et d'accès à un plateau technique basique permettant de réaliser les premières investigations, cela correspond aux hôpitaux de proximité. **Le niveau de recours** permet de dispenser des soins spécialisés, la chirurgie en particulier, il s'agit généralement de l'hôpital pivot du groupement hospitalier où de nombreuses spécialités sont présentes. **Le niveau régional** offre des prestations spécialisées, il s'agit des CHRU qui assurent par exemple l'accès aux greffes ou bien encore les centres anti-cancéreux au statut spécifique. **Le dernier niveau est interrégional** et ultraspécialisé dans certaines activités telles que la prise en charge très spécifique des grands brûlés.

### 1.2.3 Les territoires et le Ségur de la Santé :

Le 15 juillet 2020, monsieur Jean Castex, premier ministre, affirme l'importance de la vision territoriale lors de sa déclaration de politique générale à l'Assemblée Nationale : *« C'est à cette France des territoires, à cette France de la proximité que nous devons impérativement faire confiance, car c'est elle qui détient en large part les leviers du sursaut collectif. Les territoires, c'est la vie des gens. Libérer les territoires, c'est libérer les énergies. C'est faire le pari de l'intelligence collective.<sup>10</sup> »*

En France, la politique de santé se décline avant tout au niveau d'un territoire, au service de ses habitants, elle est pilotée par les ARS. Que ce soit à travers les parcours, la coordination des acteurs, l'organisation de l'offre de soins, la lutte contre les inégalités

---

<sup>10</sup> <https://www.gouvernement.fr/declaration-de-politique-generale-du-premier-ministre>

d'accès, l'articulation des différents plans nationaux, ces directives doivent se réaliser au plus proche des usagers et en cohérence avec les réalités locales. Dans la lignée de la Stratégie Nationale de Santé, le Ségur a pleinement intégré cet enjeu en dédiant un pilier complet de ses travaux aux territoires. Les orientations s'appuient sur le recueil de nombreux témoignages de soignants. Cette étude IPSOS réalisée en cours de crise sanitaire met en évidence que : « *La période récente aura permis aux professionnels d'expérimenter ou d'accélérer très rapidement l'usage de nouvelles méthodes de travail rendues impératives par la crise sanitaire, qu'il s'agisse de la coopération entre ville, hôpital et médico-social, ou le développement accéléré de la télémédecine. Un grand nombre de répondants expriment le souhait de multiplier les possibilités de rencontre et d'échange (rencontres, immersion, exercices mixtes...) pour rapprocher des mondes professionnels parfois éloignés alors même qu'ils partagent de nombreux objectifs communs (fluidifier le parcours de soin, améliorer la prise en charge)*<sup>11</sup>.

Le pilier 4 du Ségur a pour objectif principal de fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers. Nous avons choisi d'illustrer cet axe par la mesure 28 qui correspond à ce que nous avons pu expérimenter lors de la mission HAD :

#### **METTRE EN PLACE UNE OFFRE DE PRISE EN CHARGE INTÉGRÉE VILLE-HÔPITAL-MÉDICO-SOCIAL POUR LES PERSONNES ÂGÉES**

- **Pérenniser sur les territoires des astreintes sanitaires au bénéfice des établissements d'hébergement des personnes âgées mises en place pendant la crise du COVID-19.**
- **Structurer dans chaque territoire des parcours d'admissions directes non programmées à l'hôpital pour les personnes âgées pour éviter les passages aux urgences inutiles.**
- **Renforcer le déploiement des équipes mobiles et les interventions de l'hospitalisation à domicile et des professionnels libéraux sur les lieux de vie des personnes âgées.**
- **Renforcer le dispositif de présence (garde ou astreinte) infirmière la nuit dans les EHPAD<sup>12</sup>.**

---

<sup>11</sup> <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/dossier-de-presse-conclusions-du-segur-de-la-sante>

<sup>12</sup> Ibid.

Edwige GANDRE - Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique - 2020

### 1.3 Le directeur des soins au cœur de la coordination des parcours :

Afin de mieux étayer notre réflexion sur le rôle que pourrait tenir le directeur de soins dans l'amélioration de la coordination des parcours, nous nous sommes appuyée sur les différents référentiels concernant le métier et les compétences du DS. Nous ferons un premier focus sur le référentiel métier et les missions spécifiques du DS en tant que membre du directoire puis nous étudierons pour terminer le référentiel de compétences tant sur l'axe stratégique qu'opérationnel.

#### 1.3.1 Le référentiel métier :

Depuis 2007, La loi HPST prévoit que les missions du DS soient renforcées et clairement identifiées au niveau stratégique, en plus des missions de niveau plus opérationnel : « *Le DS doit connaître l'environnement et les différents acteurs de santé, sociaux et médico-sociaux du territoire afin de positionner l'offre en soins de l'établissement, en cohérence avec les besoins des populations définis par territoire avec l'Agence Régionale de Santé, dans le cadre du Contrat d'Objectifs et de Moyens* »<sup>13</sup>. Le DS en qualité de président de la CSIRMT est **membre du directoire au sein duquel il a une mission de conseil et de participation à la décision.**

Le DS d'un point de vue stratégique et de par son positionnement participe activement :

- « *A l'évolution de la politique hospitalière par le **développement des mises en réseau** des établissements et des professionnels, **fusion et réorganisation** des activités médicales et para médicales* <sup>14</sup>» Notre expérience personnelle de plusieurs restructurations éclaire le rôle majeur que peut tenir le DS dans la recherche de solutions au sein de l'équipe de direction pour répondre aux besoins de santé des usagers du territoire.
- « *Aux missions de service public pouvant être exercées par **différents acteurs de santé publics et privés*** <sup>15</sup>», Cet item est un argument pour l'ouverture au-delà du GHT, l'expérience de la mission HAD nous a démontré que les frontières public/privé se sont totalement estompées au bénéfice de la construction d'équipes territoriales, afin d'assurer la permanence des soins et la coordination du parcours patient.

---

<sup>13</sup> <https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2017/12/formation-DS-referentiel-de-competences-mai-nov2017.pdf>

<sup>14</sup> Ibid.

<sup>15</sup> Ibid.

- « A l'évolution des professions paramédicales, technicité des actes et des soins, **coopération des professionnels de santé**, mise en place des Groupements de Coopération Sanitaire (GCS) et de **différents modes de coopérations entre les acteurs de santé.** » L'accompagnement des équipes paramédicales dans le développement de la e-santé fait partie des missions du DS, la crise sanitaire et plus spécifiquement la limitation des contacts et des déplacements ayant précipité l'utilisation des nouvelles technologies et l'évolution de la technicité des actes.

Les dispositifs favorisant les coopérations entre les établissements mais également entre les différents professionnels de santé seront développés dans la partie suivante afin de mieux comprendre les enjeux pour le DS.

**Le référentiel métier décline également les missions propres du Directeur des soins en établissement de santé :**

- *Le Directeur de Soins est responsable de la conception et de la mise en œuvre du **projet de soins** et des objectifs de qualité et de sécurité des soins définis dans ce cadre. Il en coordonne la mise en œuvre et l'évaluation. **Il veille à la continuité des soins et à la cohérence des parcours de soins des patients.***
- Concernant le volet managérial, le coordonnateur général des soins organise les missions des autres membres de la direction des soins.

Afin de mieux éclairer les missions du DS, il nous a semblé opportun de s'appuyer également sur le référentiel de compétences et plus spécifiquement sur les activités en lien avec la compétence 9.

### **1.3.2 Le référentiel de compétences :**

Les compétences attendues d'un DS sont orientées selon trois axes :

- Le premier concerne les **compétences stratégiques** telles que savoir analyser l'environnement et les systèmes d'acteurs, savoir fixer des objectifs dans le cadre des relations contractuelles au sein de l'établissement et avec d'autres acteurs dans le cadre des conventions de coopération et savoir également traduire les objectifs en plans d'actions.
- Le second s'appuie sur les **compétences de coordination**, « *Savoir décider, négocier et arbitrer en interne et en externe avec les différents acteurs, Savoir planifier, organiser, répartir les ressources en soins de l'établissement dans une*

*approche transversale et efficiente.* » La coordination exige également de savoir animer et développer un réseau professionnel.

- Le troisième concerne **les compétences opérationnelles**
  - Savoir analyser et évaluer les pratiques professionnelles des équipes de soins,
  - Savoir communiquer vis-à-vis des différents publics,
  - Savoir utiliser les technologies de l'information et de la communication,
  - Savoir développer des méthodes de traçabilité, de contrôle des procédures et de contrôle qualité,
  - Savoir suivre et accompagner la mise en œuvre des évolutions réglementaires,
  - Savoir développer une communication pertinente vis-à-vis des différents acteurs,
  - Savoir utiliser les systèmes d'information et de communication.

De ces compétences généralistes, nous avons choisi de mettre en avant celles liées à **la compétence 9**, plus spécifiques à notre sujet de réflexion.

- Rencontrer les partenaires (internes/externes) du territoire de santé et des coopérations hospitalières lors de la prise de fonction
- Contribuer à la mise en œuvre du parcours individualisé du patient sur le territoire de santé
- Participer à l'élaboration du projet médical du GHT
- S'assurer de la qualité des coordinations entre les différents partenaires impliqués dans le parcours du patient en identifiant des indicateurs de suivi
- Contribuer à la formalisation et au suivi des partenariats de l'établissement avec les différents acteurs sanitaires, médico-sociaux et libéraux du territoire de santé

Qu'il s'agisse des spécificités du métier et des compétences attendues, la mobilisation des savoirs du DS fait partie des fondations de la coopération mais ne peut se concrétiser qu'en s'appuyant sur la dynamique de l'équipe de direction. Chaque établissement élaborant sa propre ligne directrice pour la mise en œuvre de la coopération territoriale souvent portée et accompagnée par la direction générale du GHT mais les enjeux sont parfois vécus différemment en fonction de multiples critères propres à chaque institution du groupement.

#### **1.4 Les enjeux de la coopération territoriale :**

La coopération souvent définie comme l'action de participer à une œuvre commune, est aujourd'hui un des objectifs essentiels pour le secteur sanitaire mais également social, médico-social et la médecine de ville. Le développement des coopérations peut avoir pour finalité l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins prodigués aux patients mais parfois aussi la recherche d'économies fait partie des enjeux. Fil conducteur de nombreuses réformes depuis un demi-siècle, la coopération peut être observée sous deux facettes, tout d'abord comme un moyen de recomposition de l'offre de soins en lien avec les politiques de santé mais également comme un outil stratégique et opérationnel cette fois au service des établissements de santé. Le projet médico-soignant voit sa genèse dans les capacités des équipes à coopérer d'une part en interne mais également avec l'ensemble des partenaires externes gravitant autour de l'utilisateur. Les compétences et les ressources devenant inégales d'un établissement à l'autre, la coopération peut parfois se décliner en urgence pour contrer la stratégie du secteur privé ou comme nous l'avons vécu lors d'évènements majeurs tels que la crise sanitaire. Ainsi, neutraliser la concurrence, pérenniser une filière, obtenir le renouvellement d'une autorisation, la liste des injonctions à la coopération territoriale est longue. Toutefois, nous avons pu observer que la coopération ne se décrète pas, elle se prépare, se co-construit, la confiance venant avec le temps et la réalisation que chaque partie concernée n'est pas lésée et sort gagnante de cette nouvelle modalité d'exercice. Il faut également que les équipes puissent réellement constater que le partenariat est un réel bénéfice pour les patients. Enseignants chercheurs à l'Institut du Management de L'EHESP, Catherine Keller et Michel Louazel <sup>16</sup> affirment que la coopération s'apparente à un compromis organisationnel, voire une concurrence négociée sur un territoire. Conserver ou pas un segment d'activité, développer une nouvelle spécialité est un choix stratégique pour un établissement qui ne peut se concrétiser sans mobiliser les partenariats existants ou en créer d'autres.

Nous allons aborder maintenant l'évolution du cadre législatif des modalités de coopérations, qu'elles soient entre les structures ou les acteurs du monde de la santé.

##### **1.4.1 Un cadre législatif permettant les coopérations entre les structures :**

Depuis plusieurs années, les politiques publiques ont mis en place différents outils afin de faciliter les modalités de coopérations entre les établissements de santé.

**En 1996, les Groupements de Coopération Sanitaire** voient le jour, le GCS devient l'outil de coopération privilégié dans le cadre des coopérations entre le secteur public et privé, mais également entre la ville et l'hôpital. Il permet d'associer des établissements de santé

---

<sup>16</sup> Louazel, M., Mourier, A., Ollivier, E., Ollivier, R., *Le management en santé, Gestion et conduite des organisations de santé*, La coopération territoriale hospitalière p.97 Presses de l'EHESP  
Edwige GANDRE - Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique - 2020

publics comme privés, des centres de santé, des maisons de santé et des professionnels médicaux libéraux à titre individuel ou collectif, ou encore les acteurs du secteur médico-social. Il est doté, selon le cas, de la personnalité morale de droit public ou de droit privé. En 2009, dans un objectif de simplification du dispositif, La Loi Hôpital Patient Santé Territoire promulguée en 2016 a permis de différencier deux possibilités de création de GCS en fonction de leur finalité. Il s'agit tout d'abord du **GCS de moyens** qui est la forme de droit commun des GCS. Il permet de mutualiser des moyens humains en vue de constituer des équipes communes de professionnels médicaux ou non médicaux, des équipements lourds où encore des moyens immobiliers, fonciers ou encore des systèmes d'information.

La deuxième forme du dispositif est le **GCS-Établissement de santé**, en effet, « *la possibilité pour certains GCS, extrêmement aboutis et intégrés, d'aller plus loin dans leur coopération autour du soin, et d'être érigé en établissement de santé. Les GCS titulaires d'autorisations d'activités de soins de droit privé sont érigés en établissements de santé privés, les GCS de droit public sont érigés en établissements publics de santé. Ils appliquent à ce titre les mêmes droits et obligations que tout établissement de santé. Cette possibilité a été ouverte pour répondre à la double exigence de sécurisation des conditions de prise en charge des patients et de simplification des modalités de gestion de ces coopérations* <sup>17</sup> ».

**En 2010, les Communautés Hospitalières de Territoire** étaient destinées à développer des complémentarités et des rapprochements entre établissements à partir d'un projet médical. « *La communauté hospitalière de territoire est une innovation de la loi Hôpital Patients, Santé, Territoires. Sa finalité est la recherche de la meilleure utilisation des ressources à disposition des établissements, la complémentarité entre les acteurs. Elle permet aux établissements publics de santé de conclure une convention afin de mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions.* »<sup>18</sup>

**En 2016, le Groupement Hospitalier de Territoire** issu de l'article 107 de la Loi de Modernisation du Système de Santé succède aux communautés hospitalières de territoire, la coordination des soins devient l'enjeu central du dispositif afin de contourner les deux écueils majeurs de notre système de santé, l'isolement des professionnels et le cloisonnement des institutions. L'adhésion à un GHT par convention constitutive devient

---

<sup>17</sup> <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/article/le-groupement-de-cooperation-sanitaire-gcs>

<sup>18</sup><https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/article/la-communaute-hospitaliere-de-territoire-cht>

obligatoire et exclusive pour tout EPS hors CHU et EPSM. Tout GHT doit s'appuyer sur un établissement support qui assure plusieurs fonctions pour le compte des établissements parties, ainsi le DG se voit attribuer les compétences dont disposent les directeurs délégués des établissements parties sur la conduite de la politique générale ou encore l'exercice du pouvoir de nomination et hiérarchique. La gouvernance du GHT repose sur un comité stratégique placé sous l'autorité du DG, ses missions sont la mise en œuvre du PMSP, des mutualisations et de la gradation des soins. Au niveau de la direction des soins, la mise en place d'une CSIRMT de groupement est obligatoire et est présidée par le coordonnateur général des soins de l'établissement support. Dans un communiqué de presse du ministère de la santé, Marisol Touraine affirme lors de la création des 135 GHT regroupant 850 établissements de santé : « Les GHT organisent la complémentarité des établissements de santé, en prenant en compte la spécificité de chacun dans la construction de l'offre de soins. Ils permettent de mieux organiser les prises en charge, territoire par territoire, et de présenter un projet médical répondant aux besoins de la population. » Les GHT doivent veiller à l'élaboration d'un projet médical partagé, favorisant l'émergence de filières de soins territorialisées et graduées. <sup>19</sup>»

D'un point de vue opérationnel pour de nombreux groupements, l'optimisation et la gestion d'un système d'information hospitalier favorisant le déploiement du dossier patient unique est un objectif majeur afin d'assurer une prise en charge coordonnée au sein des établissements parties du groupement. Le GHT permet également le déploiement du DIM de territoire véritable atout pour l'analyse de l'efficacité des parcours. Il est également important de souligner l'impact du GHT sur le thème de la formation. En effet, ce dispositif assure la coordination des instituts et des écoles de formations paramédicales du groupement, des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements parties. En résumé, le GHT est un outil lié à l'enjeu d'amélioration de la coordination des parcours de soins basé sur la coopération des EPS où l'établissement support assure des fonctions d'appui et de régulation pour répondre aux besoins de santé de la population du territoire.

#### **1.4.2 Les dispositifs favorisant les coopérations entre les professionnels :**

A) Les communautés professionnelles territoriales de santé :

Les CPTS ont été créées par la Loi de Modernisation du Système de Santé du 26 janvier 2016. Elles permettent à l'initiative de professionnels d'un même territoire de s'organiser autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes en lien avec l'organisation des soins non programmés, la coordination ville hôpital, l'attractivité médicale du territoire ou la coopération entre médecins et infirmiers pour le maintien à domicile. A la

---

<sup>19</sup> <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/groupements-hospitaliers-de-territoire/>

Edwige GANDRE - Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique - 2020

différence des Équipes de Soins Primaires, il s'agit d'une approche populationnelle c'est-à-dire que la réponse apportée s'inscrit dans une dimension qui peut amener les professionnels à sortir du cadre de leur exercice et de leur patientèle habituelle. Bien que portée par les professionnels de santé de ville, les CPTS ont vocation à associer les acteurs du second recours, du sanitaire, du social et du médico-social désireux de s'organiser pour travailler ensemble au sein d'un territoire donné. Le nombre de professionnels associés à vocation à être adapté au projet et à évoluer dans le temps si le besoin s'en fait ressentir. Le projet de CPTS donne lieu à la formalisation d'un projet de santé élaboré par les acteurs qui le transmettent à l'ARS dans le but d'une contractualisation.

B) L'article 51, dispositif d'expérimentation :

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a introduit un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé, appelé communément « Article 51 ». Ces organisations innovantes reposent sur des modes de financement inédits et doivent contribuer à améliorer le parcours des patients, l'efficacité du système de santé, l'accès aux soins ou encore la pertinence de la prescription des produits de santé. Madame Buzyn alors ministre des Solidarités et de la Santé lors de son discours de lancement du dispositif affirmait qu'il devait « *permettre d'amorcer une démarche de transformation, en faisant « sauter les verrous » pour que la coordination des parcours de santé et les coopérations interprofessionnelles puissent devenir une réalité au quotidien dans les territoires.* »

En janvier 2019, lors du conseil stratégique d'innovation en santé, madame la ministre faisait un premier bilan et affirmait : « *Je suis satisfaite de voir émerger des initiatives sur des territoires qui ont des besoins de santé évidents et une offre de santé faible ; des initiatives qui permettent de libérer du temps médical pour améliorer l'accès aux soins ; des initiatives qui ont pour finalité d'améliorer la coordination entre les différents professionnels ou encore de faciliter l'accompagnement de proximité. Je me félicite également de constater que les acteurs du secteur médico-social se sont eux aussi emparés de l'opportunité offerte par l'article 51.*<sup>20</sup> »

#### **1.4.3 L'évaluation du parcours, un nouvel axe de la démarche de certification :**

Cette thématique du nouveau référentiel en cours de finalisation vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins.

---

<sup>20</sup>[https://solidaritesante.gouv.fr/IMG/pdf/discours\\_d\\_agnes\\_buzyn\\_ministre\\_des\\_solidarites\\_et\\_de\\_la\\_sante\\_-\\_24\\_janvier\\_2019.pdf](https://solidaritesante.gouv.fr/IMG/pdf/discours_d_agnes_buzyn_ministre_des_solidarites_et_de_la_sante_-_24_janvier_2019.pdf)

Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et des secteurs d'activités qui, en étroite collaboration :

- Organise et prend en compte les besoins de la population aux différentes étapes (accueil, prise en charge diagnostique et thérapeutique, sortie ou transfert) de la prise en charge des maladies aiguës, des maladies chroniques, des populations spécifiques,
- Structure et formalise les liens avec les acteurs extérieurs à l'établissement en développant les interfaces avec les professionnels de ville, les autres établissements de santé et les établissements médico-sociaux, évalue ces prises en charge.

Les professionnels des secteurs d'activités grâce à un travail en équipe pluri professionnel et interdisciplinaire mettent en place une démarche d'amélioration continue des prises en charge centrée sur le patient et son entourage.

## **1.5 Coopérer une urgence organisationnelle en situation de crise :**

### **1.5.1 L'état d'urgence sanitaire :**

LOI n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de Covid-19 (1) Instauré pour deux mois par la loi du 23 mars 2020, l'état d'urgence sanitaire a été prolongé une fois jusqu'au 10 juillet inclus. La loi du 9 juillet 2020 organisant la sortie de l'état d'urgence sanitaire met en place un régime transitoire à partir du 11 juillet qui autorise le gouvernement à prendre des mesures exceptionnelles jusqu'au 31 octobre 2020 pour faire face à l'épidémie de Covid-19. Ainsi, pour faire face à la deuxième vague, les nouvelles mesures de « couvre-feu » dans certaines grandes métropoles et en Ile de France ont pu être annoncées par le Président de la République le 14 octobre 2020 sans avoir à modifier le cadre réglementaire, tout comme l'annonce d'une nouvelle période de confinement le mercredi 28 octobre 2020 et votée le lendemain à l'Assemblée Nationale. L'état d'urgence sanitaire est à dissocier du plan blanc des établissements dont les directeurs sont les déclencheurs.

### **1.5.2 De la situation sanitaire exceptionnelle à la notion de crise :**

Une situation sanitaire exceptionnelle désigne « *la survenue d'un événement émergent, inhabituel et/ou méconnu qui dépasse le cadre de la gestion courante des alertes au regard de son ampleur, de sa gravité notamment en termes d'impact sur la santé des populations ou de fonctionnement du système de santé ou de son caractère médiatique (avéré ou potentiel) et pouvant aller jusqu'à la crise.*<sup>21</sup> » Ainsi, selon monsieur Van Der LINDE, professeur à l'Institut du Management, l'événement devient exceptionnel quand il répond

---

<sup>21</sup> Van Der Linde, C., Memento pour la gestion d'une situation sanitaire exceptionnelle ou de crise en établissement de santé, avril 2020, Instruction n°274 DGS/DUS/CORRUSS 2013 du 27 juin 2013, p.9

à quatre critères : il survient à tout moment, de manière imprévue ou pas, entraînant une urgence vitale ou économique et nécessite la prise de mesures exceptionnelles. Ces dernières correspondent pour les hôpitaux au déclenchement du Plan Blanc à partir du moment où les besoins en soins ont dépassé les moyens disposés. L'arrivée du Covid-19 en France correspond donc à une situation sanitaire exceptionnelle, la frontière avec la notion de crise a été franchie dès lors que nous avons cumulé des paramètres tels que l'incertitude sur l'évolution sanitaire, la complexité de prises en charge, la saturation des services d'urgences et la rupture capacitaire des lits de réanimation dans plusieurs régions. Ainsi, la non-adéquation des moyens humains et matériels dans un espace-temps non maîtrisé a fait basculer la France en situation de crise dans un contexte de médiatisation anxiogène pour une grande partie de la population. Il existe une multitude de définitions de la crise, nous avons choisi celle de Lagadec et Guilhou datant de 2020, « *la crise, c'est l'urgence et la déstabilisation, elle combine déferlement de difficultés, dérèglements dans le fonctionnement des organisations, divergences dans les choix fondamentaux* ».

### **1.5.3 Les impacts de la crise sanitaire sur les coopérations :**

Nous avons choisi de présenter un retour d'expérience du secteur privé à but non lucratif publié sur Hospimédia<sup>22</sup> dans lequel les responsables du groupe livrent leurs enseignements de l'épidémie Covid-19 dans leurs établissements principalement situés dans le grand-Est. Ces directeurs soulignent tour à tour la mobilisation exemplaire, le professionnalisme, l'engagement des personnels ainsi que les nombreux gestes de solidarité déployés pour les résidents d'EHPAD et les professionnels des secteurs sanitaires et médico-social. Selon eux, « *les métiers se sont transformés extrêmement rapidement avec des questions qui apparaissent pluri-quotidiennement, évoquant à la fois les postes administratifs, soignants ou encore logistiques* ». Ils saluent également la solidarité qui s'est créée au sein des établissements du groupe mais également avec la communauté de médecins généralistes et les autres établissements. "*Très vite, les barrières qui peuvent exister parfois avec les autres établissements pour des sujets d'occupation médicale ont laissé place à de la coopération, de la coordination. [...] C'est assez unique car souvent les groupes hospitaliers sont dans leur monde et pas forcément en coopération directe, quotidienne, transversale avec les différentes structures.*" Depuis la stabilisation de la crise et les premiers retours d'expérience, la capacité à s'adapter et à innover des équipes est largement mise en valeur dans les médias spécialisés.

---

<sup>22</sup> Hospimédia : Article : Le Groupe SOS estime qu'il sera "forcément plus fort" face à une seconde vague, Publié le 26/06/20 - 10h35

Le soutien des tutelles a également joué un rôle primordial dans la coopération et la coordination des filières par exemple avec la diffusion de fiches stratégiques spécifiques reposant sur les retours d'expériences des établissements du grand-Est et les recommandations du conseil scientifique. Ainsi, sur le territoire où nous avons effectué la mission, il a été possible de mettre en place l'astreinte de l'HAD et de l'équipe territoriale de soins palliatifs, de diffuser des arbres décisionnels construits par la communauté médicale et de simplifier les demandes d'admission, habituellement considérées comme trop chronophages par les utilisateurs.

## **1.6 Les compétences clés mobilisées :**

Nous avons questionné les éléments qui ont pu favoriser les coopérations en cette situation de crise et ainsi lever les obstacles qui avaient été identifiés depuis quelques années. Comment les équipes ont-elles mobilisé leurs compétences spécifiques au service de l'usager, bousculé les acquis et adapté leurs pratiques face à l'incertitude du contexte ? Comment ce collectif d'êtres humains, applaudit par la nation, a su unir les forces et contourner les faiblesses ? La notion de compétences portée par Guy Le Boterf est un premier axe de recherche. Ainsi, pour cet expert du management : *« la compétence collective n'est qu'une résultante de la qualité de la coopération, les performances non seulement des entreprises mais aussi de toutes les organisations (collectivité territoriale, hôpital, organisme de formation, ministère...) ne dépendent pas de l'addition ou de la juxtaposition des compétences individuelles mais de la coopération entre des professionnels compétents. Leurs gains en efficacité, efficience, qualité, réactivité, sécurité va dépendre de plus en plus de la qualité des interfaces entre ces professionnels ou entre les diverses unités de travail. C'est comme une équipe de football, il ne suffit pas que les joueurs soient excellents dans la maîtrise du ballon encore faut-il qu'ils sachent jouer ensemble pour gagner. »*<sup>23</sup>

Lors des recherches documentaires, la notion de compétences dites émergentes est apparue, ces dernières axées sur le savoir être reposent sur un nouveau modèle théorisé par l'organisation américaine P21 (*ATCS 21 Project the four C's 21 st Century Skills*) adopté dans le monde de l'entreprise et le système scolaire américain. *« Si nous doutions encore quelque peu ou banalisons l'importance de certaines compétences cognitives et comportementales l'illustration nous est aujourd'hui donnée que sans « Communication », « Créativité », « Coopération » et « Esprit Critique » nous ne pourrions faire face aux enjeux majeurs portés par notre contexte actuel. Savoir quitter des automatismes en se posant de*

---

<sup>23</sup> <https://www.blog-formation-entreprise.fr/guy-le-boterf/>

*bonnes questions, trouver des solutions inédites, pouvoir faire front collectivement en bonne transversalité et savoir décider vite et efficacement.<sup>24</sup> »*



Comme l'illustre la diapositive, les compétences comportementales ne sont pas dissociées des compétences techniques mais jouent un rôle de soutien au service des capacités d'adaptation. Si la maîtrise de compétences techniques d'un métier reste nécessaire et fondamentale, les besoins de compétences comportementales, d'interaction et d'analyse apparaissent les plus adaptées aux situations rencontrées dans un contexte évolutif et incertain. Ces « soft skills » favorisent l'intelligence sociale pour comprendre et être en capacité de s'adapter à des situations nouvelles, inventer des solutions et accompagner ou diriger la transformation grâce aux interactions entre les différents membres d'une équipe. La situation de crise et sa temporalité ont mobilisé ces compétences spécifiques, ainsi, analyse critique, créativité, coopération et communication ont été les fondations des solutions innovantes qui ont émergé dans les pratiques de nombreuses équipes, qu'elles soient soignantes ou de direction.

### 1.7 Retours d'expériences innovantes :

Après avoir évoqué les compétences clés mobilisées et la capacité à trouver des solutions en un temps record, il nous semble pertinent d'illustrer ce thème par un retour d'expérience, celui de la région Rhône Alpes Auvergne. Situé dans l'un des premiers territoires concernés par la gestion de l'épidémie de Covid-19, le CH Annecy-Genevois et le Conseil de l'Ordre

<sup>24</sup> <https://welcometalents.fr/competences-cles-travail-demain/>

des médecins de Haute-Savoie ont développé un logiciel d'aide à la décision pour élaborer une réponse de santé publique en pleine phase aiguë. Dans la ligne de la stratégie nationale dépister-tracer-isoler, le dispositif CoVaction repose sur la coopération de l'ensemble des secteurs, sanitaire, ville et médico-social et s'appuie sur la communication renforcée entre les professionnels. L'objectif étant d'accompagner les professionnels de ville, de maintenir une veille active sur l'apparition de cas et d'organiser la prise en charge *"grâce à un travail collaboratif de tous les professionnels, chacun à sa place, en agissant où il peut être le plus efficace"*. Monsieur Vincent Delivet directeur du CH Annecy-Genevois affirme que *"Cette capacité à travailler ensemble au-delà des schémas habituels de fonctionnement entre des acteurs très différents, comme nous l'avons fait sur la maladie Covid, on peut le faire sur des pathologies chroniques, sur d'autres aspects de prise en charge sur une approche plus globale"*. Plus largement, poursuit-il, *"on pourrait imaginer confier aux GHT une mission de coordination de santé publique et de les ouvrir sur ces volets à leurs partenaires privés et libéraux, comme on l'a fait avec la crise Covid. [...] L'hôpital a un avantage : ce savoir-faire de coordination qui peut être mis au service du collectif sans pour autant avoir à se poser comme leader."* Et d'appeler pourquoi pas également à intégrer davantage le médecin Dim dans une fonction de santé publique, sur la base d'une analyse des données. *"La santé publique c'est l'affaire de tous, il faut donc avoir une approche qui transcende les modèles<sup>25</sup>."*

Ainsi, ces équipes ont fait preuve d'esprit critique pour analyser la complexité de la situation au début de la pandémie, de créativité pour trouver des solutions adaptées aux besoins des différents professionnels et surtout mobiliser leurs capacités à interagir dans un contexte instable.

---

<sup>25</sup> Site Hospimédia : Article, Les professionnels d'Auvergne-Rhône-Alpes repensent la prise en charge avec Covaction, le 18/08/2020  
Edwige GANDRE - Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique - 2020



## **2 LES ECLAIRAGES DU TERRAIN**

### **2.1 La méthodologie de l'enquête :**

Afin de mieux orienter l'angle d'approche de ce mémoire, nous avons procédé à une phase exploratoire réalisée lors de la mission HAD de mars à avril. La coordination du dispositif de soutien de l'HAD au secteur médico-social nous a permis grâce au travail en binôme avec le directeur de la structure, le médecin coordonnateur, les cadres de santé et les IDEC de prendre la mesure des difficultés en lien avec la coordination des parcours majorées par le contexte d'urgence sanitaire. Ces acteurs pour la majorité ne connaissaient pas le rôle d'un DS, ils découvraient ainsi la fonction. Ce regard novice a été pour nous un point important car il a permis à ces équipes de réaliser les capacités de coordination et l'importance du réseau du DS sur un territoire, ses aptitudes à la coopération avec les autres acteurs des établissements partenaires. Le second stage réalisé en mai et juin dans un CH support de GHT a été propice à la rencontre des acteurs que nous souhaitions auditer. Nous avons choisi de rencontrer trois catégories, tout d'abord des directeurs d'établissements (DIR 1 à 3, Annexe 1), nous avons choisi trois directeurs exerçant dans des sites de différentes tailles, deux centres hospitaliers et un directeur adjoint de GHT en charge de la territorialité. Dans un second temps, nous avons interviewé des praticiens répartis sur deux CH parties et un sur le site support (DOC A, B et C, Annexe 2) afin d'explorer leur vision du métier de DS, le travail de collaboration et le rôle qu'il peut tenir dans la coordination des parcours. Pour terminer, nous avons rencontré des DS (DS 1 à 3 Annexe 3) répartis sur deux CH et un site support afin d'évaluer leur degré d'implication dans les parcours, leur mode opérationnel et quelle stratégie ils déploient pour mener leurs missions.

Le choix de la méthode repose sur la réalisation d'entretiens semi-directifs afin de pouvoir échanger et laisser l'opportunité aux personnes auditées de s'exprimer plus facilement. Au final, nous avons rencontré 9 personnes, également réparties dans les trois catégories.

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

Nous avons conscience qu'il s'agit d'un petit échantillon malgré de nombreuses sollicitations. Le contexte sanitaire et plus particulièrement le confinement ont limité les possibilités de déplacement hors région. Située dans le grand Est, il a été parfois ardu de trouver du temps pour les acteurs de terrain afin de réaliser les entretiens en face à face, plusieurs rendez-vous ayant été acceptés initialement et non réalisés au final. La coordination de la reprise de l'activité des établissements, la fatigue engendrée par la gestion de crise et une reprise d'un fonctionnement administratif intense pour « rattraper » les obligations organisationnelles telles que le respect du calendrier des instances qui

n'avait pas pu être honoré, ont eu un impact majeur sur la disponibilité des personnes sollicitées.

## **2.2 L'analyse des données :**

L'exploitation des neufs entretiens nous a permis de classer les opinions selon plusieurs familles thématiques telles que la dynamique managériale, l'efficacité, l'approche transversale des parcours et le positionnement du DS. Ainsi, les différents verbatim viennent alimenter ces grandes lignes, elles-mêmes sous classées afin d'offrir un premier degré d'analyse qui sera ensuite confronté aux hypothèses de départ dans la partie suivante.

2.2.1 Une dynamique managériale territoriale au service d'une prise en charge coordonnée :

### **A) La collaboration et les coopérations entre les établissements :**

Selon le DIR2, les équipes de direction doivent « *aller dans le même sens et donner du sens aux projets, le rôle clé du DG GHT qui pilote la stratégie du groupement, le DG GHT coordonne et possède une vue d'ensemble qui lui permet de guider la stratégie de chaque structure mais aussi celle du groupement* ». Pour le DIR 3, il faut toutefois être vigilants afin de bien montrer les avantages de la coopération et les objectifs pour chaque structure, il est important d'axer sur la communication mais également d'être en capacité d'identifier les freins et surtout d'être réactifs.

Les discours des directeurs étant plutôt positifs concernant les coopérations entre les établissements du GHT, le DOC 2 nuance et apporte un éclairage sur le GHT et sa pratique quotidienne au sein d'un établissement partie : « *Il s'agit d'un établissement dit de proximité, en coopération territoriale avec l'hôpital pivot de X mais pour des raisons historiques nous coopérons davantage avec l'hôpital privé voisin et la clinique privée dans le même territoire de Santé. Pour moi, le découpage territorial n'est pas cohérent, c'est juste un choix politique non réaliste.* » Pour les directeurs des soins et les directeurs, le rôle majeur du DG GHT est essentiel à la coopération entre les différents établissements, il insuffle la ligne managériale et devient garant du sens donné au groupement. Ainsi, selon le DS1 « *Le fait d'avoir un DG GHT très impliqué sur le territoire permet de faire le lien. Les directeurs délégués et les CSS qui assurent la direction des soins sur l'ensemble des sites ont ainsi un interlocuteur qui possède la vision globale. Il faut également une stabilité des équipes de direction et que tous aillent dans le même sens d'où le rôle majeur du DG pour accompagner tous les établissements du groupement.* » La DS1 apporte toutefois des éléments sur l'existence de difficultés de coopération au sein du GHT dans le champ des relations entre les praticiens. Selon elle : « *les principaux freins sont humains et liés à des comportements*

*de résistance au changement, à la peur de perdre son identité pour les établissements parties, les problématiques médicales sont également en haut du classement, certaines spécialités n'arrivent pas à travailler ensemble, ça ne fonctionne pas pour des histoires d'égo ».* Le DOC2 relate des difficultés récurrentes en dehors du contexte de crise pour adresser ses patients sur le site support : *« Adresser un malade pour un acte chirurgical dans l'établissement pivot est beaucoup plus difficile notamment en termes de temps que dans un établissement concurrent ».* Ces difficultés évoquées entraînent des transferts sur des établissements privés plus réactifs et géographiquement moins éloignés. La DS2 évoque quant à elle un déficit de coordination sur le GHT qu'elle illustre en relatant son expérience de travail de groupe sur la qualité gestion des risques et de la commission paramédicale de territoire. Lors d'une réunion, elle s'est aperçue que les deux groupes travaillaient sur le même sujet en ignorant ce que faisaient les uns et les autres : *« C'est dommage que ce ne soit pas réellement coordonné, les manques de communication et de coordination sont sources de gaspillage de temps et d'énergie, la communication joue un rôle primordial, tout est trop cloisonné ».* Cet exemple permet de faire le lien avec le thème de la communication, également évoqué par la DS2 : *« La communication est importante et connaître ses interlocuteurs facilite les choses. Au début nous avons uniquement des contacts téléphoniques avant que tout s'organise avec des référents sur le site support. Après que nous ayons fait connaissance cela a été plus facile ».*

## **B) Le sentiment d'appartenance au GHT renforcé par la crise :**

Le rôle de l'établissement support a été évoqué par l'ensemble des personnes auditées. Pour le DOC 1 : *« Nous sommes le site support, nous devons accompagner les autres établissements, se comporter en "grand frère" pour apporter notre aide mais aussi se positionner comme un chef de famille, pour les décisions du GHT ».* La notion d'aide qui a été observée lors de la crise sanitaire émerge de ces propos, celle du pouvoir de décision du site support avec l'évocation du chef de famille démontre le côté hiérarchique existant au sein du GHT. Le praticien aborde également le thème de la coopération territoriale sous l'angle de l'attractivité : *« Pour pouvoir coopérer, il faut se connaître, créer des liens, il faut aussi que les équipes des autres sites ne soient pas en difficultés, la démographie médicale complique les choses. Je suis convaincu qu'il faut dorénavant que le site support soit le seul à pouvoir recruter et proposer systématiquement des postes partagés, c'est seulement comme cela que nous pourrons continuer à offrir les spécialités aux patients du territoire, rester attractif. Vous ne trouverez aucun jeune médecin qui ira spontanément sur un petit CH, ils souhaitent travailler en équipe, faire partie d'un établissement qui leur offre une certaine sécurité pour débiter leur carrière ».*

Le DIR2 affirme que : *« La crise a fait prendre conscience aux équipes qu'elles appartenaient au GHT et du rôle crucial du site support. »* Pour la DS2, l'entrée dans un

GHT de son institution a été très positive : *« c'est un tout petit établissement, éloigné du site support, nous étions vraiment seuls avant le GHT, cela nous a permis de nous sentir un peu soutenus et de faire avancer des projets que nous n'aurions pas pu mener grâce aux temps partagés dans des domaines pour lesquels nous n'avions pas de compétences, c'est une vraie chance. »* En ce qui concerne le contexte de crise sanitaire, le DS2 dit avoir réellement apprécié *« le soutien du site support pour les consignes mais aussi sur la gestion des lits grâce aux conférences territoriales, notre isolement géographique est un véritable problème, le fait d'avoir accès à l'expertise du site support nous a beaucoup aidé pour nous adapter et accompagner les équipes. »*

### **C) Le pilotage opérationnel des acteurs et des changements organisationnels :**

Pour la DS1, le pilotage des équipes et des changements nécessaires à l'adaptation de l'offre de soins a été un enjeu majeur : *« Cela a été très complexe, en tant que site support il a fallu s'organiser pour accueillir l'ensemble des patients nécessitant la réanimation pour tous les établissements qu'ils soient publics ou privés. Un travail colossal en termes d'organisation et de coordination 7 jours sur 7 pendant des semaines, cela a été épuisant mais nous avons réussi grâce au collectif à répondre aux besoins en lits, nous avons créé des outils et des équipes multi sites ont été constituées pour la gestion des lits par exemple, elles ont fait un boulot extraordinaire pour le parcours des patients. Le travail avec l'ARS et les autres établissements par le partage de problèmes et de solutions lors des conférences téléphoniques a été un véritable soutien »*. Le management de la crise semble avoir été une épreuve pour la DS2 exerçant dans une petite structure : *« La gestion de l'absentéisme lié aux restrictions des personnels à risques a été très complexe, comme je l'ai déjà dit notre éloignement ne facilite pas l'entraide entre les établissements qui de toute façon étaient également confrontés aux mêmes problématiques. Le rôle du directeur des soins dans un petit établissement sans directeur présent physiquement oscille entre la gestion de la crise, des ressources humaines et de la qualité et risques. Il faut être extrêmement polyvalent. »*

### **D) La vision des enjeux par la direction des soins :**

Le DIR3 évoque la vision des grands enjeux que possède la DS et les liens privilégiés qu'elle entretient avec la direction générale et les partenaires tels que l'ARS. Il affirme que sa connaissance en temps réel de l'état de l'art de la prise en charge, des évolutions permanentes des conduites à tenir et de la réglementation sont de véritables atouts. Selon lui, cette vision des enjeux a permis une organisation de la répartition des flux patients par typologie, au sein du GHT grâce à la collaboration étroite avec le corps médical ainsi qu'un grand travail sur la structuration des procédures et la diffusion de l'information à destination des équipes et des usagers. Pour le DIR 3, la DS en situation de crise a su soutenir le moral

des équipes de par sa présence sur le terrain sans empiéter sur les équipes locales selon le principe de subsidiarité.

#### **E) La coopération entre le corps médical et la direction des soins au cœur des organisations :**

Cette collaboration au quotidien entre la direction des soins et le corps médical a déjà été relevée par les directeurs. Lors de l'entretien avec le DOC1, ce dernier souligne l'importance du partenariat avec la DS au sein de la cellule de crise et le changement de sa propre vision de la fonction : *« si vous m'aviez demandé le rôle du directeur des soins l'an passé j'aurais été en peine de vous le dire, je voyais la DS sans vraiment la connaître... j'ai découvert son expertise dans l'organisation, c'est elle qui a tout coordonné. Cette expérience a changé mon regard, je n'avais jamais vraiment réalisé qu'elle pouvait être une partenaire au quotidien dans la gestion de crise »*. Le rôle majeur du DS et des équipes médicales est également mis en valeur par le DIR2 : *« la DS s'est beaucoup investie sur les circuits en interne avec les cadres, je pense aux urgences et à l'imagerie, mais elle a également fait en sorte que les transferts des patients Covid vers le site support se passent au mieux en travaillant avec les équipes sur leurs besoins en matériel afin d'assurer la sécurité et la qualité des PEC. Le binôme PCME/CGS a été très efficace afin de relayer les consignes des tutelles et du site support pour assurer les transferts en réanimation les plus pertinents grâce à des actions de communication auprès des services des urgences et des unités Covid. Leur travail en binôme a été bien perçu par les soignants »*. La DS1 évoque également le partenariat avec les praticiens et sa spécificité au sein de l'équipe de direction : *« en tant que CGS, je me suis appuyée sur mes compétences en lien avec mon expertise dans le domaine du soin par rapport aux autres membres de l'équipe de direction. J'ai beaucoup travaillé avec le médecin SSE et les membres de la CME, il y a eu une vraie collaboration. »*

#### **F) L'encadrement soignant partenaire opérationnel de la direction des soins :**

Qu'il s'agisse de la gestion opérationnelle de la crise ou du fonctionnement classique du CH, la DS1 affirme : *« Je ne suis pas dans l'opérationnel, je délègue aux cadres supérieurs responsables de pôles, je n'ai absolument pas le temps. Par contre, je porte les projets au sein du CODIR en ayant bossé le dossier avant avec les CSS pour savoir si cela est réalisable ou pas... il a fallu créer de nouveaux services avec les compétences présentes sur le site mais aussi sur le territoire, il y a eu un grand flux de soignants, nous avons accueillis des IDE de soins continus de sites parties pour les intégrer en réa, des équipes de l'EPSM sont également venues en renfort pour des services gériatriques, il a fallu veiller à leur accueil, leur formation... en tant que CGS je m'appuie sur les cadres de pôle qui s'assurent du bon déroulement du processus. »* Le positionnement du CGS d'une direction  
Edwige GANDRE - Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique - 2020

commune insuffle selon la DS1 le sens du projet et veille à sa bonne coordination : *« j'avais toujours à l'esprit de protéger les soignants, seul dans le GHT, le DS est le chef d'orchestre mais comme tout chef d'orchestre il n'est rien sans les musiciens. »*

### 2.2.2 L'efficacité du parcours de soins servi par une approche transversale :

Lors des entretiens, nous avons sollicité les différents interlocuteurs afin qu'ils évoquent leurs expériences générales de coopération hors contexte de crise au niveau du territoire et plus spécifiquement les freins et les leviers qu'ils ont observés. Pour le DIR1 : *« trop d'hospitalisations qui pourraient être évitées par manque de coordination, en particulier les nuits. Sur les EHPAD les aides-soignantes sont souvent en difficulté et la solution c'est d'envoyer une ambulance, cela se termine par un passage aux urgences de plusieurs heures. La transversalité est la clé pour la réussite des filières quelle que soit la spécialité »*. Quant au DOC 1 : *« je ne sais pas si cela a beaucoup d'impact sur l'efficacité mais en tout cas la transversalité est désormais primordiale dans l'ensemble des spécialités médicales. »* Pour le second praticien, il nuance le fait que la transversalité soit l'une des clés de l'efficacité et évoque les freins observés au quotidien en lien avec l'autonomie de chaque établissement. Ainsi, selon lui une approche transversale est positive mais des freins viennent altérer l'efficacité : *« Oui en théorie mais sur le plan pratique ce n'est jamais vérifié car il existe beaucoup trop souvent dans les mentalités hospitalières à tous les niveaux des liens de subordination qui gênent complètement la réciprocité des pratiques. La gestion médico-économique de chaque hôpital induit mathématiquement un comportement protectionniste de chaque établissement, et ceci à chaque niveau. D'où l'intérêt des fusions hospitalières qui gommeront l'efficacité par établissement au profit de l'efficacité du GHT. »*. Pour la DS1, la transversalité est primordiale et a pleinement été observée avec toutefois la notion de crainte : *« La crise Covid a été un formidable accélérateur pour la coordination des établissements, le site support de par ses compétences et son plateau technique a été reconnu comme référent sur le territoire par les autres établissements ce qui en temps ordinaire est moins évident. J'ai l'impression qu'il subsiste toujours une sorte de méfiance, comme si nous allions prendre leur activité. Les parcours des patients, grâce à la coordination du centre 15 et de la cellule territoriale de gestion des lits, ont ainsi été plus facilités. »* Pour le DIR3, la crise a « forcé » les coopérations, en faisant tomber les « faux » prétextes ce qui a permis une meilleure connaissance des possibilités réelles de chaque acteur : *« j'ai la volonté de prolonger les expériences positives et espère que nous pourrions maintenir la dynamique d'ouverture pour évaluer la possibilité de mise en place de nouveaux parcours »*.

### **A) Le pilotage de la coopération territoriale par l'établissement support :**

La situation sanitaire exceptionnelle a certes impacté le monde hospitalier et les GHT mais également l'ensemble des structures privées, médico-sociales ainsi que les professionnels libéraux. Le premier témoignage du DIR 1 dénonce le cloisonnement entre le secteur sanitaire et le médico-social. Elle a bénéficié d'un soutien important de l'IFSI sur les EHPAD et a d'ailleurs travaillé avec la DS en charge de l'institut de formation pour l'organisation des renforts mais regrette le manque de contact avec la CGS de l'établissement. A l'inverse, le DIR3 qualifie la collaboration territoriale d'excellente, en particulier grâce à la vision de la DG GHT et la mission confiée par le DG ARS pour assurer le soutien à l'ensemble des structures médico-sociales du territoire qui a permis de réaliser 6 fois plus de prises en charge Covid en HAD versus données nationales. En situation de crise, il faut rappeler que le pilotage s'est effectué principalement à distance et cela depuis le site support. Cette expérience de coopération est décrite par les praticiens comme peu aisée au début mais globalement positive : *« Il faut du temps pour apprendre à travailler ensemble ce qui n'est pas inné, il faut également faire jouer la solidarité et la coopération<sup>26</sup> .»* Pour le DOC 2 : *« cela a été difficile au début, la méconnaissance de la maladie, l'afflux de patients, mais après la situation s'est stabilisée avec l'ouverture des unités Covid, le territoire c'était surtout pour la réanimation pour les patients. Le territoire a également été important pour le partage de compétences, l'hygiène, l'infectiologie. Mais aussi pour obtenir des moyens en équipements de protection et du matériel. »* La coordination de la gestion des compétences, des EPI et du matériel biomédical a été assurée par le site support. Pour la DS1, la crise a permis de recentrer le site support sur ses missions, selon elle, les ES parties n'ayant pas le choix que de s'appuyer sur le site support : *« ils ont tout de même pris conscience pour certains de l'intérêt du GHT, il est difficile de surpasser cette méfiance qui subsiste encore avec certains, il faudrait qu'ils comprennent enfin que l'objectif n'est pas de les rayer de la carte. La crise a permis de dépasser certaines craintes, j'espère que cela n'est pas temporaire. »* Le fait de surmonter les freins a été effectivement rendu possible pendant cet épisode sanitaire, toutefois, la question de l'ouverture de l'hôpital vers les autres acteurs territoriaux reste cruciale. Pour le DIR1 : *« il faudrait avoir plus de temps à consacrer aux autres acteurs, aller à leur rencontre, apprendre à se connaître entre les équipes pour ensuite construire des projets communs. Il faudra commencer par des choses simples ne pas être trop ambitieux. »* Cette opinion est également partagée par le DIR3, pour lui il faut absolument communiquer, mieux faire connaître les possibilités qui existent, expliquer aux prescripteurs, être capable de prouver l'intérêt pour chaque partie prenante, répéter régulièrement les messages et absolument s'assurer que le parcours est bien opérationnel de chaque côté, tant de l'adresseur que de la structure d'accueil. Toutefois, le DIR 2 met

---

<sup>26</sup> DOC 3

Edwige GANDRE - Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique - 2020

en exergue les difficultés du pilotage de la coopération territoriale : « *nous avons des difficultés avec le système d'information, cela est un véritable frein, la situation géographique n'est pas facilitante, les relations médicales sont parfois des freins allant jusqu'à altérer les transferts, retarder les prises en charge dans certaines spécialités.* »

L'ouverture de l'hôpital vers la médecine de ville ou le secteur privé est souligné par les praticiens, tout d'abord par l'investissement des généralistes : « *nous avons tous un réseau de praticiens en fonction de notre spécialité, les collègues libéraux appelaient en cas de besoin, plusieurs sont venus se former et ont pris des gardes sur la régulation pour soulager le centre 15, il y a eu une véritable solidarité de la médecine de ville, il faut dire qu'ils n'avaient plus trop d'activité cela nous a beaucoup aidé pour assurer la permanence des soins,* » mais également par les partenariats avec les établissements privés. Selon le DOC3, « *la coopération et l'entraide n'étaient pas forcément une évidence avant la crise, l'ouverture sur le secteur privé pour se décharger des activités mais aussi beaucoup de coopération avec le secteur de ville, l'HAD et les EHPAD et il y a eu surtout du soutien et chacun a mis ses compétences au service de la communauté médicale et du patient bien sûr* »<sup>27</sup>.

## **B) Les niveaux de relations entre les acteurs médicaux, soignants et administratifs :**

Le fait d'avoir audité ces trois catégories révèle des niveaux de relations différents entre les acteurs en fonction qu'ils appartiennent au corps médical, à la filière soignante ou encore administrative. Nous avons donc questionné les freins et les leviers observés dans la pratique quotidienne pouvant altérer ou à l'inverse favoriser les coopérations et la coordination des parcours. Pour le DIR 2, les difficultés reposent sur des facteurs tels que le manque de temps, l'éloignement géographique, le positionnement de l'établissement dans le territoire et l'absence de projet. Il évoque également les mésententes médicales, la situation financière dégradée et le manque de considération des établissements par rapport aux uns et aux autres. La vision du DOC1 est différente, selon lui, les principaux freins sont la lourdeur administrative des tutelles, la succession de directeurs qui ne vont pas dans le même sens, les difficultés financières, mais aussi l'éternelle guerre public/privé et la peur de perdre de l'activité puisqu'elle est source de rémunération avec la T2A. Quant au DOC3, pour lui les principaux freins sont liés à des problématiques de communication et de moyens, les fermetures de lits faisant qu'il est de plus en plus difficile de transférer les patients, à cela s'ajoute la situation financière de l'établissement qui n'est pas propice au développement de projets. Le niveau de relation est évoqué par le DOC2 qui met en avant la reconnaissance entre les acteurs : « *Une connaissance et une reconnaissance humaine des acteurs, il y a aussi la reconnaissance des soignants entre eux et de la direction des*

---

<sup>27</sup> Verbatim DOC3

soins. » Toujours dans le domaine relationnel, le DOC1 reconnaît ses pairs et la communauté médicale dans son ensemble et plus particulièrement les efforts de coopération en cette période difficile : *« Des praticiens comme les hygiénistes et les infectiologues sont devenus tacitement nos référents dans l'établissement mais aussi sur l'ensemble du territoire, ils ont fait un énorme travail dans des conditions difficiles, nous nous sommes également naturellement organisés pour la veille réglementaire, tout s'est fait sans le moindre obstacle alors qu'habituellement certains éprouvent des difficultés à travailler ensemble. »*

### **C) Entre communication, partage des données et décentralisation de l'information :**

Pour le DOC2, le levier est bien évidemment la communication et le partage indispensable des données par la transmission informatisée, qu'elles soient médicales, paramédicales et logistiques. Selon le DOC1, le fait de ne pas avoir le même dossier est un véritable calvaire pour les transferts des patients d'un site à l'autre. Dans le même sens, pour la DS2, la communication joue un rôle primordial, tout est trop cloisonné et le fait de rencontrer puis de connaître ses interlocuteurs facilite les choses. Cette période exceptionnelle a aussi obligé les acteurs à mobiliser de nouveaux outils pertinents selon le DIR2. Le confinement a fait que nous avons dû tout faire à distance, soit par audio ou visio-conférence.

### **D) L'intégration de la gradation des soins :**

Le thème de la gradation des soins fait partie intégrante de la coordination des parcours. Pour le DOC2, le premier levier repose sur la coopération médico-chirurgicale indispensable dans un partage des tâches selon le principe de subsidiarité. Pour ce praticien, cette situation de crise a surtout mis en évidence la capacité des praticiens à évaluer l'urgence thérapeutique et à appliquer des protocoles de soins différés ou à domicile. Les parcours de soins pour le DOC1 ne se sont pas construits aisément et ont nécessité des ajustements et surtout une cohésion entre les praticiens. En effet, selon lui : *« les relations ont été un peu perturbées au début chacun essayant de s'organiser dans son propre établissement mais nous avons très vite compris que nous devons intégrer la gradation des soins pour chaque patient suspect, et le critère de la réanimation en était un de taille. Nous avons créé des outils communs en un temps record pour que chaque praticien ait le même degré d'info que ses collègues quel que soit son lieu d'exercice »* La gradation des soins passe également par la politique managériale de la DS, pour la DS1 : *« Je suis impliquée dans l'ensemble des projets en lien avec la création de pôles inter-établissements et surtout pour le déploiement d'équipes paramédicales mobiles dans des spécialités qui ne sont pas accessibles sur les autres CH, pour moi le rôle du CGS est dans*

*le soutien aux projets des équipes, je ne suis pas dans l'opérationnel et donc pas dans la création de partenariats. »*

La gradation des soins pour le DOC 2 s'appuie sur la mobilité des praticiens sur le territoire : *« Le partenariat le plus efficace est la pluri localisation du praticien dans les établissements du GHT, il est tout de même plus simple de déplacer un médecin qu'un patient hospitalisé »*. Le DOC3 évoque la gradation des soins comme une évidence et selon lui : *« la proximité fonctionne bien, pour la cardiologie, nous nous tournons vers le CHU et récupérons rapidement les patients. En ce qui concerne la filière gériatrique cela fonctionne plutôt bien mais il faut des équipes médicales stables ce qui n'est pas malheureusement pas toujours le cas. »*

#### **E) Sortir de la logique médico-économique :**

La notion d'impact financier ne faisait pas partie des paramètres de la gestion de crise, l'urgence étant de répondre aux besoins de santé de la population du territoire et de protéger les agents de l'institution. Ce changement concernant la logique financière est relevé par le DOC1 : *« nous ne faisons plus que de la médecine, cela facilite les choses, plus d'histoire de T2A ni de DMS, nous étions tous centrés sur le patient, nous nous sommes aussi beaucoup soutenus entre nous et aussi avec les équipes. »* Pour le DOC2 la logique médico-économique de chaque établissement est selon lui contre-productive pour les coopérations territoriales : *« il existe beaucoup trop souvent dans les mentalités hospitalières, à tous les niveaux des liens de subordination, qui gênent complètement la réciprocité des pratiques. La gestion médico-économique de chaque hôpital induit mathématiquement un comportement protectionniste de chaque établissement, et ceci à chaque niveau. D'où l'intérêt des fusions hospitalières qui gommeront l'efficacité par établissement au profit de l'efficacité du GHT.*

#### **F) Des prises de décisions collégiales permettant de lever les freins :**

Les entretiens avaient également pour objectif de comprendre l'impact de cette crise sur les pratiques professionnelles et plus particulièrement les éléments ayant permis de surpasser les freins historiques aux coopérations et questionner leur transférabilité dans les pratiques de demain. Ainsi, le DOC 1 affirme : *« je suis presque gêné de l'avouer mais pour une fois tout est devenu facile, plus de carcan, cette épreuve a été un peu de bonheur, cette façon de travailler tous ensemble, le patient au centre des préoccupations, nous étions tous ensemble et dans le même sens, on se serrait les coudes. Une disponibilité totale pour chacun, le patient et les confrères...Je suis en fin de carrière mais cela restera une expérience extraordinaire »*. Dans les équipes de direction, pour le DIR1 : *« la crise a permis d'ouvrir le champ des possibles en un temps record, j'ignore si nous saurons faire*

*perdurer cette énergie au bénéfice des patients mais en tout cas chacun a pu voir que cela était possible. » Selon la DS1, « la crise a mis en lumière les compétences du DS dans la gestion de crise et la coordination des soins grâce au travail collectif avec les cadres, les équipes et les praticiens. Cela a permis également d'atténuer les freins permettant aux établissements de travailler ensemble dans le même sens dans l'intérêt du patient, mais de là à pérenniser ces partenariats il faudra du temps si nous retournons rapidement à un fonctionnement normal j'ai peur que nous perdions ces quelques bénéfices de la crise COVID. »*

### 2.2.3 Un positionnement du DS à développer et rendre visible :

Les différentes grilles d'entretien avaient pour objectifs d'évaluer la connaissance des différents acteurs concernant le positionnement du DS et sa capacité à favoriser l'ouverture de l'institution sur l'extérieur en s'appuyant sur les parcours. De manière générale, les trois praticiens ne sont pas en capacité de citer un projet porté par la direction des soins. Pour le DIR1, la DS fait partie intégrante de l'équipe de direction et adhère aux différents projets mais ceux-ci sont principalement orientés vers des partenariats déjà existants, il s'agit plus de consolidation que d'innovation. Toujours pour le DIR1, le degré d'expertise du directeur des soins est un atout, sa formation à l'EHESP est également un point à souligner mais il nuance en citant son rôle dans le GHT qui n'est pas vraiment affirmé malgré la direction commune. Selon lui, en ce qui concerne les autres partenaires, il y a déjà un fossé entre le médico-social et le sanitaire, ce n'est pas encore dans la culture d'ouvrir vers la médecine de ville, il faudra du temps. Pour les directeurs, la DS possède un grand réseau professionnel et connaît bien les établissements environnants qu'ils soient du GHT ou pas. De plus, sa formation, son expérience assoient sa légitimité et lui permettent de s'abstraire du quotidien opérationnel, pour justement développer une vision large et territoriale afin de piloter les projets. La DS possède une conscience du bien commun et du meilleur pour le patient et de la nécessaire efficience, avec une perspective territoriale, qui dépasse le seul intérêt de l'établissement employeur. Toutefois, ils s'accordent sur le cloisonnement important qui persiste entre le sanitaire et le médico-social.

L'une des DS auditée relate son engagement personnel pour l'ouverture de son institution vers l'extérieur et plus particulièrement pour faire face à des difficultés de remplissage de certaines unités. Elle a joué un rôle d'ambassadeur auprès d'établissements en dehors du GHT et a ainsi créé de nouveaux partenariats qui sont devenus pérennes car les prestations de soins correspondent pleinement aux attentes des établissements adresseurs.

Après cette analyse par thèmes centraux, nous allons maintenant confronter la synthèse des données aux hypothèses de départ.

**Hypothèse 1 : La dynamique managériale du directeur des soins favorise les coopérations soignantes au sein du GHT en situation de crise.**

Les témoignages mettent en valeur le rôle clé du directeur des soins dans la gestion de la crise sanitaire, en particulier dans sa dimension opérationnelle afin d'organiser le niveau de réponse de l'établissement aux besoins des usagers. L'importance du site support, en termes de solidarité et d'expertise, est régulièrement évoquée par l'ensemble des personnes auditées. D'un point de vue managérial, la construction d'équipes de réanimation avec des renforts soignants originaires de tous les sites a pu être menée en urgence grâce à la coopération des autres établissements. Ces nouvelles organisations ont été accompagnées par la DS qui s'est positionnée comme coordonnateur des soins sur le territoire avec les CSS des établissements publics et privés. La collaboration étroite avec les praticiens a été également un levier managérial pour la mise en œuvre des restructurations en situation de crise.

**Hypothèse n°2 : Le positionnement du directeur des soins est un levier pour créer et pérenniser les partenariats avec les acteurs du territoire de santé**

Les réponses obtenues pour cette hypothèse sont mitigées, les DS ne semblent pas à l'origine directe des partenariats avec les autres acteurs du territoire de santé mais se positionnent dans l'accompagnement des équipes de cadres supérieurs de santé afin de faciliter le déploiement et la coordination des projets. Cela met en évidence le rôle primordial de l'encadrement de proximité et supérieur dans cette mission d'ouverture des institutions vers l'extérieur en fonctionnement classique des institutions. La nuance se situe également dans la taille de l'établissement, en effet le témoignage d'une DS exerçant dans un tout petit établissement éloigné du site support va dans le sens où la direction des soins est à la genèse des projets de partenariats en dehors de ceux qui seraient logiques dans le GHT. En effet, sa situation géographique et son orientation gériatrique la poussent à innover avec les praticiens pour rester attractive pour les patients et assurer la pérennité de son institution.

**Hypothèse n°3 : Une approche transversale des parcours de soins est source d'efficience**

Tous s'accordent sur la réelle plus-value d'une approche transversale des parcours et adhèrent à son déploiement sur le territoire, nous pourrions alors confirmer cette hypothèse. Toutefois, cette approche s'avère encore très théorique et les discours sont plus mitigés concernant sa réelle mise en œuvre. De nombreux freins sont mis en évidence tels que le manque de communication entre les acteurs ou l'existence d'une certaine méfiance des sites partie vis-à-vis du site support. Ces craintes sont citées comme la peur de perdre de

l'activité pour un petit établissement ce qui majore les problématiques financières et menace à terme le maintien de l'activité. Cette problématique du financement altère réellement la coordination des parcours de soins selon l'un des praticiens. De plus, l'absence d'outils territoriaux comme un logiciel permettant l'utilisation d'un dossier patient commun est un obstacle supplémentaire. Tous ces éléments représentent de véritables challenges à relever afin de fluidifier les parcours et de les rendre efficaces.

**Hypothèse n°4 : La stratégie du directeur des soins orientée sur la création de réseaux est un enjeu pour les parcours de soins**

Cette hypothèse n'est pas confirmée par les discours, en effet les DS ne sont pas impliqués directement dans la création de réseaux comme nous aurions pu l'imaginer au début de ce travail et en regard du référentiel métier et compétences. Nous avons une vision trop opérationnelle de la fonction de DS lors de l'élaboration des hypothèses. Une prise de hauteur a été nécessaire grâce aux entretiens mais également aux observations réalisées en stage. Les DS déploient une stratégie de pilotage et d'accompagnement des projets des cadres supérieurs, ils analysent leur faisabilité sous différents prismes et les portent ensuite à la connaissance et à l'approbation de l'équipe de direction. Ainsi, le rôle du DS est de permettre l'émergence des propositions et projets des acteurs du terrain et de les accompagner vers leur réalisation effective.

### **3 LES PRECONISATIONS**

L'enseignement prodigué, la mission HAD, les stages, les apports théoriques mobilisés et la richesse des entretiens nous ont guidée dans l'élaboration des préconisations. Les pistes de réflexion proposées ci-dessous sont en lien avec un positionnement du DS dont les fondations reposent sur une coopération importante avec le président de CME et la direction générale. D'autre part, la qualité du dialogue social au sein de l'établissement est également un paramètre à ne pas négliger pour la construction mais également dans la mise en œuvre opérationnelle de ces préconisations qui questionnent les pratiques professionnelles des acteurs en vue de les faire évoluer.

La stratégie proposée repose sur un triple pilotage des projets permettant l'émergence de la culture de parcours. Ainsi, nous avons choisi trois pistes majeures qui, selon nous, pourraient faire partie d'un projet médico-soignant partagé. Malgré le fait que cela puisse paraître une évidence, l'engagement de l'ensemble des membres du directoire est un prérequis pour la déclinaison des différentes propositions afin qu'elles puissent être totalement intégrables comme fil conducteur de l'ensemble des projets institutionnels et du groupement hospitalier. Dans une première partie, nous évoquerons la politique d'ouverture de l'établissement et son positionnement stratégique dans le territoire, la seconde concerne le projet managérial et la troisième est orientée sur la transversalité et les innovations organisationnelles.

#### **3.1 Promouvoir une politique d'ouverture simple mais ambitieuse :**

Nous entendons par politique d'ouverture, une dynamique des établissements favorisant la création et la pérennisation des partenariats mais qui impacte aussi l'image de marque de l'établissement, tant pour les acteurs libéraux que pour les usagers. Nous nous sommes plutôt projetés dans un établissement de taille moyenne, car selon nous les problématiques sont différentes pour les CHU en lien avec leur niveau d'expertise, leur situation géographique et leur forte attractivité tant pour les usagers que pour les professionnels.

##### **3.1.1 Savoir se situer dans son environnement :**

Une politique d'ouverture à destination des partenaires extérieurs doit viser à positionner l'établissement comme une ressource incontournable pour les acteurs du territoire. Toutefois, la stratégie d'ouverture passe par la réalisation d'un diagnostic territorial précis sur les forces et les faiblesses de l'établissement dans son territoire et de son positionnement au sein du GHT. Il faut en effet s'assurer d'être réellement en capacité de répondre aux sollicitations des partenaires. Pour cela des équipes médicales stables sont nécessaires, un médecin libéral, orienté à chaque appel vers un interlocuteur différent dans

une spécialité, sera plus réticent à contacter l'hôpital. En interne, l'implication du DIM et des responsables des affaires financières est essentielle afin de sensibiliser les acteurs médicaux et les cadres de santé de proximité pour leur offrir une vision particulièrement précise de leur environnement institutionnel et territorial, afin qu'en équipe, ils puissent mieux appréhender les marges de progression envisageables.

Nous avons pu observer lors de notre expérience professionnelle mais également en stage, une vision parfois subjective de l'activité au sein des unités. Ainsi les trios de pôles doivent pouvoir s'appuyer sur un diagnostic précis et récent pour piloter au quotidien mais surtout informer les soignants qui sont peu acculturés à des notions simples telles que l'IPDMS et ne comprennent donc pas les décisions d'ordre capacitaire.

Cette information descendante de la politique d'ouverture de l'établissement sur son environnement repose sur la communication et la coopération. Nous sommes conscients que de nombreuses étapes sont indispensables pour construire un plan d'actions avec l'équipe de direction élargie et suivre la mise en œuvre par le choix de quelques indicateurs simples afin de permettre l'ajustement et la consolidation des actions.

Mais surtout, ce qui nous semble le plus important repose sur l'implication des acteurs de terrain. Cette politique d'ouverture ne doit surtout pas être portée uniquement par l'équipe de direction, mais chaque soignant doit en saisir les enjeux au-delà de la vie de son service et acquérir une réelle connaissance de l'offre de soins de son institution mais également de son territoire. Cependant, les acteurs hospitaliers doivent être accompagnés afin que cette politique d'ouverture sur le monde extérieur soit intégrée, permette de fixer des objectifs communs et de construire des réponses collectives pour répondre aux besoins des usagers.

Le DS peut impulser la dynamique d'ouverture de l'établissement vers les partenaires extérieurs en favorisant le développement d'une dynamique collective s'appuyant sur le projet de soins. L'une des pistes que nous souhaitons déployer repose sur l'utilisation de l'outil de diagnostic des interfaces hospitalières<sup>28</sup> permettant d'établir un état des lieux rapide des connaissances des acteurs hospitaliers de leur environnement et de leurs pratiques professionnelles.

Porté par l'ANAP, quatre grands axes sont ainsi rapidement explorés :

- La lisibilité de l'offre permet de diagnostiquer la connaissance des soignants de l'offre de soins de leur territoire, des dispositifs d'appui existants et surtout du rôle et des missions de chacun.

- Le parcours patient est évalué sous l'angle de la réponse offerte en réponse aux besoins des patients en termes d'accès aux infirmières libérales, à l'accompagnement des

---

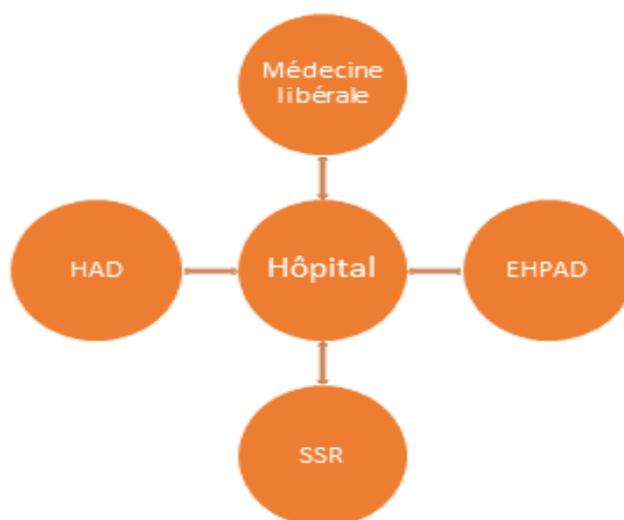
<sup>28</sup> <http://ressources.anap.fr/urgences/publication/1834>

retours à domicile avec des items tels que la livraison des repas, l'offre d'aides à domicile mais également les solutions de répit pour les aidants.

- Les partenaires et la coordination sont évalués par des questions simples sur le travail collaboratif avec le médecin traitant et les structures d'appui.

- La qualité des échanges d'informations est diagnostiquée sur des critères tels que le délai d'envoi du courrier de sortie ou l'utilisation du dossier de liaison aux urgences.

Le schéma de l'ANAP<sup>29</sup> place l'hôpital au cœur du dispositif, il nous semble important de définir avec précision les principaux interlocuteurs d'une équipe de soins hospitalière ce qui permet de compléter le diagnostic des interfaces et d'établir une cartographie des partenaires. Cela est transposable en plaçant l'HAD ou un EHPAD au centre, ce qui permettrait de questionner les coopérations et les parcours sous d'autres angles.



### 3.1.2 Améliorer les conditions d'accueil :

Répondre aux besoins de santé des usagers est la mission première mais l'objectif est de se démarquer par la qualité du service rendu. Parfois, le parcours patient peut être irrationnel ce qui génère régulièrement des ruptures de prise en charge. C'est pourquoi, il nous semble primordial de porter une politique facilitant non seulement la qualité de l'accueil téléphonique et physique mais aussi l'ouverture de l'établissement aux familles. Favoriser les réflexions en équipes sur les modalités historiques de visite dans des services classiquement très fermés ou encore dans les EHPAD considérés comme lieu de vie, plaçant concrètement les familles comme partenaires bien au-delà du simple conseil de vie sociale.

---

<sup>29</sup> ANAP Op. Cit.

Le rôle du DS et son niveau de coopération avec la communauté médicale sont essentiels pour porter et décliner la politique d'ouverture de l'institution et maintenir également une vigilance particulière concernant les conditions d'accueil des personnes en situation de handicap où des populations fragiles telles que les victimes de violences intrafamiliales pour qui les parcours de soins sont corrélés aux parcours de vie.

Cette réflexion sur la politique d'accueil doit également se décliner pour l'ensemble des élèves et étudiants susceptibles d'être intéressés par la structure. Ainsi les partenariats avec les lycées, les instituts de formation des professionnels de santé mais aussi avec les organismes tels que Pôle Emploi ou d'accompagnement professionnel et de réinsertion font partie d'une politique d'ouverture de l'hôpital sur le monde extérieur et joue un rôle prédominant sur l'attractivité de l'établissement. Lors de nos expériences professionnelles mais également lors des stages nous avons observé que les IFSI ou IFAS avaient régulièrement des difficultés pour élaborer les parcours de stages.

Le rôle du DS de gestion est essentiel pour porter la politique de stage en collaboration avec ses collègues directeurs d'institut. A un autre niveau, la qualité de l'accueil des internes en médecine, même si cela ne dépend pas de la direction des soins, est également un axe important pour l'établissement. En effet, nous avons pu observer que le recrutement de jeunes praticiens sur des temps partagés GHT étaient corrélés à des semestres réalisés dans des unités très engagées dans l'accueil des jeunes médecins tant par leurs pairs que par les équipes paramédicales.

De plus, il nous semble important de porter une stratégie d'ouverture à destination des bénévoles des associations de proximité dont les missions sont centrées sur la santé ou le bien être en proposant des permanences par exemple.

Nous pourrions en tant que CGS être force de proposition et envisager la mutualisation de locaux afin d'assurer des actions d'information et d'éducation à la santé pour les patients souffrant de maladies chroniques. L'implication des représentants des usagers nous semble être un facteur permettant de tisser des liens avec le secteur associatif et tend vers le décloisonnement de l'hôpital. Ainsi, une logique gagnant-gagnant s'installe, positionne l'établissement comme support et permet à ses usagers mais également aux soignants d'être informés tout en offrant plus de visibilité aux associations.

### **3.1.3 Favoriser l'émergence de la culture de parcours :**

Rejoignant la politique d'ouverture de l'établissement, nous allons évoquer maintenant les pistes permettant de fluidifier les parcours patients. La lisibilité et la cohérence des parcours de soins s'appuient sur le partage du sens au sein des équipes multidisciplinaires et multi sites. Tout le monde s'accorde pour avancer que l'intérêt du patient est le fil conducteur des

pratiques professionnelles mais nous pouvons observer que cette ligne de conduite franchit difficilement les frontières du service ou du pôle. Investir sur le rôle clé du binôme praticien/cadre de santé au plus près des soignants est probablement une piste à explorer pour développer cette culture commune autour de la finalité « patient » et permettre les échanges avec la médecine de ville ou les autres partenaires du groupement mais aussi avec le secteur privé.

D'un point de vue opérationnel, nous proposons quelques axes comme l'organisation de formations communes sur la médecine de parcours par filières pour les EPS du GHT. La constitution de binômes référents entre l'encadrement de proximité et un praticien du service afin de sensibiliser les équipes au raisonnement clinique nous paraît pertinente. Le raisonnement clinique est défini comme l'ensemble des processus cognitifs nécessaires à l'évaluation et à la prise en charge du problème médical d'un patient. Pour les professionnels non médicaux, il s'agit plus de la capacité voire l'habileté du soignant à évaluer les problèmes ou les besoins d'un patient en tenant compte de son environnement. Véritable projet institutionnel, l'élaboration de chemins cliniques par groupes homogènes de patients est portée par la direction des soins et intégrée dans le projet de soins. Le pilotage du déploiement du raisonnement clinique partagé doit recentrer les pratiques managériales des cadres de proximité sur l'accompagnement du changement des pratiques et des organisations au bénéfice de la qualité et de la sécurité des soins. Cela repose sur le développement des coopérations médico-soignantes au sein des unités et surtout au-delà. C'est pourquoi nous pourrions proposer que les temps de formation commune par spécialité puissent être également enrichis par des périodes de partage d'expériences et de savoir-faire grâce à l'organisation de journées d'échanges interservices. En fonction de la maturité du projet, la véritable innovation serait de proposer également aux acteurs libéraux d'intégrer le programme de formation, tant pour la partie théorique sur le raisonnement clinique que sur les périodes d'immersion dans les unités.

Le rôle de coordination du DS afin de construire ou enrichir les partenariats entre le département de formation continue, l'institut de formation des professionnels de santé ou le centre d'apprentissage par la simulation nous semble être primordial pour porter cette préconisation d'ouverture de l'hôpital en lien avec la formation qu'elle soit initiale ou continue, hospitalière ou libérale.

#### **3.1.4 Axer la communication interne et externe autour des parcours patients :**

Longtemps considérée comme accessoire ou réservée au secteur privé, la communication n'a pas toujours été un axe prioritaire pour les établissements et parfois connotée négativement car assimilée à de la publicité. Toutefois, la prise de conscience a été

nécessaire et tout pilotage de projet mobilise la communication au-delà du cadre réglementaire que représentent les instances de l'établissement. A ce jour, il est vital que l'équipe de direction adopte une véritable stratégie de communication en élaborant un plan de communication pour accompagner l'ensemble des projets.

Cette étape est incontournable pour mettre en valeur la dynamique et les savoir-faire des équipes hospitalières et ainsi rendre l'établissement attractif tant pour les usagers que les professionnels. En effet, mettre en valeur l'établissement permet de pérenniser l'offre territoriale par le recrutement de patients de proximité en réduisant les taux de fuites vers des structures plus éloignées. Bien communiquer en externe, réduire les intermédiaires par la création de numéros uniques par filière est une véritable plus-value pour les usagers et les professionnels de santé parfois démunis. Pour ce faire, l'émergence de nouveaux métiers doit être facilitée par les équipes de direction afin de développer des outils de marketing permettant la valorisation du GHT.

Face aux enjeux, il nous semble opportun que la direction des soins puisse être novatrice dans le domaine et s'impliquer sur le volet de la communication. En effet, une communication interne adaptée, destinée aux professionnels favorise l'implication des personnels, l'appropriation des projets et la valorisation des équipes. Quant aux usagers, la communication interne est tout aussi importante, que ce soit par la signalétique adaptée ou la transmission de consignes particulières telles que celles dispensées pour les visites ou le port du masque comme nous l'avons observé en ce temps de crise sanitaire.

### **3.2 Impulser un management agile au service des parcours :**

#### **3.2.1 Acculturer l'encadrement à l'approche agile :**

L'encadrement supérieur et de proximité doit être en capacité de piloter le management des parcours. Introduire une approche agile dans la conduite des projets permet de mieux s'adapter aux aléas puisqu'il s'agit d'une démarche adaptative. Nous pouvons avancer que la capacité d'agilité des équipes a été mise en valeur pendant la crise sanitaire, en effet, elles ont su à tous les niveaux analyser leur environnement et apporter des réponses adaptées dans un délai contraint et un contexte mouvant. Toutefois, cette agilité en tant de crise plutôt comparable à un fonctionnement en mode « survie » qu'à une véritable méthode de gestion de projet a de ce fait généré une part importante d'inconfort pour les équipes. Ainsi la formation est l'une des étapes primordiales pour promouvoir ce mode de gestion de projet basé sur le collectif, la dynamique d'équipe et la communication. A terme, les équipes se responsabilisent, sont forces de proposition, les échanges sont facilités et elles sont plus réceptives au changement.

Un axe fort pour la direction des soins, pourrait être la délégation de la chefferie de projet de coordination des parcours aux cadres. Cela contribuerait à favoriser l'autonomie de l'encadrement de proximité. Au plus près du terrain, cette démarche permettrait de mieux inclure la gestion des risques dans les processus en responsabilisant chaque acteur et en favorisant l'implication de chacun.

### **3.2.2 Contractualiser avec chaque pôle sur les parcours de soins :**

Avant toute démarche projet de coordination des parcours, un diagnostic précis de l'existant nous semble pertinent en prenant appui sur les axes prioritaires du PMSP du GHT. Ainsi, procéder à un audit des parcours et au profilage des patients grâce à la contribution du médecin DIM permettra d'établir une cartographie. Ensuite, la constitution de l'équipe projet sous la responsabilité de la direction générale sera conduite par le collègue médical et les directions des soins. Cette étape est essentielle dans le processus afin qu'elle puisse décliner le calendrier du projet mais aussi les axes prioritaires tels que le travail sur les alternatives à l'hospitalisation complète, la gestion de l'activité programmée où le déploiement de consultations avancées sur l'ensemble du territoire.

D'un point de vue plus opérationnel, un travail collectif doit être réalisé sur les parcours et l'élaboration de chemins cliniques qui serviront de supports pédagogiques pour ensuite définir les actions d'amélioration. L'animation des filières territoriales passe par la nomination par l'équipe projet de référents médicaux et paramédicaux ayant un réel attrait pour ce travail de coopération dans chaque établissement. D'autre part, afin d'assurer la représentativité de tous, la recherche de partenaires extérieurs pour constituer les groupes de travail, qu'il s'agisse d'acteurs du secteur médico-social mais également de praticiens de ville, nous semble incontournable.

Le rôle clé de la direction des soins, des usagers et du PCM de chaque institution est un facteur de succès de la contractualisation des pôles.

### **3.3 Manager la qualité et la gestion des risques par filières :**

Les établissements se sont engagés dès juin 2020 dans l'analyse des impacts de la crise sanitaire sur leurs organisations en interne mais également sur leur territoire afin d'initier un travail de retour d'expérience. En novembre 2020, la HAS rendra public son nouveau dispositif de certification V2020 des établissements de santé pour la qualité des soins que les retours d'expériences de la crise sanitaire ont permis d'enrichir. De nouvelles méthodes de visite permettront d'évaluer la structuration des parcours par les établissements au sein du GHT sur la base des exigences du manuel de certification. La performance des parcours sera reconnue en tant que pratiques remarquables, ainsi une attention particulière doit être portée à quelques parcours à fort enjeux tels que ceux des personnes âgées, des patients porteurs de maladies chroniques, les enfants et adolescents ou la chirurgie ambulatoire. Le

management de la qualité et de la gestion des risques en lien avec ces parcours ne doit pas être selon nous traité de manière spécifique mais être inscrit de manière transversale dans l'ensemble des préconisations décrites. Ainsi, chaque chemin clinique pourra être accompagné de la cartographie des risques associés au processus de prise en charge afin d'être parfaitement assimilé par les équipes sur le terrain.

La gestion de la qualité et des risques peut également faire partie intégrante des sous-commissions de la CME, nous pensons particulièrement au CLUD ou au CLAN à qui une dimension territoriale pourrait être octroyée par la création de groupes de travail inter-établissements. Le rôle du DS est en lien avec l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de gestion de la qualité et des risques qu'il faut concilier avec les projets stratégiques des établissements, les projets médicaux et de ressources humaines si nous souhaitons explorer réellement la dimension territoriale. Les valeurs partagées et portées par la direction des soins doivent être clairement définies en équipe et partagées sur l'ensemble des structures.

### **3.4 Favoriser la transversalité et les innovations organisationnelles :**

#### **3.4.1 Disposer d'une vision capacitaire instantanée et proactive :**

En référence à notre expérience de gestion de la crise sanitaire, nous avons pu constater l'ampleur des difficultés pour avoir l'état des lits disponibles sur l'établissement et sur le territoire ainsi que les problématiques pour les équipes de direction afin de déterminer le capacitaire le plus adapté aux besoins. Des équipes de gestion des lits ont travaillé 7 jours sur 7, ont créé leurs propres outils de suivi et passé un temps très conséquent au téléphone afin d'obtenir des données exhaustives. Depuis, nous avons observé lors des stages que le déploiement d'outils informatiques de gestion des lits en temps réel faisait partie des projets bien avant la crise mais l'accélération est souhaitée par les directions générales. En dehors de cette situation sanitaire exceptionnelle, le parcours intra-institutionnel peut parfois manquer de fluidité ce qui génère au mieux des attentes dans les services d'urgences et au pire l'attribution d'un lit ne relevant pas de la spécialité adaptée aux motifs d'admission. Le déploiement institutionnel de ce type d'outil requiert la mobilisation de nombreux métiers.

La coordination par la direction des soins s'appuie sur la délégation à l'encadrement supérieur. Le logiciel seul ne suffit pas à fluidifier les parcours, une gestion transversale des équipes de bio-nettoyage par pôle, l'optimisation du transport interne des patients, l'analyse conjointe des pratiques médicales et paramédicales en matière de sortie représente un gros travail préparatoire.

### **3.4.2 Créer une cellule territoriale de gestion des parcours :**

La fonction de coordination des séjours sur le territoire serait une forme très aboutie de la cellule de gestion des lits qui avait été expérimentée pendant la crise sanitaire. Afin de questionner l'intérêt et la faisabilité de cette proposition, nous avons procédé lors du second stage à l'examen d'une trentaine de fiches d'événements indésirables territoriaux déclarés sur les deux années précédentes. Cette analyse met en exergue le manque d'anticipation et de coopération pour les transferts patients avec des conséquences très délétères pour les organisations médico-soignantes et des retards de prises en soins pour les usagers. Les deux filières les plus à risques étant les spécialités chirurgicales en lien avec l'existence d'un seul bloc opératoire polyvalent sur ce GHT et la gériatrie qui représente une grande part de l'activité du groupement. Ainsi, il nous paraît opportun d'axer le projet sur ces deux spécialités ce qui permettrait de mieux coordonner les parcours. Pour l'activité chirurgicale, cela est très chronophage pour les secrétaires médicales en charge des consultations avancées multi-sites. Pour la filière gériatrique, la fragilité n'est plus à démontrer en termes de coordination entre les différents secteurs. Ainsi, structurer dans chaque territoire des parcours d'admissions directes non programmées à l'hôpital pour les personnes âgées et ainsi éviter les passages inutiles aux urgences fait partie des priorités.

D'un point de vue stratégique, les objectifs de cette cellule territoriale sont la diminution du temps de présence des usagers aux urgences, la sécurisation des transferts, l'amélioration de l'IPDMS et le gain de temps consacré à la recherche de lits pour toutes les équipes. Les enjeux sont organisationnels, en lien avec l'amélioration de la qualité et de la sécurité des prises en charge mais également économiques. Au niveau opérationnel, nous pourrions envisager une équipe paramédicale qui serait composée à part égale d'agents des différents établissements et sous la responsabilité de la direction générale afin d'asseoir le caractère territorial du projet. Le financement de cette équipe serait envisageable par l'ensemble des établissements adhérents qui pourraient même être étendu aux autres structures MCO du territoire à plus long terme. La formation de ces agents à la connaissance des modalités de fonctionnement de chaque établissement et de chaque intervenant est primordiale et passe par des périodes d'immersion sur les différents sites. Il pourrait sembler facilitant de proposer ce type de poste à une infirmière nécessitant un aménagement de son poste de travail mais l'énergie, la charge mentale et l'engagement nécessaires sont à prendre en considération pour envisager une affectation sur cette mission spécifique. Selon l'ANAP, d'un point de vue médico-économique, l'amélioration globale de la gestion des lits et des parcours influence différents indicateurs tels que le taux de sorties le matin permettant de libérer des lits pour les urgences, l'IPDMS ce qui a un impact direct sur la performance de l'établissement.

Le déploiement de cette cellule territoriale de gestion des parcours serait piloté par un groupe projet qui animerait des sous-groupes territoriaux où nous souhaiterions associer des praticiens de ville, des infirmières libérales et nos partenaires tels que l'HAD mais aussi des représentants de structures médico-sociales non hospitalières en tant qu'adresseurs.

### **3.4.3 Structurer le déploiement d'équipes territoriales :**

Sur le plan territorial, il nous paraît très important de renforcer le déploiement des équipes mobiles ainsi que la création de pôles inter-établissements. La crise sanitaire a mis en exergue le rôle des équipes opérationnelles d'hygiène mais également celui des praticiens infectiologues qui de par leur expertise se sont positionnés comme personnes ressources pour les institutions. Cette coopération qui aurait pu être imaginée comme temporaire s'est structurée et renforcée grâce aux retours d'expériences au cours de l'été afin d'anticiper l'arrivée d'une seconde vague de l'épidémie. Les équipes de direction doivent selon nous s'engager dans une dimension territoriale plus structurée et porter les projets en lien avec la création de pôles territoriaux. Par exemple, pour répondre aux problématiques en lien avec la démographie médicale et les écarts de pratiques entre différents services d'urgences, la création d'un pôle de territoire peut permettre d'initier le projet et ainsi mieux structurer les coopérations.

Là encore, le rôle clé du DS est à souligner dans le management de l'encadrement supérieur afin d'assurer la coordination des équipes territoriales. La délicate nomination du trio de pôle territorial par la direction générale est un élément à prendre en compte afin que cette chefferie ne soit pas exclusivement réservée aux acteurs du site support si l'on souhaite insuffler une réelle dynamique.

D'un point de vue des récentes évolutions de la formation des infirmières, le projet devra intégrer le développement des actions de formation et le management des IPA dans le rôle essentiel qu'elles pourront saisir sur le déploiement des consultations avancées et ainsi participer à la fluidification du parcours patient. De plus, la coopération avec un service d'hospitalisation à domicile peut être une piste permettant de maintenir les résidents du secteur médico-social sur leur lieu de vie ou de réduire considérablement leur temps d'hospitalisation conventionnelle.

## Conclusion

La réalisation de ce mémoire a été un travail réflexif afin de mieux appréhender le rôle que pourrait tenir le directeur des soins dans la coordination des parcours et nous projeter dans la prise de fonction. Nous avons choisi d'étudier plus spécifiquement la période du début de la crise sanitaire de ce printemps où nous avons pu observer un véritable élan de coopération territoriale et même régionale dans tous les secteurs.

Questionner ce qui a ouvert le champ des possibles entre le sanitaire, le médico-social et la médecine de ville faisait partie intégrante de la réflexion. Les nombreux témoignages dans la presse spécialisée relataient que les hospitaliers avaient alors retrouvé le sens de leur travail, qu'ils pouvaient se consacrer exclusivement à prodiguer des soins. Toutefois, le discours était beaucoup plus nuancé quant aux manques de moyens matériels, en lits et effectifs que certains collectifs dénonçaient depuis un certain temps. Les applaudissements à destination des soignants, l'hommage national lors de la cérémonie du 14 juillet, l'attribution d'une prime spécifique, les différentes orientations du Ségur de la Santé ont tous pour finalité d'affirmer la reconnaissance nationale de l'engagement de chaque acteur.

Cette période si particulière a été pour bon nombre d'entre nous la première expérience de crise réelle dépassant largement les moyens disponibles pour l'affronter tout en étant corrélée à une temporalité inconnue. Ainsi, la mobilisation des compétences de la communauté hospitalière a favorisé l'émergence de nombreuses solutions, ces dernières étant validées et accompagnées par la cellule de crise pour répondre aux besoins des usagers du territoire et offrir des prises en charge en adéquation avec les recommandations scientifiques et les objectifs des tutelles.

La notion de territoire est primordiale mais nous avons pu observer que ceux-ci étaient parfois à géométrie variable pour répondre à la nécessaire gradation des soins. Afin de valider nos hypothèses, nous avons réalisé différents entretiens qui ont permis de croiser les regards de directeurs délégués, praticiens hospitaliers et directeurs des soins. Cette triple vision a mis en exergue le rôle clé du directeur des soins dans cette crise dont les compétences managériales associées à son expertise soignante sont de véritables atouts aux yeux des autres acteurs audités en particulier pour la coopération avec le président de CME.

Il ressort également que la dynamique managériale insufflée par le DS impacte la coordination des parcours et que la transversalité est un facteur clé de succès pour l'ensemble des acteurs. Le DS possède une vision des différents enjeux et assure le

pilotage et l'accompagnement du changement en s'appuyant sur les équipes d'encadrement supérieur qui mettent en œuvre les dimensions opérationnelles.

Ainsi, à l'heure où la seconde vague frappe notre pays, les établissements s'appuient sur leurs savoirs expérientiels du printemps afin de l'affronter et d'ajuster à nouveau leurs organisations quasi en temps réel. Chacun s'appuie sur les compétences comportementales, qui nous le rappelons sont l'analyse critique, la créativité, la coopération et la communication. Ces compétences sont particulièrement mobilisées en cette période d'extrême tension dans les hôpitaux, que ce soit au sein de la cellule de crise ou dans les unités afin d'adapter en temps réel les organisations. L'entraide et les coopérations entre les différents établissements sont réactivées et affinées, le secteur médico-social étant particulièrement fragilisé, les directions des soins veillent à mobiliser les moyens humains afin de concilier l'urgence sanitaire et la qualité et la sécurité des soins mais aussi la sécurité de chaque membre des équipes.

A l'issue de ce travail, et en nous appuyant sur ce que nous observons à nouveau en stage cet automne, nous sommes tentés d'affirmer que le DS incarne totalement la dimension de coordination des soins au sein des équipes de direction et qu'il se positionne en tant qu'ambassadeur des parcours sur l'ensemble du territoire, tant dans le champ sanitaire que médico-social. Ainsi, en situation sanitaire exceptionnelle, la dimension politique, la diplomatie, les aptitudes à la communication et à la négociation mais aussi l'intelligence émotionnelle sont particulièrement mobilisées lorsque les directeurs des soins exercent leur rôle de conseiller auprès de la direction générale, collaborent étroitement avec le corps médical et plus particulièrement avec le président de CME mais également lors de la délégation des missions à l'encadrement supérieur.



---

## Bibliographie

---

### Articles :

Parcours de santé : promenade ou saut d'obstacles ?

16e journée régionale, Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine,

Pessac, 24 juin 2016, Rongère-Casteigt J., Bouhier F., Migeot V., Risques et qualité en milieu de soins, vol. 14, n° 1, mars 2017, pp.51-54

Questions d'économie de la santé : Le territoire, un outil d'organisation des soins et des politiques de santé ? Évolution de 2003 à 2011 Coldefy, M., (Irdes), Lucas-Gabrielli, M., (Irdes) N°175 Avril 2012

Hospimédia : Article Le Groupe SOS estime qu'il sera "forcément plus fort" face à une seconde vague Publié le 26/06/20 - 10h35

### Ouvrages :

Louazel, M., Mourier, A., Ollivier, E., Ollivier, R., *Le management en santé, Gestion et conduite des organisations de santé*, La coopération territoriale hospitalière, Presses de l'EHESP, 543 p.

Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, Beau, I., Zantman, F., *Construire les chemins cliniques à l'hôpital*, Elsevier Masson, 2018, 211p.

Van Der Linde, C., *Memento pour la gestion d'une situation sanitaire exceptionnelle ou de crise en établissement de santé*, avril 2020, 53 p.

### Sites internet :

**ANAP** : outil de diagnostic des interfaces hospitalières

<http://ressources.anap.fr/urgences/publication/1834> Consulté le 4 octobre 2020

La notion de **compétences**, Guy Le Boterf :

<https://www.blog-formation-entreprise.fr/guy-le-boterf/> Consulté le 6 septembre 2020

Edwige GANDRE - *Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique - 2020*

**Les compétences** clés du travail de demain :

<https://welcometalents.fr/competences-cles-travail-demain/> Consulté le 30 août 2020

**Conseil stratégique de l'innovation**

[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/discours\\_d\\_agnes\\_buzyn\\_ministre\\_des\\_solidarites\\_et\\_de\\_la\\_sante\\_-\\_24\\_janvier\\_2019.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/discours_d_agnes_buzyn_ministre_des_solidarites_et_de_la_sante_-_24_janvier_2019.pdf)

**Discours de politique générale** de monsieur le Premier Ministre, Jean Castex :

<https://www.gouvernement.fr/declaration-de-politique-generale-du-premier-ministre>

Consulté le 25 juillet 2020

**Haute Autorité de Santé**, publication sur le Développement Professionnel Continu : **Les chemins cliniques** :

[https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2807716/en/chemin-clinique](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2807716/en/chemin-clinique) Consulté le 1er octobre

Direction Générale de l'Offre de Soins, Ministère de la Santé et des Solidarités **Le groupement de coopération sanitaire** :

<https://www.solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/article/le-groupement-de-cooperation-sanitaire-gcs> Consulté le 20 juin 2020

Direction Générale de l'Offre de Soins, Ministère de la Santé et des Solidarités : **Les Communautés hospitalières de territoire** :

<https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/article/la-communaute-hospitaliere-de-territoire-cht> Consulté le 30 juin 2020

Direction Générale de l'Offre de Soins, Ministère de la Santé et des Solidarités : **Les Groupements Hospitaliers de Territoire** :

<https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/groupements-hospitaliers-de-territoire/>

Dossier de presse du Ministère de la Santé et des Solidarités, **les conclusions du Ségur de la Santé** :

<https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/dossier-de-presse-conclusions-du-segur-de-la-sante> Consulté le 28 août 2020

**Le projet territorial de santé :**

<https://www.houdart.org/cpts-hopitaux-de-proximite-et-projet-territorial-de-sante/> Consulté le 8 juillet 2020

EHESP, Institut du Management, Filière Directeur des Soins : **Le référentiel de compétences des Directeurs des soins :**

<https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2017/12/formation-DS-referentiel-de-competences-maj-nov2017.pdf> Consulté le 8 juillet 2020

Dossier de presse du Ministère de la Santé et des Solidarités « **Ma santé 2022** » un **engagement collectif pour transformer le système de santé :**

<https://www.ars.sante.fr/ma-sante-2022-pour-transformer-le-systeme-de-sante> Consulté le 10 juillet 2020

LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie  
<https://www.legifrance.gouv.fr> Consulté le 15 juillet 2020

Urgences 2012-Société de Médecine d'Urgences-SAMU de France : **Les bases du raisonnement lors des prises en charges soignantes.** Chapitre 101

[https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Les\\_bases\\_du\\_raisonnement\\_lors\\_des\\_prises\\_en\\_charge\\_soignantes.pdf](https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Les_bases_du_raisonnement_lors_des_prises_en_charge_soignantes.pdf) Consulté le 15 octobre 2020



---

## Liste des annexes

---

I Le parcours de santé des aînés en perte d'autonomie

II Les territoires PAERPA

III Entretien Directeur d'établissement

IV Entretien Praticien hospitalier

V Entretien directeur des soins

## LE PARCOURS DE SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES EN RISQUE DE PERTE D'AUTONOMIE (PAERPA)

**En 2014 sont mis en place, sous l'égide de la ministre en charge de la Santé, des parcours de santé pilotes pour les personnes âgées (Paerpa), sur la base d'un cahier des charges national.**

### **Prévenir et limiter la perte d'autonomie des personnes âgées : un objectif clé de la démarche Paerpa**

Les personnes âgées de 75 ans et plus représentent aujourd'hui 1 personne sur 10 en France.

Elles ont pour 85% d'entre elles au moins une pathologie, 57% sont en affection longue durée (ALD), 33% ont été hospitalisées au moins une fois en 2010 pour une durée de 12 jours en moyenne ; 44% des personnes âgées hospitalisées ont connu un passage aux urgences.

La démarche Paerpa s'adresse aux personnes de 75 ans et plus dont l'autonomie est susceptible de se dégrader pour des raisons d'ordre médical ou social.

Pour maintenir la plus grande autonomie le plus longtemps possible dans le cadre de vie habituel de la personne, la démarche Paerpa a pour objectif **de faire en sorte que les personnes reçoivent les bons soins, par les bons professionnels, dans les bonnes structures au bon moment, le tout au meilleur coût.**

En particulier, tout ce qui favorise la meilleure prise en charge du domicile est recherchée, ainsi que la baisse du recours à l'hôpital, tant pour des raisons d'efficacité que pour limiter la perte d'autonomie induite par les hospitalisations chez les personnes âgées.

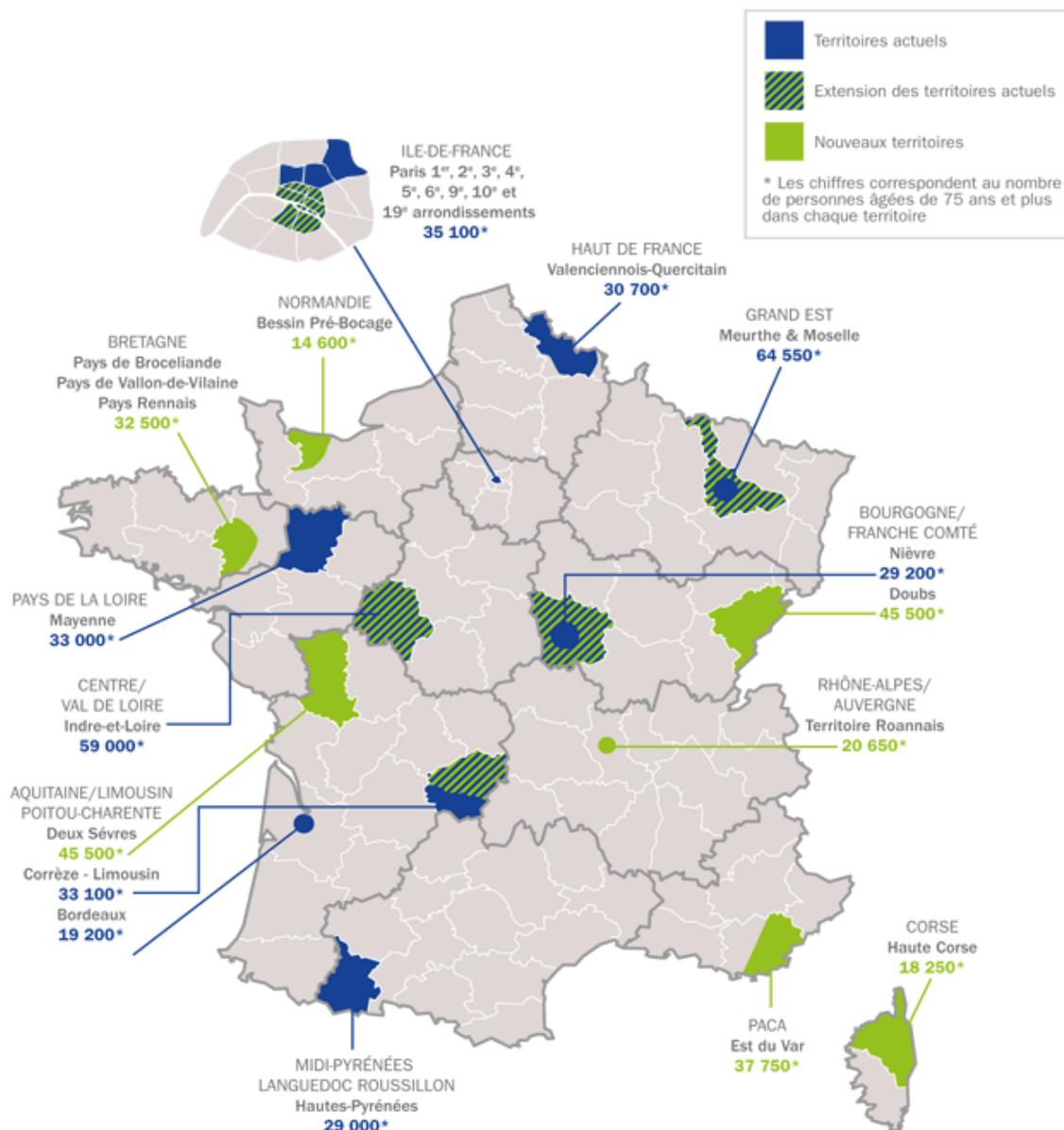
La démarche promeut **une action en amont du risque de perte d'autonomie**, en agissant notamment sur les **quatre facteurs d'hospitalisation évitable de la personne âgée** :

- ◆ dépression ;
- ◆ problèmes liés aux médicaments ;
- ◆ dénutrition ;
- ◆ chutes.

Elle favorise une **coordination optimisée des acteurs autour de la personne âgée**, qu'ils soient professionnels sanitaires, médico-sociaux ou sociaux.



## Les territoires PAERPA (Parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie)



Conception : Deam - Juin 2016

### Un territoire dans chaque région - Près de 550 000 personnes âgées concernées.

L'ensemble des acteurs territoriaux sont mobilisés pour participer à ces dispositifs pilotes qui se mettront en place progressivement : conseils départementaux, professionnels de santé, établissements de santé et médico-sociaux, secteur social, assurance maladie, assurance vieillesse, etc.

## ANNEXE III

Entretien semi-directif DIRECTEUR D'ETABLISSEMENT

Question de départ :

***En quoi la crise du Covid-19 met en lumière le rôle que pourrait tenir le Directeur des Soins dans l'amélioration de la prise en charge des parcours coordonnés au sein d'un territoire de santé ?***

*Hypothèse n°1 : La dynamique managériale du directeur des soins favorise les coopérations soignantes au sein du GHT en situation de crise*

### CONCEPTS

Comment situez-vous votre établissement au sein du territoire ?	Territoire
Quels sont selon vous les leviers favorisant les coopérations entre les établissements au sein du GHT ?	Management Coopération
Quels sont les freins que vous avez pu éventuellement rencontrer dans la mise en place de projets de coopération ?	Partenariat
Pouvez-vous me parler de votre expérience du management territorial de la crise sanitaire ?	Missions du DS
En situation de crise, quels enseignements peuvent être mis en évidence concernant le rôle du directeur des soins dans la gestion des équipes paramédicales au sein du territoire ?	Expertise Compétences Conseil au DG Territorialité

*Hypothèse n°2 : Le positionnement du directeur des soins est un levier pour créer et pérenniser les partenariats avec les acteurs du territoire de santé*

En tant que membre du directoire, le DS de votre équipe est-il à l'origine de propositions pour favoriser la création ou la consolidation de partenariats au sein du territoire ?	Missions du DS Expertise Compétences Conseil au DG
Pendant cette période, pouvez-vous me parler du rôle du directeur des soins dans la coordination des parcours patients au sein du territoire ?	

*Hypothèse n°3 : Une approche transversale des parcours de soins est source d'efficience*

Pensez-vous qu'une approche transversale des parcours favorise l'efficience ?

Efficience  
Management,  
coordination  
des soins

En situation de crise, quels ont été selon vous les impacts sur les relations entre les établissements d'un point de vue plus spécifique du parcours des patients ? (Covid ou non)

Gestion de  
projet

*Hypothèse n°4 : La stratégie du directeur des soins orientée sur la création de réseaux est un enjeu pour les parcours de soins*

En tant que directeur, quels sont selon vous les atouts du DS qui favoriseraient l'ouverture de l'établissement et pourrait atténuer la vision hospitalo-centrée des parcours ?

Stratégie

Quels sont les freins que vous souhaiteriez lever pour favoriser l'ouverture de l'hôpital vers les autres acteurs territoriaux ?

Gradation des  
soins

Partenariats

Pour conclure, en quoi votre expérience de la gestion de crise est-elle transposable au bénéfice des parcours patients ?

Réseaux

Rôle spécifique  
coordonnateur  
général des  
soins

## ANNEXE IV

Entretien semi-directif PRATICIEN HOSPITALIER

Question de départ :

***En quoi la crise du Covid-19 met en lumière le rôle que pourrait tenir le Directeur des Soins dans l'amélioration des parcours coordonnés au sein d'un territoire de santé ?***

*Hypothèse n°1 : La dynamique managériale du directeur des soins favorise les coopérations soignantes au sein du GHT en situation de crise*

Comment situez-vous votre établissement au sein du territoire ?

Territoire

Quels sont selon vous les leviers favorisant les coopérations entre les établissements au sein du GHT ? Pouvez-vous me parler des filières de soins ?

Management

Coopération

Quels sont les freins que vous avez pu éventuellement rencontrer dans la mise en place de projets de coopération ?

Partenariat

Missions du DS

En tant que praticien, pouvez-vous me parler de votre expérience du management territorial de la crise sanitaire ?

Expertise

Compétences

En situation de crise, qu'avez-vous appris du rôle du directeur des soins ? Cette situation a-t-elle modifié vos relations avec la direction des soins ?

*Hypothèse n°2 : Le positionnement du directeur des soins est un levier pour créer et pérenniser les partenariats avec les acteurs du territoire de santé*

D'un point de vue du parcours patient, quels ont été selon vous les impacts de la crise :

Missions du DS

- sur les liens entre les établissements ?
- sur les relations entre les différents praticiens ?
- sur vos partenariats avec la médecine de ville ?

Expertise

Compétences

Conseil au DG

*Hypothèse n°3 : Une approche transversale des parcours de soins est source d'efficience*

Pensez-vous qu'une approche transversale des parcours favorise l'efficience ?

Efficience  
Management,  
coordination  
des soins

En tant que praticien, pouvez-vous me citer un exemple de dysfonctionnement de parcours ?

Au contraire pouvez-vous évoquer des partenariats qui fonctionnent bien ?

Avez-vous connaissance de projets portés par la direction des soins en faveur de l'efficience des parcours ?

Gestion de  
projet

Communication

*Hypothèse n°4 : La stratégie du directeur des soins orientée sur la création de réseaux est un enjeu pour les parcours de soins*

Le travail en réseau fait partie des pratiques médicales quotidiennes, pouvez-vous me parler de :

Stratégie

Gradation des  
soins

Comment se sont créés vos réseaux ?

Partenariats

Quels sont les éléments indispensables pour assurer leur pérennité ?

Réseaux

Quels sont les freins que vous avez pu identifier ? au sein du GHT ? au niveau du territoire ? (Médecine de ville, autres établissements hors GHT)

Selon vous, quel rôle pourrait jouer le DS dans le champ de l'ouverture vers l'extérieur pour sortir d'une vision hospitalo-centrée des parcours ?

Rôle spécifique  
du  
coordonnateur  
général des  
soins

**Pour conclure, quels sont les expériences de la crise sanitaire que vous souhaiteriez transposer pour le bénéfice des parcours patients ?**

## ANNEXE V

Entretien semi-directif DIRECTEUR DES SOINS

Question de départ :

***En quoi la crise du Covid-19 met en lumière le rôle que pourrait tenir le Directeur des Soins dans l'amélioration de la prise en charge des parcours coordonnés au sein d'un territoire de santé ?***

*Hypothèse n°1 : La dynamique managériale du directeur des soins favorise les coopérations soignantes au sein du GHT en situation de crise*

### CONCEPTS

Comment situez-vous votre établissement au sein du territoire ?

Territoire

Quels sont selon vous les leviers favorisant les coopérations entre les établissements au sein du GHT ? pour les équipes ?

Management

Quels sont les freins que vous avez pu éventuellement rencontrer dans la mise en place de projets de coopération ?

Coopération

Pouvez-vous me parler de votre expérience du management territorial de la crise sanitaire ?

Partenariat

En situation de crise, quels enseignements peuvent être mis en évidence concernant le rôle du directeur des soins dans la gestion des équipes paramédicales au sein du territoire ?

Missions du DS

Expertise

Compétences

Conseil au DG

Territorialité

*Hypothèse n°2 : Le positionnement du directeur des soins est un levier pour créer et pérenniser les partenariats avec les acteurs du territoire de santé*

En temps normal, votre positionnement au sein de l'équipe de direction vous permet-il d'être force de proposition pour favoriser la création ou la consolidation de partenariats au sein du territoire ?

Missions du DS

Expertise

Compétences

Conseil au DG

Comment cela se concrétise dans votre pratique ? Pouvez-vous me citer des exemples concernant les filières ou parcours sur le territoire ?

En situation de crise, quels ont été selon vous les impacts sur les relations entre les établissements d'un point de vue plus spécifique du parcours des patients ? (Covid ou non)

***Hypothèse n°3 : Une approche transversale des parcours de soins est source d'efficience***

Pensez-vous qu'une approche transversale des parcours favorise l'efficience ? Si oui comment accompagnez-vous les équipes ?

Efficience

Management

Pouvez-vous me citer des exemples de dysfonctionnement des parcours ?

Au contraire pouvez-vous évoquer des partenariats qui fonctionnent bien ?

Coordination  
des soins

Gestion de  
projet

***Hypothèse n°4 : La stratégie du directeur des soins orientée sur la création de réseaux est un enjeu pour les parcours de soins***

D'un point de vue stratégique, comment envisagez-vous votre rôle de DS afin de favoriser la création de nouveaux partenariats ou de consolider l'existant au bénéfice du parcours des patients ?

Stratégie

Gradation des  
soins

Sur qui vous pouvez vous appuyer ?

Quels sont les freins que vous avez identifiés ?

Partenariats

1. Quels sont les atouts du DS pour s'engager dans le champ de l'ouverture vers l'extérieur et sortir d'une vision hospitalo-centrée des parcours ?

Réseaux

Compétences

Pour conclure, en quoi votre expérience de la gestion de crise est-elle transposable au bénéfice des parcours patients ?

Rôle spécifique  
du  
coordonnateur  
général des  
soins

---

GANDRE	Edwige	Décembre 2020
<b>Directeur des soins</b> Caroline Aigle 2020		
<b>Le directeur des soins : un ambassadeur de la coordination des parcours en situation de crise sanitaire</b>		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : <Université VILLE>		
<p><b>Résumé :</b></p> <p>La survenue de la crise sanitaire au printemps 2020 a fortement impacté notre système de santé et le monde hospitalier. Sur le terrain, les équipes de direction ont alors cherché rapidement des solutions pour répondre aux besoins de santé des usagers. Ainsi, des coopérations entre les différents secteurs, qu'ils soient sanitaires, médico-sociaux ou libéraux ont été instaurées et ont favorisé l'émergence d'actions collectives et novatrices au sein des territoires. Ce travail questionne les coopérations, ce qui a permis d'ouvrir le champ des possibles en cette période si particulière et surtout le rôle que le directeur des soins peut jouer dans la coordination des parcours.</p> <p>Les entretiens ont contribué à croiser les regards des directeurs hospitaliers, des praticiens et des directeurs des soins sur ces partenariats, sur la place des établissements supports dans les GHT et l'organisation des parcours patients. Nous avons ainsi exploré le rôle du directeur des soins sous l'angle de la dynamique managériale, de la création et de la pérennisation des partenariats avec les acteurs du territoire. Lors de ces entretiens, la transversalité est également questionnée dans l'organisation des parcours patients ainsi que la transférabilité des solutions innovantes à la sortie de crise.</p> <p>A l'issue de ce travail, nous sommes tentés d'affirmer que le DS en tant que membre de l'équipe de direction incarne la coordination et se positionne en tant qu'ambassadeur des parcours de soins sur l'ensemble du territoire. En situation sanitaire exceptionnelle, la dimension politique, la diplomatie, les aptitudes du DS à la communication et à la négociation sont particulièrement mobilisées pour se positionner avec loyauté dans le rôle de conseiller auprès de la direction générale. Nous soulignerons également l'étroite collaboration avec le corps médical et plus particulièrement avec le président de CME et le management de l'encadrement supérieur comme points forts au service des parcours patients.</p>		
<p><b>Mots clés :</b>          Crise sanitaire – coopération – GHT – partenariats – territoire - parcours patient - transversalité</p>		
<i>L'École des Hautes Études 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.</i>		