



**EHESP**

---

**Directeur d'Hôpital**

Promotion : **2020 - 2021**

Date du Jury : **octobre 2021**

---

**Les parcours, un levier de  
transformation à l'hôpital ?  
L'exemple d'un établissement MCO, le  
Groupe Hospitalier Public du Sud de  
l'Oise (GHPSO)**

---

**Matthieu LALLOT**

---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier toute l'équipe de direction du GHPSO que j'ai pu rejoindre dans le cadre du stage de direction et auprès de qui j'ai beaucoup appris.

Un remerciement en particulier aux deux directeurs qui ont encadré ce stage, Monsieur Fabrice Laurain, directeur des affaires médicales du GHPSO et Monsieur Didier Saada, directeur du GHPSO, mais également à toute l'équipe de direction pour son soutien, la qualité de nos échanges et le travail toujours constructif sur les dossiers gérés en commun.

Un grand merci en particulier à Monsieur Kévin Lamothe, directeur des opérations, des systèmes d'information, des parcours, de la qualité et des relations usagers au GHPSO pour la teneur et la qualité de nos échanges sur le déploiement des parcours au sein de l'établissement, ainsi qu'à Monsieur Youssef Zaraoui, coordonnateur des parcours.

Merci également au Dr Estelle Renaud et Dr Catherine Herry, en leur qualité de présidente de la CME, pour leurs conseils, leur soutien et leur disponibilité sur les nombreux sujets sur lesquels nous avons eu à échanger et travailler.

Merci aussi à tous les professionnels médicaux, soignants et administratifs rencontrés dans le cadre des travaux relatifs à l'élaboration du projet médical pendant mon stage, pour leur disponibilité, la qualité de nos échanges et qui m'ont permis de développer mes connaissances sur les prises en charges et les organisations médicales et paramédicales.

Je tiens également à saluer ici l'ensemble des personnels du GHPSO pour leur engagement et leur implication au quotidien, au service des patients, en particulier dans le contexte de la crise sanitaire liée à la COVID-19 qui a nécessité une mobilisation extrêmement importante de tous et de chacun. Un grand merci à tous ceux que j'ai pu rencontrer, avec qui j'ai pu échanger, pour leur gentillesse et la qualité de leur accueil.

Ces remerciements seraient incomplets si je ne mentionnais pas ici, l'équipe de la Direction des Affaires Médicales pour sa compétence et son implication et avec qui j'ai eu grand plaisir à travailler.

Mes remerciements vont également à Monsieur Frédéric Kletz, enseignant de l'École des Mines, qui a encadré ce mémoire et m'a accompagné dans la réflexion sur ce sujet complexe que sont les parcours.

Enfin, je remercie l'EHESP pour la qualité de ses enseignements, que j'ai pu mettre à profit dans la réflexion développée dans ce mémoire.

---

# Sommaire

---

Introduction .....	1
Méthodologie .....	4
1. Les parcours, un levier majeur de transformation du système de santé porté par les politiques nationales et régionales de santé pour répondre aux défis de la transition épidémiologique.....	7
1.1 Les parcours, une ambition déclinée à tous les échelons du système de santé et dans l'évolution des modes de financement .....	7
1.1.1 Les parcours, une prescription sans cesse réaffirmée depuis vingt ans par les politiques et stratégies de santé .....	7
1.1.2 La logique de parcours est intégrée par les institutions de santé dans les dispositifs qu'elles pilotent .....	9
1.1.3 De nouveaux modes de financement plus adaptés aux parcours apparaissent .....	11
1.2 La logique de parcours cherche à répondre aux enjeux de transformation du système de santé en s'inspirant notamment du <i>chronic care model</i> et de <i>l'integrated care model</i> .....	11
1.2.1 Les parcours visent à répondre aux défis complexes auxquels est confronté le système de santé, mus notamment par la transition épidémiologique .....	11
1.2.2 Les parcours s'inscrivent dans le cadre conceptuel du <i>chronic care model</i> et de <i>l'integrated care model</i> , afin d'améliorer la coordination des acteurs.....	14
1.3 Les parcours trouvent également une déclinaison régionale, portée par les ARS .....	16
1.3.1 Le projet régional de santé (PRS), un vecteur pour inciter au déploiement des parcours.....	16
1.3.2 Le PRS des Hauts-de-France inscrit plusieurs objectifs en lien avec les parcours.....	17
2. Le GHPSO s'est fixé une priorité stratégique autour des parcours pour répondre aux difficultés auxquelles il est confronté .....	18
2.1 Les parcours sont envisagés au GHPSO comme une réponse à des difficultés structurelles et organisationnelles .....	18
2.1.1 Un établissement présentant des atouts indéniables, mais en difficulté .....	18
2.1.2 Des parcours pour répondre aux difficultés rencontrées par l'établissement .....	19
2.2 Le projet médical : une opportunité pour fixer des priorités de développement de parcours dans plusieurs spécialités .....	21

2.2.1	Les urgences et l'hôpital de jour : des points nodaux pour le développement des parcours .....	21
2.2.2	Les parcours gériatriques et bariatriques, deux exemples de parcours populationnels visant à répondre à des besoins de santé prégnants sur le territoire.	23
2.2.3	Des parcours pour déployer de nouvelles approches du soin et moderniser les organisations : l'exemple de la RAAC .....	26
2.2.4	Des parcours pour améliorer le suivi des patients présentant une pathologie chronique .....	27
2.2.5	Des parcours envisagés comme réponse aux tensions de la démographie médicale : l'exemple du télé-AVC, un parcours complexe à organiser .....	28
2.3	Une méthodologie à structurer, à construire et à partager.....	30
2.3.1	Une clarification sémantique à opérer dans un maquis de termes connexes	30
2.3.2	La construction de parcours doit s'inscrire dans une démarche structurée au plan méthodologique .....	32
2.3.3	L'évaluation, une démarche indispensable à la qualité et à l'efficacité des parcours.....	34
3.	La mise en place d'un projet médical orienté sur les parcours constitue un levier de transformation des organisations, mais doit surmonter un certain nombre de difficultés ..	36
3.1	Des moyens humains de coordination à déployer .....	36
3.1.1	Une direction dédiée aux parcours : avantages et inconvénients .....	36
3.1.2	Des fonctions de coordination à créer, en veillant à bien en définir les périmètres .....	37
3.2	Engager la « révolution numérique » au service de la coordination des acteurs, des parcours et du lien ville-hôpital .....	40
3.2.1	Des outils numériques pour rapprocher et coordonner les acteurs .....	40
3.2.2	La télémédecine pour faciliter le déploiement des parcours : une ambition prometteuse mais dont la mise en œuvre doit surmonter des obstacles .....	42
3.2.3	La « révolution numérique » indispensable au déploiement des parcours s'inscrit dans des enjeux organisationnels majeurs .....	43
3.3.	Des freins culturels à dépasser : les parcours nécessitent un changement de paradigme de la part des professionnels.....	44
3.3.1	Le point de vue du patient : une question centrale dans les parcours, mais complexe à intégrer .....	44
3.3.2	Une culture parcours à diffuser dans les équipes et des espaces de dialogue et de collaboration interprofessionnels à construire .....	47
3.3.3	Intégrer les soins primaires et les professionnels de santé en ville : la question fondamentale du lien ville-hôpital.....	49

3.4 La tension sur la démographie professionnelle : un point de fragilité dans le développement des parcours ? L'intérêt des politiques d'attractivité .....	51
Conclusion .....	54
Bibliographie .....	56
Liste des annexes .....	I
I. Positionnement territorial du GHPSO .....	I
II. Facteurs clés de succès dans une stratégie hospitalière orientée parcours.....	I
III. Synthèse des principales recommandations.....	I
IV. Proposition de plan d'action visant à mettre en œuvre les recommandations formulées dans ce mémoire .....	I
V. Plan d'action visant à dynamiser le lien ville-hôpital au GHPSO .....	I
VI. Plan d'action pour mieux intégrer l'expérience patient dans les prises en charge et parcours proposés par le GHPSO .....	I
VII. Proposition d'une politique de recrutement médical et d'attractivité pour le GHPSO en réponse aux tensions observées sur la démographie médicale.....	I
VIII. Liste des personnes interrogées ou rencontrées dans le cadre de ce mémoire .....	I

---

## Liste des sigles utilisés

---

AIT	Accident Ischémique Transitoire
ALD	Affection de Longue Durée
AMA	Assistant Médico-Administratif
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance
ARS	Agence Régionale de Santé
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
BPCO	Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive
CCM	Chronic Care Model
CDU	Commission Des Usagers
CH	Centre Hospitalier
CHI	Centre Hospitalier Isarien (EPSM de l'Oise à Clermont de l'Oise)
CHU	Centre Hospitalier Régional
CHRU	Centre Hospitalier Régional Universitaire
CME	Commission Médicale d'Établissement
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CREX	Comité de Retour d'EXpérience
CRH	Compte-Rendu d'Hospitalisation
CSBM	Consommation de Soins et de Biens Médicaux
CSIRMT	Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique
DAC	Dispositif d'Appui à la Coordination
DIM	Département de l'Information Médicale
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DMP	Dossier Médical Partagé
DPI	Dossier Patient Informatisé
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EPS	Établissement Public de Santé
ESP	Équipe de Soins Primaire
ETP	Éducation Thérapeutique du Patient
FEI	Fiche d'Événement Indésirable
FPH	Fonction Publique Hospitalière
GERS	GÉRer la Singularité à grande échelle
GIE	Groupement d'Intérêt Économique
GHM	Groupe Homogène de Malades
GHPSO	Groupe Hospitalier Public du Sud de l'Oise
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire

HAS	Haute Autorité de Santé
HCAAM	Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
HCL	Hospices Civiles de Lyon
HOP'EN	Hôpital Ouvert sur son Environnement
HPST	Hôpital Patient Santé Territoire
IHAB	Initiative Hôpital Ami des Bébé
IPA	Infirmier.ère en Pratique Avancée
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
ISTS	Inégalités Sociales et Territoriales de Santé
LFSS	Loi de Financement pour la Sécurité Sociale
MERM	Manipulateur en Électro-Radiologie Médicale (manipulateurs radios)
MOOC	Massive Open Online Course
MSS	Messagerie Sécurisée de Santé
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
NHS	National Health System
NIDCAP	Neonatal Individualized Development Care Assessment Program
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OTSS	Organisation et Transformation de notre Système de Santé
PASA	Pôle d'Activité et de Soins Adaptés
PAERPA	Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie (parcours des aînés)
PADHUE	Praticien A Diplôme Hors Union Européenne
PEPS	Partenariat et Expérience Patient en Santé
PIB	Produit Intérieur Brut
PIE	Pôle Inter-Établissement
PMP	Projet Médical Partagé
PMSP	Projet Médico-Soignant Partagé
PRADO	Programme d'Accompagnement au Retour à Domicile
PRAPS	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PROM	Patient Reported Outcomes Measure
PRS	Projet Régional de Santé
PTS	Projet Territorial de Santé
QVT	Qualité de Vie au Travail
RAAC	Récupération Améliorée Après Chirurgie
RCP	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
RMM	Revue de mortalité et de morbidité
SROS	Schéma Régional de l'Offre Sanitaire ou de Soins
SROMS	Schéma Régional de l'Offre Médico-Sociale

SAE	Statistique Annuelle des Établissements de santé
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SMUR	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation
SRS	Schéma Régional de Santé
UCOG	Unité de Coordination en Onco-Gériatrie
UHR	Unité d'Hébergement Renforcée
USC	Unité de Surveillance Continue
USIC	Unité de Soins Intensifs en Cardiologie
UNV	Unité Neuro-Vasculaire
USINV	Unité de Soins Intensifs Neuro-Vasculaire
USMP	Unité de Soins en Milieu Pénitentiaire

## Introduction

*« On ne peut agir efficacement qu'en travaillant de concert » - Edmund Burke*

Dans un sondage mené par Odoxa en 2017<sup>1</sup> sur « l'Hôpital de demain », 56% seulement des Français interrogés estimaient que le parcours de soins des patients entre le médecin, les spécialistes et les hôpitaux se déroulait de manière satisfaisante. Pour 70 % des médecins interrogés dans le cadre du même sondage, le parcours se déroulait de manière insatisfaisante tandis que cette proportion s'établissait à 83% pour les directeurs d'hôpital. A peine plus de la moitié des personnes interrogées considéraient que les échanges d'information sur la santé des patients entre l'hôpital et le personnel soignant hors de l'hôpital s'opéraient facilement, étaient immédiats, réguliers et systématiques. Ces chiffres témoignent dans une certaine mesure de marges de progrès pouvant être réalisées dans l'organisation des parcours dans le secteur de la santé.

Le dictionnaire Le Robert donne la définition suivante du mot parcours : « chemin pour aller d'un point à l'autre »<sup>2</sup>, ce qui peut laisser penser à un trajet rectiligne. Le Larousse donne quant à lui une définition plus complète du mot « parcours » : « itinéraire à suivre ou trajet suivi par quelqu'un ; ensemble des étapes par lesquelles passe quelque chose ; ensemble des étapes, des stades par lesquels passe quelqu'un »<sup>3</sup>. Cette définition, qui semble dessiner une trajectoire moins rectiligne ou du moins constituée d'étapes apparaît sans doute plus proche de la réalité d'un parcours de soins ou de santé.

Apparue en 2004 lors de la mise en place du parcours de soins coordonné, la notion de parcours dans le domaine de la santé ne fait l'objet d'aucune définition légale (Féry-Lemonnier et al., 2014). Celle-ci est donc susceptible de revêtir des réalités différentes en fonction des acteurs ou du contexte. Sur le site internet du Ministère des Solidarités et de la Santé, on trouve la définition suivante : « Un parcours s'entend comme la prise en charge globale, structurée et continue des patients, au plus près de chez eux ».<sup>4</sup>

Dans un document publié en 2016 par les ARS et le Secrétariat Général des Ministères des Affaires Sociales (SGMAS) la définition suivante est donnée. Les parcours « se définissent

---

<sup>1</sup> Baromètre Odoxa mené auprès d'un échantillon représentatif de la population française <http://www.odoxa.fr/sondage/barometre-sante-360-francais-lhopital-de-demain/>

<sup>2</sup> <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/parcours> consulté le 06/06/2021

<sup>3</sup> <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/parcours/58092> consulté le 06/06/2021

<sup>4</sup> <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie> consulté le 31/05/2021

comme la prise en charge globale du patient et de l'usager dans un territoire donné au plus près de son lieu de vie, avec une meilleure attention portée à l'individu et à ses choix, nécessitant l'action coordonnée des acteurs de la prévention, de la promotion de la santé, du sanitaire, du médico-social, du social, et intégrant les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement. ».

On distingue traditionnellement trois types de parcours (Féry-Lemonnier et al.) :

- **Le parcours de soins**, qui se concentrent sur « la réponse sanitaire en intégrant les soins de premiers recours, les soins ambulatoires, les soins hospitaliers, les soins de suite et de réadaptation, ainsi que les soins de longue durée » ;
- **Le parcours de santé**, qui en plus du parcours de soins, intègre la prévention, l'accompagnement social et médico-social et le retour à domicile des personnes ;
- **Le parcours de vie**, qui porte sur « la réponse aux besoins de la personne dans son environnement en intégrant notamment des facteurs éducatifs, environnementaux, de réinsertion professionnelle, l'entourage familial et un éventuel contexte juridique ».

Aissou, Danos et Jolivet (2020) définissent les parcours de soins comme « un ensemble d'étapes que le patient va suivre tout au long de la trajectoire déterminée par sa maladie et par la spécificité de sa situation, depuis son admission dans un établissement de santé jusqu'à sa sortie, en passant par les différentes structures et professionnels qui assureront sa prise en charge en amont et en aval. Bien qu'il soit défini au départ de façon standardisée, chaque parcours de soins est individualisé et vise à donner une réponse adaptée aux besoins de l'individu, avec l'ensemble des composantes humaines et culturelles, sociologiques qui le structurent ».

Ces différentes définitions permettent de saisir plusieurs notions constitutives des parcours :

- Une vision globale ou transversale ;
- Une perspective visant à dépasser les cloisonnements du système de santé entre sanitaire, social et médico-social, mais aussi entre soins hospitaliers et soins de ville ;
- Une construction centrée sur le patient ;
- Une approche intégrant l'ensemble des composantes de la santé, fidèle à la définition de la santé donnée par l'OMS.

La réflexion et les échanges autour des parcours au sein du GHPSO impliquent souvent les trois dimensions évoquées ci-dessus (parcours de soins, de santé et de vie), mais à des degrés divers selon les spécialités et types de parcours concernés. C'est pourquoi, et à des fins de simplification, nous utiliserons ci-après le terme générique de « parcours », quel qu'en soit le type, sauf pour les développements appelant davantage de précisions.

Toutes les définitions données de la notion de parcours dans le domaine de la santé, suggèrent un changement de paradigme. Mais pourquoi changer de paradigme ? Il s'agit de faire face aux nombreux défis auxquels notre système de santé est confronté, marqué par le vieillissement de la population et le développement des maladies chroniques qui conduisent à une augmentation des dépenses de santé et appellent à une adaptation et à de nouvelles organisations. A l'aune de la responsabilité populationnelle, il s'agit aussi d'assurer l'accès aux soins pour tous.

Aussi, depuis une vingtaine d'années, les politiques et les lois de santé n'ont cessé de réaffirmer la logique de parcours en s'efforçant de créer des dispositifs visant à inciter et accompagner les acteurs de santé dans leur mise en œuvre. Néanmoins, il semble que sur le terrain, la notion reste difficile à opérationnaliser. La construction des parcours s'avère plus complexe qu'il n'y paraît, en témoigne la profusion de dispositifs qui ont vu le jour ces dernières années et dont certains, à l'instar des CPTS, doivent encore prendre leur pleine envergure.

Le Groupe Hospitalier Public du Sud de l'Oise (GHPSO), établissement MCO de proximité et de recours, est confronté à un ensemble de difficultés en partie liées à l'adaptation de ses activités et de ses organisations à l'évolution de la demande de soins et des prises en charges, dans un territoire périphérique fortement contrasté au plan socio-économique. Alors qu'il prépare son projet médical et un projet stratégique pour les 5 années à venir, le GHPSO s'est donné comme orientation stratégique prioritaire la structuration de son offre de soins dans une logique de parcours. L'expérience du GHPSO permet de mieux saisir comment un établissement situé dans un territoire aux confins de deux régions, qualifié de « périphérique » par le CHU, peut s'emparer de la logique de parcours.

Au-delà des ambitions, voire des injonctions des politiques publiques, comment un établissement périphérique de taille moyenne peut-il développer des parcours ? Quels parcours envisager ? Dans quelles finalités ? A quelles difficultés rencontrées par l'hôpital les parcours peuvent-ils répondre ? Mais à quelles difficultés aussi les parcours confrontent-ils l'hôpital en retour ?

Après avoir dressé un état des lieux de l'intégration des dynamiques de parcours dans les politiques de santé au plan national et régional et des enjeux qu'ils sous-tendent pour l'ensemble des acteurs de santé (I), seront exposés les parcours que le GHPSO envisage de mettre en œuvre dans le cadre de son projet médical et les réponses aux besoins de santé et organisationnels que l'établissement recherche à travers ces déploiements (II). Enfin, sera abordée la problématique des moyens et des obstacles à dépasser ou à surmonter pour mettre en œuvre ces parcours (III).

## **Méthodologie**

Le recueil des données utilisées pour l'élaboration de ce mémoire s'est fondé tout d'abord sur une revue de la littérature concernant les parcours dans le domaine de la santé. Celle-ci étant abondante, un choix a dû être opéré dans les références, en sélectionnant celles qui semblaient les plus adaptées à l'objet de l'étude. Une attention particulière a été portée sur le choix de deux références en particulier (Aissou et al. et Minvielle) pour leur apport à la fois conceptuel, stratégique et opérationnel dans la réflexion sur les parcours.

S'agissant du terrain d'enquête, celui-ci a été essentiellement circonscrit à l'établissement étudié, puisqu'il s'agit ici d'explorer les enjeux de transformation portés par les parcours en s'appuyant sur l'exemple du GHPSO.

L'étude terrain a été conduite dans le cadre du stage de direction inscrit dans la formation de directeur d'hôpital, durant lequel l'une des missions confiées concernait l'animation des travaux et de la réflexion sur l'élaboration du projet médical, en lien avec les professionnels, avec un enjeu fort autour de l'intégration des parcours. Le recueil des données terrain s'est opéré de trois manières :

- Une étude de documents, notamment les contributions proposées par les services dans le cadre de la réflexion sur le projet médical, lorsqu'elles étaient disponibles. Le rapport du médecin DIM portant sur l'analyse territoriale a également été étudié ;
- Des entretiens menés dans le cadre des travaux d'élaboration du projet médical ;
- La participation à des réunions avec les professionnels du GHPSO sur le projet médical, le projet soignant, les parcours ou sur des sujets connexes (liés au système d'information notamment).

Pour le recueil des données terrain, la méthodologie retenue s'est donc portée sur une approche qualitative, car il s'agissait surtout de s'intéresser aux enjeux associés aux parcours pour les acteurs et au « comment les mettre en œuvre » dans une démarche

exploratoire privilégiant leur point de vue et leur expérience. Des entretiens en mode semi-directif ont donc été privilégiés. Il s'agissait d'approfondir la dimension parcours avec les professionnels interrogés, notamment sur la nature et le contenu des parcours susceptibles d'être mis en place, la réponse aux besoins de santé attendue et les moyens nécessaires.

Ainsi, les aspects suivants ont été abordés :

- Parcours, filières ou modes de collaboration existants ;
- Bilan de cet existant ;
- Développement de parcours pouvant être envisagé ;
- Population/patientèle cible ;
- Dans quels buts ? Pour quels résultats, finalités et bénéfices attendus ?
- Acteurs hospitaliers et extra-hospitaliers qui pourraient être impliqués dans ces parcours : dimension médico-sociale, sociale, lien ville-hôpital ;
- Intégration de la prévention et de l'ETP ;
- Déploiements numériques nécessaires ;
- Impact sur le capacitaire et les filières d'aval ;
- Difficultés susceptibles d'être rencontrées ;
- Moyens financiers, techniques et humains nécessaires.

Le déroulé et l'intitulé des questions a pu être adapté en fonction des aspects spontanément abordés par l'interlocuteur ou des problématiques identifiées en cours d'entretien. Des demandes de clarification sémantique ont pu être sollicitées, notamment sur des termes connexes aux parcours (circuits patients, chemins cliniques etc...). Néanmoins, à des fins de simplification et parce que les trois dimensions des parcours sont souvent impliquées à des degrés divers dans la réflexion des acteurs, le terme utilisé a été celui de « parcours » sans entrer dans la distinction entre parcours de soins, de santé et de vie. Cependant, la dimension médico-sociale, sociale, les implications avec la ville et plus généralement extrahospitalières ont été chaque fois évoquées.

Au total, 25 entretiens ont été réalisés avec des directeurs, des médecins le plus souvent en situation de responsabilité (chefs de pôle, chefs de service), des soignants (cadres de santé) et des coordonnateurs, dont le coordonnateur des parcours. Certains interlocuteurs ont pu être rencontrés plusieurs fois. Des éléments évoqués lors d'échanges informels ont pu être utilisés. Ces entretiens avec les professionnels ont permis de préciser ou compléter des parcours mentionnés dans ce mémoire, notamment au regard des bénéfices attendus en termes d'accès aux soins, de qualité des prises en charge et d'organisation, mais également de mieux appréhender les attentes, les difficultés et les obstacles liés à la mise en place des parcours.

La dimension patients et usagers a été abordée à travers le prisme des professionnels rencontrés, en particulier celui du directeur en charge de la direction des parcours et des relations avec les usagers. Un représentant des usagers a la CDU été interrogé, mais la dimension patients et usagers, notamment leur expérience, leur vécu, leurs attentes et leur compréhension vis-à-vis de cette notion complexe aurait méritée des entretiens « en direct » avec des patients.

De même, deux entretiens ont eu lieu avec des interlocuteurs en lien avec la médecine de ville et les soins primaires, sur le lien ville-hôpital, mais des acteurs locaux n'ont pu être rencontrés. Il aurait été intéressant de pouvoir échanger sur ce sujet majeur pour les parcours avec des médecins de ville ou élus locaux sur le territoire. Ce sont là les deux limites principales du travail de recueil de données et d'informations dans le cadre de ce mémoire.

Enfin, deux interlocuteurs sans lien avec le territoire du GHPSO ont été interrogés pour le retour d'expérience qu'ils pouvaient apporter.

Ce mémoire reprend également plusieurs plans d'action, en lien avec les parcours, élaborés dans le cadre des missions du stage de direction et présentés dans les développements qui suivent, ainsi qu'en annexe.

# **1 Les parcours, un levier majeur de transformation du système de santé porté par les politiques nationales et régionales de santé pour répondre aux défis de la transition épidémiologique**

## **1.1 Les parcours, une ambition déclinée à tous les échelons du système de santé et dans l'évolution des modes de financement**

### **1.1.1 Les parcours, une prescription sans cesse réaffirmée depuis vingt ans par les politiques et stratégies de santé**

L'attention portée aux parcours dans les politiques et lois de santé ces vingt dernières années témoignent de l'importance que leur accordent les pouvoirs publics.

La notion de parcours apparaît dans le quotidien des Français avec le parcours de soins coordonnés, instauré par la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie. Il s'agit de rationaliser l'accès au système de santé en conditionnant le taux de remboursement au choix d'un médecin traitant, positionné comme prescripteur du recours aux spécialistes.

À partir de 2009, la dimension « parcours » n'a de cesse d'être réaffirmée par les lois et stratégies de santé qui se succèdent.

La loi HPST du 21 juillet 2009 s'inscrit dans une ambition de réorganiser le système de santé pour lutter contre les déserts médicaux, le cloisonnement entre les soins ambulatoires, les soins hospitaliers et le secteur médico-social, ainsi que les difficultés de coordination des soins. Dans cet objectif, sont notamment créées les ARS. La loi promeut également les coopérations entre établissements notamment par le biais des CHT. Enfin, elle organise le système de santé en trois niveaux de recours :

- Les soins de premiers recours sont assurés par les médecins généralistes en ville et les hôpitaux ;
- Les soins de second recours sont réalisés par les médecins spécialistes et les hôpitaux ;
- Les CHU prodiguent, quant à eux, les soins de troisième recours, portant notamment sur des soins hyperspécialisés.

Cette organisation en trois niveaux de recours implique donc une coordination des acteurs qui les mettent en œuvre (Aissou et al.), de même que le phénomène de territorialisation qui s’amorce avec la loi HPST.

La stratégie nationale de santé de 2012 positionne ensuite le parcours de soins coordonnés au cœur des évolutions prioritaires du système de santé (Minvielle, 2018).

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 inscrit les parcours dans la norme législative. Si elle n’en donne pas une définition précise, elle traduit leur ambition à travers leurs finalités. L’article 1 de cette loi prévoit ainsi : « 5° *L’organisation des parcours de santé. Ces parcours visent, par la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en lien avec les usagers et les collectivités territoriales, à garantir la continuité, l’accessibilité, la qualité, la sécurité et l’efficience de la prise en charge de la population, en tenant compte des spécificités géographiques, démographiques et saisonnières de chaque territoire, afin de concourir à l’équité territoriale ;* »

La loi crée plusieurs dispositifs visant à structurer l’offre de soins et faciliter le parcours du patient :

- Les équipes de soins primaires (ESP) ont vocation à permettre à des professionnels de santé de différentes spécialités de développer des projets médicaux auprès de leurs patients ;
- Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) visent quant à elles à permettre à des professionnels de santé de différentes spécialités de s’organiser pour améliorer leur coordination au service d’un projet médical mené au bénéfice de la population du territoire ;
- Les plate-forme territoriales d’appui (PTA) ont pour objectif d’apporter un appui aux ESP et au CPTS ;
- Les GHT induisent un principe de coopération obligatoire au sein des établissements publics de santé (EPS) : « Le groupement hospitalier de territoire a pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d’assurer une égalité d’accès à des soins sécurisés et de qualité. Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d’activités entre établissements. Dans chaque groupement, les établissements parties élaborent un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l’accès à une offre de

référence et de recours »<sup>5</sup>. Le PMP constitue, à ce titre, l'élément socle et fédérateur de la mise en place des GHT (Dewitte, 2017).

La stratégie de santé *Ma Santé 2022* comporte plusieurs orientations en soutien aux parcours, dont plusieurs seront portées ensuite par la loi OTSS de 2019.

Les CPTS introduites par la loi de santé de 2016 ayant rencontré peu de succès, *Ma Santé 2022* se donne pour objectif de redynamiser le dispositif et d'en faire un véritable instrument d'organisation des soins de ville, notamment en termes d'accès aux soins<sup>6</sup>. Garantir l'accès à un médecin traitant ; apporter une réponse aux soins non programmés ; organiser l'accès aux spécialistes dans des délais appropriés ; sécuriser les passages entre soins de ville et hôpital ; faciliter le maintien au domicile des personnes fragiles, âgées ou polypathologiques, les objectifs portés par ces nouvelles CPTS sont ambitieux.

*Ma Santé 2022* introduit plusieurs mesures en matière d'offre de soins et de parcours<sup>6</sup> :

- Labellisation des hôpitaux de proximité, dont les missions se voient recentrées, notamment vers la ville ;
- Organisation de la gradation des soins autour de trois niveaux : soins de proximité, soins spécialisés, soins de recours et de référence ;
- Promouvoir des parcours de soins sur l'insuffisance cardiaque, l'ostéoporose et les principales maladies chroniques ;
- Les projets territoriaux de soins (PTS) sont également instaurés et tiennent compte notamment des projets des CPTS.

### **1.1.2 La logique de parcours est intégrée par les institutions de santé dans les dispositifs qu'elles pilotent**

Les institutions et organisations de santé ont intégré la logique de parcours dans les dispositifs qu'elles élaborent et mettent en œuvre, incitant de fait les acteurs du système de santé à s'approprier les démarches orientées parcours.

La HAS intègre la logique de parcours dans ses productions, notamment dans ses guides concernant plusieurs pathologies (BPCO, Parkinson, maladie rénale chronique, insuffisance cardiaque, AVC) et dans la certification des établissements de santé (Aissou

---

<sup>5</sup> Article L6132-1 du code de la santé publique issu de l'article 107 de la loi du 26 janvier 2016

<sup>6</sup> *Ma Santé 2022*, un engagement collectif, dossier de presse, 18/09/2018

et al). Depuis la V2014, des critères d'évaluation des parcours ont été introduits<sup>7</sup>, ainsi que la méthode du patient traceur, laquelle consiste en une évaluation a posteriori du parcours du patient tenant compte de la perception de celui-ci<sup>8</sup>. Sur un modèle similaire, la HAS développe également une démarche de parcours traceur<sup>9</sup>.

La CNSA met en œuvre le parcours de vie des personnes en situation de perte d'autonomie ou de handicap<sup>10</sup>, notamment pour les patients victimes de séquelles liées à un AVC ou un AIT<sup>11</sup>.

Déployé depuis 2014, le parcours des aînés (PAERPA), vise à mieux coordonner les acteurs de la prise en charge des personnes de 75 ans et plus, afin de prévenir la perte d'autonomie. Il s'articule autour de 5 actions clés : renforcer le maintien à domicile, améliorer la coordination des intervenants et des interventions, sécuriser la sortie de l'hôpital, éviter les hospitalisations inutiles et prévenir les accidents iatrogéniques dans un contexte de polyopathologies et de polymédication de la personne âgée<sup>12</sup>.

L'Assurance Maladie met en œuvre depuis 2010 le PRADO, un service d'accompagnement au retour à domicile proposé aux patients après une intervention chirurgicale ou un accouchement, ainsi qu'aux personnes âgées de 75 ans et plus, ou aux patients souffrant de certaines maladies chroniques (insuffisance cardiaque, BPCO) ou après un AVC ou un AIT. Le PRADO cherche à anticiper les besoins du patient liés à son retour à domicile après hospitalisation et à fluidifier le parcours hôpital-ville en préservant la qualité de vie et l'autonomie. En 2018 plus de 540 000 patients en ont bénéficié<sup>13</sup>. Le PRADO constitue pour les établissements de santé un dispositif essentiel pour mieux accompagner les sorties après hospitalisations et contribue à fluidifier l'aval et à maîtriser la DMS.

---

<sup>7</sup> Référentiel de certification des établissements de santé pour la qualité des soins, octobre 2020, Haute Autorité de Santé, [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/referentiel\\_certification\\_es\\_qualite\\_soins.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/referentiel_certification_es_qualite_soins.pdf)

<sup>8</sup> Patient traceur, Haute Autorité de Santé [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2807803/fr/patient-traceur](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2807803/fr/patient-traceur)

<sup>9</sup> Parcours traceur, HAS [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/infographies\\_methode\\_parcours\\_traceur\\_certification.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/infographies_methode_parcours_traceur_certification.pdf)

<sup>10</sup> Promouvoir la continuité des parcours de vie : d'une responsabilité collective à un engagement partagé, rapport de la CNSA, 2012

<sup>11</sup> CNSA : <https://www.cnsa.fr/th%C3%A9matiques/parcours-de-vie>

<sup>12</sup> Ministère des Solidarités et de la Santé, <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa>

<sup>13</sup> Assurance Maladie, <https://www.ameli.fr/oise/medecin/exercice-liberal/services-patients/prado>

### **1.1.3 De nouveaux modes de financement plus adaptés aux parcours apparaissent**

La mise en place des parcours est soutenue par le développement de modes de financement plus adaptés à une prise en charge coordonnée. La tarification à l'activité (T2A) instaurée en 2004 dans le cadre du plan « Hôpital 2007 » est structurée sur un paiement tout-compris, parfois accusé de générer une course à l'actes au détriment de la qualité. Le modèle T2A ne valorise pas les coûts de coordination liés aux parcours ou au travail en équipes. Ainsi, le rapport Aubert remis en 2019 propose plusieurs pistes de financements plus adaptés au parcours et à la prise en charge des maladies chroniques :

- le paiement au suivi, sous forme de forfaits adossés à des indicateurs qualité ;
- le paiement à la qualité et à la pertinence, à l'instar de l'IFAQ par exemple ;
- le paiement pour la structuration du service ;
- le paiement à la séquence de soins ou « *bundled payment* » qui rémunère une équipe de soins. La mise en place d'expérimentations dans le cadre de l'article 51 de la LFSS pour 2018 a vocation à tester ce mode de financement.

Ainsi le mode de financement des établissements de santé tend à évoluer progressivement vers un financement combiné, au sein duquel la T2A compterait pour environ 50% des recettes aux côtés d'autres modalités permettant de rémunérer les prises en charge qui s'accommodent mal d'un paiement à l'acte. Depuis 2019, deux paiements au forfait ont été mis en place pour le suivi des maladies chroniques : l'un pour le diabète et l'autre pour l'insuffisance rénale chronique. Ces nouveaux modes de financements ont un effet incitatif à la structuration de parcours.

## **1.2 La logique de parcours cherche à répondre aux enjeux de transformation du système de santé en s'inspirant notamment du *chronic care model* et de l'*integrated care model***

### **1.2.1 Les parcours visent à répondre aux défis complexes auxquels est confronté le système de santé, mus notamment par la transition épidémiologique**

La notion de parcours apparaît dans les politiques de santé à la faveur du développement des maladies chroniques et du phénomène de vieillissement de la population. Il s'agit notamment de répondre aux enjeux de maîtrise des dépenses de santé.

a) *Les parcours comme réponse aux enjeux de la transition épidémiologique*

Comme de nombreux pays développés, la France est confrontée à un phénomène de transition épidémiologique se caractérisant par une augmentation des maladies chroniques avec lesquelles on peut vivre longtemps grâce au progrès médical (HCAAM).

En 2014, environ 10 millions de personnes en France étaient admises en ALD (soit 1 Français sur 6) avec un taux de croissance important du nombre de personnes bénéficiaires du régime ALD : +4,9% par an entre 2005 et 2012, puis +2,7% par an entre 2012 et 2014)<sup>14</sup>.

Les maladies chroniques représentent 60% de la mortalité chaque année dans le monde et constituent à ce titre la première cause de mortalité sur la planète (Grover et al., 2015).

La transition épidémiologique se traduit également par une hausse de l'espérance de vie. Si celle-ci était de 69,2 ans pour les femmes et de 63,4 ans pour les hommes en 1950, elle s'établit respectivement à 85,7 ans et 79,8 ans en 2020<sup>15</sup>. Le vieillissement de la population génère des problématiques de perte d'autonomie, de dépendance et de polyopathologies, nécessitant un besoin accru de coordination des acteurs.

Pour Féry-Lemonnier et al. « le développement des maladies chroniques structure les parcours autour de deux dynamiques, l'une temporelle du fait de la succession des intervenants, l'autre spatiale en articulant le parcours autour du patient et de son lieu de vie et non plus seulement autour du lieu de soins. Le vieillissement de la population et l'augmentation du nombre de patients polyopathologiques, tout en participant aussi de l'augmentation du nombre d'acteurs prenant en charge un même patient, nécessite à la fois une transformation de nos organisations historiquement axées sur la monopathologie et le secteur hospitalier et s'accompagne également de forts enjeux en termes de coordination des acteurs de la prise en charge globale du patient ».

b) *Contribuer à la maîtrise des dépenses de santé*

Le développement des maladies chroniques, le vieillissement de la population et le progrès médical conduisent à une augmentation des dépenses de santé. Entre 1950 et 2015, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) a été multipliée par 3,5 passant de 2,5% à 8,9% du PIB.<sup>16 17</sup> En 2019, la CSBM augmente de 2,1% pour s'élever à 208Md€ soit 11,3% du PIB. La Sécurité sociale finance 78,2% de la CSBM.<sup>18</sup> Les ALD représentent à elles seules 61,6% des dépenses d'Assurance maladie<sup>19</sup>. L'enjeu de maîtrise des

---

<sup>14</sup> Les bénéficiaires du dispositif des affections de longue durée en 2014 et les évolutions depuis 2005, Points de repère, numéro 46, juin 2016, Assurance Maladie

<sup>15</sup> Source INSEE : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277640?sommaire=4318291#tableau-figure2>

<sup>16</sup> Les dépenses de santé depuis 1950, Études et recherches, DREES, juillet 2017, n°2017

<sup>17</sup> L'avenir de l'assurance maladie, assurer l'efficacité des dépenses, responsabiliser les acteurs, rapport de la Cour des comptes, 2017

<sup>18</sup> Les dépenses de santé en 2019, Résultats des comptes de la santé, édition 2020, Panorama de la DREES, DREES

dépenses de santé est donc considérable. L'un des leviers de régulation des dépenses de santé s'inscrit dans la mise en place de parcours. Dans un avis de 2012, le HCAAM estime que l'avenir de l'Assurance maladie ne se « résume pas qu'à la question des recettes supplémentaires, mais renvoie fondamentalement à la recherche d'un fonctionnement optimal du système de soins » et envisage dans ce cadre un enjeu autour de la médecine de parcours.

*c) Répondre aux difficultés d'accès aux soins*

Une part importante de la population française rencontre des difficultés d'accès aux soins, dues notamment à des problématiques d'accessibilité financière ou géographique. 26,3% de la population française auraient renoncé à des soins pour des raisons financières en 2014<sup>19</sup> et on estime que 8% de la population française, soit un peu plus de 5 millions de personnes vivent dans une zone sous-dense en termes d'offres de soins (en 2017)<sup>20</sup>. Les origines de ces difficultés d'accès aux soins sont complexes et tiennent là aussi à plusieurs facteurs. Les solutions mises en place pour faciliter l'accès aux soins et rapprocher l'offre, nécessitent également de penser les parcours et la coordination des acteurs.

*d) Un levier d'adaptation du système de santé, de qualité et de pertinence*

Les évolutions exposées ci-dessus mettent en évidence une problématique globale d'organisation du système de santé en France, patente notamment au plan du cloisonnement qui existe entre les soins hospitaliers et de ville ou ambulatoires d'une part, et entre l'hôpital, le médico-social et le social d'autre part. Dépasser ces cloisonnements ne se décrète pas et doit s'accompagner à la fois de dispositifs de coordination à l'instar des CPTS et des DAC par exemples. Ceux-ci doivent ensuite être mis en œuvre de manière opérationnelle sur le terrain, notamment en définissant des parcours.

Le progrès médical et son corolaire, l'hyperspécialisation des soins, constituent également l'une des raisons ayant induit l'apparition de logiques de parcours. Si tous deux concourent à l'amélioration des prises en charge et à de meilleurs pronostics pour le patient grâce au développement de très fortes expertises, ils tendent aussi à rendre plus complexe la chaîne des soins et favoriser des fonctionnements en silo, qui là encore, rendent indispensables des dynamiques de coordination, au risque sinon de ruptures dans le parcours de soins.

---

<sup>19</sup> DREES – IRDES, ESPS-EHIS 2014 in Reste à Charge et Santé, Quelles conséquences ? Quelles prises en charge ? Aude Lapinte, ADSP n°102, mars 2018

<sup>20</sup> Déserts médicaux, comment les définir, comment les mesurer ?, Les dossiers de la DREES, n°17, mai 2017

Selon Minvielle, l'accélération des prises en charges induit par la T2A, conjuguée au phénomène de spécialisation accrue, exige une meilleure structuration des organisations et s'accompagne d'un enjeu fort en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Les défauts d'organisation expliquent en effet une grande majorité des événements indésirables graves observés et on estime que 20 à 35% des dépenses de santé sont liées à des gaspillages, dont 40%<sup>21</sup> surviennent dans l'organisation des soins.

Enfin, les parcours ont aussi vocation à répondre aux objectifs de pertinence des soins. Selon la HAS, la pertinence est définie comme « la bonne intervention de santé, au bon moment, au bon endroit, pour le bon patient » : « un soin est qualifié de pertinent lorsqu'il est nécessaire, en phase avec les besoins du patient, et approprié dans son indication. La pertinence des soins permet d'éviter les traitements inadéquats avec des risques potentiels pour les patients et des dépenses inutiles pour la collectivité. C'est une notion évolutive : un soin pertinent hier peut ne plus l'être aujourd'hui en raison de l'évolution des techniques ou des connaissances. ». 25 à 30% des actes ou examens ne seraient pas pertinents.<sup>22</sup>

Sur l'enjeu des parcours en termes de structuration des organisations de soins et du système de santé, une réflexion intéressante peut être trouvée dans l'ouvrage de Minvielle, qui cite le paradoxe souligné par Elie Cohen « d'une structure administrative "en haut", qui cherche à cadrer, et d'une liberté historique "en bas" : *« Contrairement à une idée répandue, le système de soins ne souffre pas d'irresponsabilité des acteurs, mais il manifeste plutôt une rationalité des acteurs qui se comportent avec les règles du jeu proposées par le système. A savoir, une économie administrée au sommet qui planifie, structure et décide, et une liberté à la base avec des rationalités, notamment professionnelles, qui se manifestent (liberté de prescription et d'installation), centrées sur la clinique, et un patient aussi libre de son parcours (liberté du choix de consulter). En combinant un système planifié centralisé et une liberté à la base, il est inévitable d'observer une série de tensions et de dysfonctionnements »*<sup>23</sup>.

### **1.2.2 Les parcours s'inscrivent dans le cadre conceptuel du *chronic care model* et de l'*integrated care model*, afin d'améliorer la coordination des acteurs**

En matière de transformation du système de santé pour faire face au développement des pathologies chroniques, le *Chronic Care Model (CCM)*, développé en Amérique du Nord

---

<sup>21</sup> Don Berwick et Andrew Hackbarth in Minvielle

<sup>22</sup> [https://www.has-sante.fr/jcms/pprd\\_2974225/fr/pertinence-des-soins-les-professionnels-en-action](https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974225/fr/pertinence-des-soins-les-professionnels-en-action) consulté le 2 juin 2021

<sup>23</sup> E. Cohen, « L'Économie de la santé », Officiel Santé, décembre-janvier 2009, p.18-22 in Minvielle

est souvent cité. La notion de parcours s'inscrit dans une certaine mesure dans ce modèle. Celui-ci vise à développer des équipes de soins proactives et organisées qui interagissent avec des patients « informés et actifs » en intégrant trois sphères : la communauté, le système de santé et la prestation de service. Le modèle se décline en six domaines d'action : l'organisation de l'offre et la prestation de service, le soutien à l'autogestion des personnes, le soutien à la décision clinique, le développement des systèmes d'information clinique, l'utilisation des ressources communautaires, l'organisation du système de santé (Levesque et al., 2009). Le CCM vise à adapter le système de santé, construit historiquement sur la prise en charge des épisodes de soins aigus, pour faire face à la chronicisation des pathologies en répondant aux besoins des patients souffrant de ce type d'affections. Le CCM peut s'appliquer à de nombreuses pathologies et offre aux médecins une feuille de route en termes de pratiques et d'organisation pour répondre à des besoins complexes (Grover A. et al.). Pour autant le CCM n'a pas vocation à apporter des réponses simples, mais doit s'entendre plutôt comme une solution multi-dimensionnelle à des enjeux complexes, selon le IHI (Institute for Healthcare Improvement)<sup>24</sup>.

La notion de parcours, telle qu'elle est conçue et mise en œuvre en France, s'inscrit également dans le modèle de *l'integrated care* ou modèle de soins intégrés. Bien qu'il n'existe pas de définition unique pour ce modèle de soins, on l'oppose souvent au modèle d'offre de soins fragmentée conçue pour prendre en charge des épisodes de soins. Le modèle de soins intégrés renvoie aux soins coordonnés. L'OMS relève trois principales définitions issues de la littérature<sup>25</sup> :

- Un modèle axé sur les processus visant à améliorer le système de santé et son organisation, en rapprochant le « cure » et le « care » et en recherchant la satisfaction du patient ;
- Un modèle de système de santé centré sur le patient, l'utilisateur et son expérience ;
- Un modèle d'amélioration du système de santé basé sur l'alignement et l'intégration des différentes composantes de ce dernier, couplé à des politiques de conduite du changement.

L'un des exemples de modèle de soins intégrés souvent cité est celui mis en œuvre par Kaiser Permanente aux États-Unis (OMS) (Pines et al., 2015). On peut également citer le *Collaborative Health Care Model*, reposant sur une logique de réseaux entre professionnels

---

<sup>24</sup> Curing the system, Stories of Change in Chronic Illness Care, The National Coalition on Health Care and the Institute for Healthcare Improvement

<sup>25</sup> Integrated Care Models : an Overview, World Health Organization (Regional Office for Europe), October 2016

et institutions de santé, déployé notamment par la Mayo Clinic (Wald et al., 2017) et qui conjugue les principes de CCM et du modèle de soins intégrés.

Dans la mesure où les parcours s'inscrivent dans une logique patient-centrée et poursuivent des objectifs d'amélioration des prises en charge, de la qualité, de la sécurité, de la pertinence, ainsi que d'amélioration des conditions d'accueil du patient, ceux-ci peuvent s'inscrire dans le modèle de la valeur en santé décrit par Porter (2010).

Enfin, en alliant les différentes composantes de la santé, les parcours permettent de traduire de manière opérationnelle sur le terrain la définition de la santé proposée par l'OMS en 1946 : « La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »<sup>26</sup>.

### **1.3 Les parcours trouvent également une déclinaison régionale, portée par les ARS**

#### **1.3.1 Le projet régional de santé (PRS), un vecteur pour inciter au déploiement des parcours**

L'un des moteurs de la création des ARS était l'ambition de décloisonner les différents secteurs composant l'offre de soins dans les régions. Les ARS ont notamment pour responsabilité de décliner au plan régional la stratégie nationale de santé. A ce titre, elles conçoivent un projet régional de santé (PRS). Le PRS, instauré par la loi HPST en intégrant les anciens SROS et SROMS, constitue un outil de planification et de régulation visant à rechercher une meilleure coordination des acteurs du système de santé.

Au travers du PRS, des besoins qu'elles identifient par le biais des dispositifs de démocratie sanitaire qu'elles animent, des initiatives qu'elles contribuent à accompagner sur le terrain, au plan financier notamment grâce au FIR, les ARS concourent largement au déploiement

---

<sup>26</sup> Préambule à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence Internationale sur la Santé, New York, 19 juin – 22 juillet 1946, signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États (Actes officiels de l'Organisation Mondiale de la Santé, n°2, p.100) entré en vigueur le 7 avril 1948

des parcours. Elles mettent notamment en œuvre le PRAPS qui vise à faciliter l'accès aux soins et les parcours de santé des personnes démunies ou en situation de vulnérabilité<sup>27</sup>. Le PRS constitue le socle à partir duquel seront déclinés les objectifs des acteurs de santé figurant dans les outils de contractualisation pilotés par les ARS. Ainsi, à travers les CPOM, et les orientations que leur fixent les ARS, les établissements de santé doivent s'engager les parcours.

### 1.3.2 Le PRS des Hauts-de-France inscrit plusieurs objectifs en lien avec les parcours

Le PRS des Hauts-de-France pour 2018-2028 identifie plusieurs objectifs en lien avec les parcours. Ces données relevées dans le PRS n'ont pas la prétention d'être exhaustives, mais sont reprises dans le tableau ci-dessous au regard de leur intérêt au regard de l'offre de parcours envisagée par le GHPSO.

Thématique	Objectifs/cibles inscrit au PRS de la région Hauts-de-France
Personne âgée	Prévention, repérage de la perte d'autonomie, ajustement de l'offre (filières gériatriques), articulation des dispositifs et acteurs, culture gériatrique commune
Maladies cardio-vasculaires	Optimiser les parcours patients, organiser la filière d'urgence, fluidifier la sortie et l'organisation de l'aval ⇒ <i>Contexte : mortalité +40% en Hauts-de-France par rapport à la moyenne nationale</i>
Services d'urgences, imagerie, soins critiques et palliatifs	Garantir l'accès à ces soins dans un contexte de tension sur les effectifs médicaux en repensant la prise en charge dans une filière ou un parcours, optimiser les durées de séjours et les flux, développer les coopérations
Diabète, obésité et suppléance rénale	Organisation de filières territoriales et de parcours (bariatrique notamment), structuration du parcours d'aval ⇒ <i>Contexte : forte prévalence du diabète et de l'obésité dans la région</i>
Cancers	Réduction des ISTS, structuration du parcours de soins, accès à l'innovation thérapeutique, amélioration de la qualité de vie
Femme, mère, enfant	Améliorer la coordination et la transmission des informations entre acteurs : établissements de santé, médecins traitants, PMI
Alternatives à l'hospitalisation complète	Poursuivre le développement de la chirurgie ambulatoire, mieux intégrer l'HAD
Numérique	Mettre en œuvre la révolution numérique
Performance des établissements	Structuration d'une offre et intégration de l'ETP identifiées comme levier de performance pour les établissements

Tableau 1 : objectifs du PRS 2018-2028 de la région Hauts-de-France en lien avec les parcours

<sup>27</sup> Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies des Hauts-de-France, 2018-2023 <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/system/files/2018-07/MeP%20PRAPS-PRS%202018-2023%20%28DYNAMIQUE%29-BAT%20.pdf>

## **2 Le GHPSO s'est fixé une priorité stratégique autour des parcours pour répondre aux difficultés auxquelles il est confronté**

### **2.1 Les parcours sont envisagés au GHPSO comme une réponse à des difficultés structurelles et organisationnelles**

#### **2.1.1 Un établissement présentant des atouts indéniables, mais en difficulté**

Issu de la fusion des anciens hôpitaux de Creil et de Senlis, le Groupe Hospitalier Public du Sud de l'Oise (GHPSO) est un établissement MCO de proximité et de recours de 741 lits et places, support du GHT Oise-Sud. Bien que situé dans le département de l'Oise et la région Hauts-de-France, le territoire du GHPSO est limitrophe de l'Île-de-France et plus proche de Paris et de l'APHP que du CHU d'Amiens auquel est adossé le GHT. S'inscrivant à la fois dans le prolongement de la banlieue parisienne et dans une région rurale, le territoire du GHPSO est contrasté, mêlant des populations précaires dans sa partie rurale et dans l'agglomération creilloise et des populations plus favorisées dans l'agglomération de Chantilly et de Senlis. L'établissement propose une offre de soins complète, s'appuyant sur un ensemble complet de spécialités, comprenant des services d'urgence et de soins critiques (incluant une réanimation), un plateau-technique performant et une maternité de niveau 3 (la seule de la région ex-Picardie avec celle du CHU d'Amiens).

Deuxième établissement de l'ex-région Picardie après le CHU, notamment en termes de capacitaire, le GHPSO est cependant confronté à des difficultés. Bien que mettant en œuvre une offre de soins indispensable sur son territoire, les recettes générées par l'activité ne parviennent pas à couvrir les charges et la situation financière s'est dégradée ces dernières années. L'établissement reste le premier de l'Oise en termes de parts de marchés sur les séjours uniquement (en deuxième position après le CH de Beauvais en termes de part de marchés si on inclut les séances), mais peine à maintenir cette position notamment en chirurgie, compte-tenu d'une forte concurrence sur le territoire, marquée par l'importance de l'offre de soins privée dans certaines spécialités (Clinique des Jockeys à Chantilly notamment) et la proximité des grands hôpitaux parisiens et des établissements nord franciliens. La présence d'une offre publique à Clermont-de-l'Oise, Beauvais et Compiègne peut générer de la fuite de patientèle, notamment dans certaines villes du territoire située à quasi équidistance avec ces hôpitaux et les sites du GHPSO. L'érosion des parts de

marché est toutefois un phénomène que ne concerne pas que le GHPSO et s'observe également dans d'autres établissements alentours.<sup>28</sup>

### **2.1.2 Des parcours pour répondre aux difficultés rencontrées par l'établissement**

Dans un territoire présentant une tension importante sur la démographie médicale, notamment en secteur 1, le lien ville-hôpital est fragile voire déficient, d'autant plus qu'aucune CPTS n'a été encore instaurée dans le sud de l'Oise. Comme beaucoup d'établissements périphériques, le GHPSO est confronté à des difficultés de recrutement médical et doit faire appel à de nombreux praticiens PADHUE, qui n'ont pas de réseau professionnel local d'adressage de patients. Le recrutement de la patientèle du GHPSO s'effectue à plus de 50% par les urgences. Globalement les DMS observées sont plutôt satisfaisantes, malgré quelques atypies, souvent en raison des difficultés à faire sortir les patients du fait de problématiques sociales. Le taux d'occupation des lits est également satisfaisant et les professionnels de l'hôpital se plaignent d'un manque de lits de spécialité et d'aval. La création de nouveaux lits apparaît complexe du fait d'une pénurie de personnels. La question de l'aval, de sa fluidification et du recours aux alternatives à l'hospitalisation conventionnelle (HAD) ou de l'accompagnement au retour au domicile (PRADO) est donc centrale. La crise liée à la COVID-19 a redynamisé le lien avec les structures partenaires sur le territoire et permet donc d'envisager cet objectif de fluidification de l'aval avec davantage de sérénité pour l'avenir.

Le GHPSO a déjà engagé des démarches autour des parcours, notamment au regard de la chirurgie ambulatoire ou dans certaines spécialités telles que l'hémodialyse ou la prise en charge du cancer. Lors de la mise en place du GHT, des filières de prises en charge ont été élaborées dans le cadre du PMSP. La réflexion n'est donc pas nouvelle. Toutefois, alors que l'établissement travaille sur l'élaboration de son projet médical et poursuit une réflexion sur un projet stratégique pour les 5 années à venir, la question des parcours constitue un axe de développement que le GHPSO souhaite investir. Il s'agit de structurer des démarches de parcours ou de renforcer celles qui existent déjà. Une étude conduite par un cabinet de consultants a permis de mettre en évidence un enjeu d'amélioration des parcours dans plusieurs spécialités. Dans la plupart des cas, cette idée a été suscitée par les équipes elles-mêmes.

---

<sup>28</sup> Analyse territoriale menée par le DIM du GHPSO

Objectifs visés par la démarche parcours au GHPSO	
<b>Recrutement patientèle</b>	Structurer un point de recrutement de la patientèle à partir des urgences, notamment à partir de circuits différenciés selon le motif de recours Mieux programmer l'activité
<b>Qualité</b>	Améliorer la qualité des prises en charge, notamment pour les patients souffrant de maladies chroniques Améliorer les conditions d'accueil des patients et l'hôtellerie.
<b>Développer/ adapter l'offre</b>	Formaliser une offre structurée autour des parcours pour les patients chroniques et développer des fonctions d'orientation et de coordination Continuer à développer une offre de soins adaptée aux spécificités de la personne âgée, notamment en s'appuyant sur la télémedecine et des circuits d'admission directe Développer l'offre de soins, de prévention et d'ETP en lien avec les orientations du PRS Améliorer la réponse aux besoins de santé identifiés sur le territoire S'adapter à l'évolution des modes de financement
<b>Dynamiser le lien ville hôpital</b>	Dynamiser l'adressage des patients, rééquilibrer l'activité vers des soins davantage programmés et diminuer le recours aux urgences évitables

Tableau 2 : objectifs de la stratégie orientée parcours du GHPSO

L'analyse SWOT ci-après offre une vision synthétique des forces, faiblesses, opportunités et menaces eut-égard à la construction d'une démarche parcours, relevés dans le cadre de l'étude terrain. Certains éléments sont notamment développés plus loin dans ce mémoire.

<b>FORCES</b>	<b>FAIBLESSES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambition forte de la direction et des professionnels</li> <li>• Une direction dédiée intégrant l'ensemble des moyens nécessaires au déploiement des parcours</li> <li>• Un coordinateur en charge des parcours</li> <li>• Moyens mobilisés</li> <li>• Des besoins en effectifs de coordination identifiés, notamment sur les IPA</li> <li>• Volonté d'intégrer l'éducation thérapeutique du patient et la prévention</li> <li>• Volonté d'intégrer la télémedecine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans quelle mesure les objectifs sont-ils partagés ?</li> <li>• Des notions/définitions à clarifier</li> <li>• Une compréhension hétérogène de la notion de parcours</li> <li>• Pas de méthodologie partagée</li> <li>• Réflexion « outils » plutôt que démarche</li> <li>• Une réflexion non partagée avec l'ensemble des acteurs (patients, médico-social, social, ville)</li> <li>• Des périmètres à clarifier notamment entre les parcours et les flux, mais également entre les différentes fonctions de coordination</li> <li>• Contraintes architecturales, bâti vieillissant</li> </ul>
<b>OPPORTUNITÉS</b>	<b>MENACES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutien de l'ARS</li> <li>• Projet médical + projet stratégique en cours</li> <li>• Virage numérique en cours</li> <li>• Schéma directeur immobilier</li> <li>• Crise COVID-19 (dynamisation de l'aval)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lien ville-hôpital insuffisamment investi</li> <li>• Absence de CPTS</li> <li>• Tension sur la démographie des professionnels</li> </ul>

Tableau 3 : analyse SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats) portant sur la démarche parcours initiée au GHPSO

## **2.2 Le projet médical : une opportunité pour fixer des priorités de développement de parcours dans plusieurs spécialités**

La réflexion autour du projet médical a permis de mettre en évidence plusieurs pistes ou idées de parcours, parfois à partir de parcours déjà existants, qui pourraient se voir étendus. Ces idées de parcours ont émergé dans les contributions proposées par les services. Elles ont pu être interrogées et complétées dans le cadre des entretiens sollicités dans le cadre de la mission de stage de direction portant sur l'élaboration du projet médical, dont l'un des axes consistait également à identifier les moyens nécessaires à la mise en œuvre des orientations et parcours envisagés : acquisition de matériels ou outils numériques, recrutements, coopérations à développer avec des partenaires etc...

### **2.2.1 Les urgences et l'hôpital de jour : des points nodaux pour le développement des parcours**

La démarche engagée aux GHPSO identifie deux points nodaux, à partir desquels convergent et partent plusieurs parcours : les urgences et l'hôpital de jour.

#### *a) Améliorer les flux aux urgences et mieux programmer l'activité*

Les urgences du GHPSO ont enregistré sur les deux sites confondus de Creil et de Senlis 57135 passages en 2019.<sup>29</sup> En fonction des spécialités, entre 50% et 70% du recrutement de patients de l'établissement s'effectue par les urgences. Les urgences constituent donc une focale dans la construction des parcours au GHPSO. Il s'agit

- de rééquilibrer le recrutement des patients en développant le recours à des soins programmés ;
- d'améliorer les flux pour diminuer les temps d'attente, améliorer la qualité de la prise en charge et plus globalement, désengorger les deux SAU, en particulier celui de Creil.

Dans cet objectif, il est envisagé de travailler sur les axes suivants :

- Des parcours d'admission directe pour les patients relevant de certaines pathologies, notamment les personnes âgées (voir parcours gériatriques ci-après) ;
- Développer le circuit court permettant de fluidifier la prise en charge aux urgences pour les prises en charge "légères", notamment dans un bassin de population

---

<sup>29</sup> Données SAE

précaire et/ou rencontrant des problèmes d'accès aux soins en ville pouvant conduire à des recours non pertinents aux urgences ;

- Optimiser les circuits patients au sein et à partir des urgences pour améliorer et fluidifier la prise en charge et les admissions vers les services de soins ;
- Améliorer le lien ville-hôpital, notamment avec les structures médico-sociales pour diminuer les admissions non programmées et éviter le recours aux urgences ou à l'hospitalisation chez les personnes âgées par exemple ;
- Renforcer les compétences et structurer les demandes d'avis en interne à l'établissement.

*b) L'hôpital de jour de médecine, comme interface entre la ville et l'hôpital*

L'hôpital de jour constitue une alternative à l'hospitalisation conventionnelle ou complète, en proposant une prise en charge globale, en une seule unité de lieu et de temps, permettant à un patient de réaliser un ou plusieurs examens et consultations sur une journée d'hospitalisation réalisée en ambulatoire. Il s'agit d'éviter au patient de multiples venues à l'hôpital. L'enjeu consiste donc à organiser, coordonner et synchroniser plusieurs spécialités, professionnels et services sur une seule journée pour définir des parcours types qui pourront s'appliquer à des patients présentant des pathologies similaires. Cette approche revient à mettre en œuvre le principe du GERS (voir p. 33) mis en évidence par Minvielle. Par ailleurs l'hôpital de jour est également ouvert sur la ville, puisqu'il s'agit de faciliter aux médecins de ville l'adressage des patients et la communication des comptes-rendus et résultats d'examen. La construction de ces parcours exige donc des compétences en organisation et en coordination importantes, qui doivent être mobilisées par les équipes. Pour identifier les parcours qui pourraient passer par l'hôpital de jour, un travail a été réalisé à partir de la typologie des patients qui y sont pris en charge et des spécialités qui y interviennent, mais aussi des modes d'admission (programmé/non programmé). Ces parcours ne se limitent bien entendu pas à l'hôpital de jour, mais permettent de mettre en évidence la place de cette unité dans la prise en charge, à quel moment celle-ci intervient et la nature des soins, actes, consultations ou examens qui seront mis en œuvre. Le coordinateur des parcours a ensuite travaillé avec les équipes sur l'élaboration de chemins cliniques. Pour lui, ce travail constitue un préalable à la construction des parcours et à leur projection au-delà de l'hôpital de jour, en partant de la prise en charge médicale. On pourra toutefois objecter que cette approche tend à inscrire le parcours dans un prisme médical, sans tenir compte de ses autres composantes (mais il est vrai qu'en hôpital de jour la prise en charge est essentiellement médicale). C'est sans doute ce qui conduit Aissou et al. à préconiser de définir le parcours pour en déduire ensuite le chemin clinique.

## **2.2.2 Les parcours gériatriques et bariatriques, deux exemples de parcours populationnels visant à répondre à des besoins de santé prégnants sur le territoire**

### *a) Les parcours gériatriques : un exemple à suivre pour les autres parcours à construire au GHPSO*

Les parcours gériatriques mis en place au GHPSO apparaissent comme les plus avancées. Dans la mesure où ils croisent à la fois des enjeux populationnels, de prise en charge de comorbidités liées aux sujets âgés, de lien avec la ville et les structures de maintien sur le lieu de vie, mais aussi de prise en charge en urgence, ces parcours fournissent un exemple emblématique de comment l'hôpital peut s'approprier et décliner une démarche parcours et la reproduire pour la conception d'autres parcours.

Les parcours gériatriques ont pour objectif d'apporter une réponse aux problématiques liées à la prise en charge des personnes âgées, au premier rang desquelles figure la prévalence des comorbidités associées au vieillissement et les difficultés d'accès à des soins urgents adaptés. Le GHPSO comptabilise, en 2019, 6173 passages aux urgences de patients âgés de plus de 80 ans, soit environ 10,8%. Les personnes âgées appellent une vigilance particulière lorsqu'il s'agit de prise en charge aux urgences : le caractère urgent et non programmé de l'hospitalisation, ainsi que les délais et les conditions d'accueil sont de nature à désorienter la personne âgée et à déclencher des décompensations. En France, on estime qu'environ 20% des patients âgés sont adressés aux urgences par un médecin libéral. Les services d'urgences sont prévenus de l'arrivée des patients âgés dans 10% des cas pour un accès au plateau technique. La traumatologie constitue le premier motif de recours (25%) suivi par les motifs cardio-vasculaires (17%), puis par les motifs généraux et divers (fièvre, détérioration de l'état général, fatigue) (12%). De plus, les personnes âgées sont davantage inscrites dans le système de soins que les autres patients et ont entrepris davantage de démarches concernant leur état de santé au cours de 24 heures précédant le recours aux urgences (58% versus 35%) ; quatre fois sur cinq ces démarches ont été réalisées auprès de médecins, en consultation ou par téléphone (DREES).<sup>30</sup> Ces éléments tendent à démontrer que le recours aux urgences par les personnes âgées pourrait être diminué au profit d'une orientation plus adaptée des soins de ville vers l'hôpital et donc par la mise en place de parcours dédiés.

Le GHPSO a répondu à un appel à projet concernant le soutien à la labellisation de filières gériatriques de territoire et obtenu la labellisation en 2020. Le document de cadrage de l'ARS observait un besoin grandissant des personnes âgées en matière d'accès à des soins

---

<sup>30</sup> « Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier », Études et Résultats, Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, n°1007, mars 2017

adaptés en pluridisciplinarité, des durées de séjours inadéquates, des passages aux urgences trop nombreux, un mésusage des médicaments et des ré-hospitalisations évitables, résultant d'organisations ou de coopérations insatisfaisantes ; ces éléments constituant autant d'axes de travail pour les filières gériatriques. Portées par des établissements de santé, les filières gériatriques doivent permettre de diffuser une culture gériatrique et d'avoir accès à des expertises. La filière gériatrique du GHT Oise-Sud portée par le GHPSO a identifié quatre trajectoires :

- Orthogériatrie : il s'agit d'améliorer la coordination du parcours de soins de la personne âgées dans le cadre d'une hospitalisation non programmée à la suite d'une fracture, en s'appuyant sur l'ensemble des acteurs de la prise en charge : urgentistes, gériatres, anesthésistes, orthopédistes, chirurgiens, SSR, médecine de ville, EHPAD, structures de retour à domicile. L'évaluation gériatrique permet de repérer en amont, dès les urgences, les facteurs de fragilité de la personne et d'adapter la prise en charge. La finalité du parcours vise à améliorer le pronostic et le maintien fonctionnel dans le lieu de vie ;
- Psychogériatrie, en s'appuyant sur une coopération avec le CHI de Clermont de l'Oise pour développer une offre de soins dans ce domaine ;
- Oncogériatrie, pour faciliter le parcours, le suivi et l'accès aux soins des personnes âgées relevant d'une prise en charge en oncologie ;
- Prise en charge en urgence, avec pour ambition de développer des admissions directes ou des évaluations gériatriques facilitant l'orientation.

Le GHPSO a mis à la disposition des professionnels en ville un numéro d'appel unique pour faciliter l'orientation des personnes âgées et leur admission directe. Dans le cadre du projet médical, le GHPSO envisage la création d'une cellule téléphonique d'appui aux EHPAD et le déploiement d'une équipe mobile extra-hospitalière intervenant à domicile.

Au-delà de ces trajectoires prioritaires, un axe du projet médical concernant la personne âgée, porte sur les pathologies neurodégénératives et notamment sur l'absence de lieu identifié pour l'accueil des patients porteurs de ces pathologies. Après l'ouverture d'un PASA à l'EHPAD de Nanteuil-le-Haudouin, membre du GHT et du Pôle inter-établissements (PIE) de gérontologie, l'ouverture d'une UHR (Unité d'Hébergement Renforcée) est envisagée au Centre Hospitalier Georges Decroze à Pont-Sainte-Maxence, également membre du GHT et du PIE.

Le développement de dispositifs s'articulant autour de la télémédecine est également envisagé, notamment pour faciliter les consultations médicales de résidents en EHPAD et leur éviter les désagréments d'une venue à l'hôpital.

La structuration et l'amélioration des parcours de prise en charge des personnes âgées apparaît comme une nécessité dans un GHT dont deux des trois établissements membres sont des structures à orientation gériatrique, d'où le fait que c'est en gériatrie que la démarche parcours semble la plus avancée. La réflexion sur les parcours s'appuie sur un pôle inter-établissement, donc un espace commun de décision et d'organisation, qui permet de partager sur des projets et orientations communs et de mieux coordonner les actions en les envisageant non pas au plan d'un établissement mais du GHT. L'une des principales difficultés à surmonter sur les parcours gériatriques est celle du recrutement médical, en raison notamment de la pénurie de gériatre.

*b) Le parcours bariatrique, pour répondre à une forte prévalence de l'obésité et du surpoids sur le territoire*

Le parcours bariatrique cherche à répondre à une prévalence importante du surpoids, de l'obésité et des pathologies associées dans les Hauts de France<sup>31</sup> et à proposer une prise en charge globale adaptée, s'appuyant sur la chirurgie pour les cas les plus sévères, mais aussi sur la prévention et l'ETP. Le GHPSO a déjà mis en place un parcours de soins en chirurgie bariatrique, assuré par une équipe pluridisciplinaire composée de chirurgiens, endocrinologues, IDE, cadres de santé, diététiciens et psychologues. Les dossiers sont étudiés dans le cadre de staffs et de RCP. Les patients sont préparés dans le cadre d'un parcours qui s'étend sur 6 mois, voire 12 mois pour les patients intégrés à un programme d'ETP. Des ateliers diététiques et des groupes de parole sont régulièrement organisés par l'équipe. La prise en charge est réalisée en lien avec d'autres unités du GHPSO, notamment le centre du sommeil et le service de cardiologie, dans la mesure où les patients en situation d'obésité souffrent souvent de troubles liés à l'apnée du sommeil ou sont davantage susceptibles de présenter un haut risque cardiovasculaire. Dans le cadre de son projet médical, le GHPSO pourrait s'orienter vers la création d'un centre spécialisé de l'obésité (CSO), permettant d'assurer une prise en charge globale de 3<sup>ème</sup> recours des obésités sévères (IMC > 35) ou massives (IMC ≥ 40) souvent associées à d'autres comorbidités. Ce CSO a vocation à organiser et animer la filière de soins, en développant la prévention, la formation et de nouvelles coopérations.

Un parcours de prise en charge de l'obésité chez l'enfant et chez la femme enceinte, dans le cadre notamment de la maternité de niveau 3, est également en projet. Un dispositif de télé-médecine est envisagé pour faciliter le suivi régulier des patients.

---

<sup>31</sup> 20% de la population des Hauts de France présenterait une obésité et la même proportion serait en surpoids selon le PRS de la région

Pour faciliter la prise en charge des patients en situation d'obésité, le GHPSO a répondu à un appel à projet portant sur la réduction des inégalités de santé. Ce projet rédigé et présenté à l'ARS dans le cadre d'une mission du stage de direction a permis d'obtenir le financement d'équipements bariatriques concourant à l'amélioration du parcours de soins des personnes présentant une obésité.

#### **D'autres exemples de parcours populationnels**

- **le parcours de la femme et de la femme enceinte** : qui passe notamment par des labellisations de type IHAB et NIDCAP pour la maternité, mais aussi par un projet de création d'une structure dédiée aux femmes, sur le modèle de la Maison de la femme à Saint-Denis, compte-tenu de déterminants socio-économiques et d'une forte précarité sur une partie du territoire ;

- **le parcours des personnes détenues**, qui s'appuie notamment sur des solutions de télémédecine et des consultations spécialisées à l'unité sanitaire du centre pénitentiaire pour éviter les extractions de détenus souvent complexes à organiser. Dans le cadre d'une mission confiée pendant le stage de direction, un travail sur un projet de télémédecine à destination des personnes détenues a été réalisé et présenté à l'ARS, en réponse à un appel à projets en faveur de la réduction des inégalités de santé. Ce projet a été retenu par l'ARS. Le financement ainsi obtenu permettra de déployer la solution à partir de l'automne et de concourir ainsi au parcours de soins des personnes détenues.

### **2.2.3 Des parcours pour déployer de nouvelles approches du soin et moderniser les organisations : l'exemple de la RAAC**

La Récupération Améliorée Après Chirurgie (RAAC) est définie par la HAS comme une approche de prise en charge globale du patient favorisant le rétablissement précoce de ses capacités après la chirurgie. Le patient joue un rôle actif dans cette approche. Elle s'inscrit dans une démarche d'amélioration des pratiques pour toutes les équipes et nécessite une réorganisation des soins et des efforts combinés au sein d'une équipe pluriprofessionnelle impliquant tous les acteurs autour du patient (équipes hospitalières et de ville). La RAAC s'étend sur l'ensemble de la prise en charge chirurgicale du patient afin de diminuer l'impact des facteurs qui retardent la récupération : douleurs, stress, sondes, dénutrition, jeûne prolongé avant chirurgie). Elle intègre également un volet lié à la mobilité du patient (lever et mobilisation précoce)<sup>32</sup>. La RAAC constitue l'une des orientations prioritaires du pôle de chirurgie compte tenu de son intérêt pour le patient. Son déploiement implique l'ensemble des professionnels : chirurgiens, personnels paramédicaux, anesthésistes, kinésithérapeutes et équipes de nutrition. Un groupe de travail pluridisciplinaire a été mis en place afin de formaliser les organisations et les protocoles, de les mettre en œuvre et de former les professionnels concernés à la démarche. La RAAC fournit donc un exemple

<sup>32</sup> Récupération Améliorée Après Chirurgie (RAAC), Synthèse du rapport d'orientation, Haute Autorité de Santé, juin 2016 [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/forcedownload/2016-09/synthese\\_raac\\_2016-09-01\\_15-49-32\\_230.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/forcedownload/2016-09/synthese_raac_2016-09-01_15-49-32_230.pdf)

de parcours, qui en plus d'améliorer la prise en charge pour le patient, contribue à une évolution des pratiques des professionnels. Elle souligne également, pour sa mise en place, la nécessité d'un travail pluridisciplinaire, associant l'ensemble des professionnels concernés. La démarche RAAC montre également qu'un parcours peut se heurter à des contraintes architecturales et bâtementaires : le développement de nouvelles formes de mobilités (patient debout), pose la question de l'adaptation de l'aménagement des blocs opératoires.

#### **2.2.4 Des parcours pour améliorer le suivi des patients présentant une pathologie chronique**

##### *a) Le suivi des transplantés hépatiques : une coopération gagnant-gagnant*

Environ 150 patients transplantés hépatiques vivent dans le territoire du GHPSO. Transplantés le plus souvent par un établissement de l'AP-HP faisant référence pour ce type d'interventions, les patients sont ensuite suivis par ce même établissement, ce qui n'est pas toujours évident compte-tenu de la distance (environ 70km) et des temps de transport pour s'y rendre (1h30), notamment lorsqu'il s'agit de suivis simples. Ainsi, une coopération a été envisagée par les deux chefs de services concernés du GHPSO et de l'établissement francilien. Cette coopération consiste à permettre au GHPSO de réaliser les suivis simples des patients transplantés vivant sur le territoire. Pour ce faire, les praticiens du GHPSO seront formés par les praticiens de l'AP-HP. Dans une logique de gradation des soins, cette collaboration permet aux deux établissements d'offrir un suivi de proximité gradué aux patients concernés. Pour le GHPSO, ces suivis simples constituent un apport d'activité appréciable, tandis que pour l'AP-HP cette collaboration lui permet de se recentrer sur les suivis complexes en sa qualité d'établissement de référence, d'améliorer la qualité de la prise en charge de ses patients en « désengorgeant » ses consultations, sans pour autant voir diminuer sa file active. Cette collaboration permet d'envisager des parcours en hépato-gastro-entérologie, autre que celui-concernant les patients transplantés hépatiques. Elle pourrait donner lieu à la mise en place d'une véritable filière dans cette spécialité, laquelle pourra ainsi être déclinée dans plusieurs parcours. Cette collaboration se distingue également par son caractère hors-territoire, dans la mesure où elle s'opère hors-GHT. Elle s'inscrit en fait dans une perspective pragmatique permettant de trouver une réponse aux besoins de santé du territoire, là où le CHU d'adossement du GHPSO peine à proposer des praticiens dans la spécialité concernée, compte-tenu des tensions au plan de la démographie médicale. Cette collaboration illustre également le fait que certains patients sur le territoire du GHPSO se tournent plus facilement vers les établissements franciliens ou parisiens que vers le CHU d'Amiens, en raison de la proximité avec l'Ile-de-France, notamment lorsqu'il existe des centres de références dans la spécialité concernée.

*b) Des parcours en pneumologie pour faciliter l'accès aux soins*

Le service de pneumologie du GHPSO compte une douzaine de lits et prend en charge les pathologies pneumologiques, telles que la BPCO et son exacerbation, mais également des pleurésies, des pneumothorax, des patients relevant de la spécialité oncothoracique, ainsi que des pathologies infectieuses, notamment des patients souffrant de tuberculose.

Pour pallier les difficultés liées à la démographie médicale et les délais d'obtention de rendez-vous pour des consultations, le service envisage de s'appuyer davantage sur des personnels infirmiers, notamment des infirmiers en pratique avancée (IPA) pour réaliser certaines évaluations ou réévaluations, à l'instar des modalités mises en place dans le cadre des Ateliers du souffle, un programme d'ETP, organisé par le service. Ce recours à des IPA pourrait être mis en œuvre notamment dans le cadre de la prise en charge de la BPCO. La prise en charge ne pouvant relever uniquement d'un professionnel paramédical, le recours aux IPA doit s'intégrer à un véritable parcours de soins. Ce parcours a vocation à s'appuyer sur les professionnels de santé en ville. Il s'agit en effet de faciliter la prise en charge par les soins primaires des patients souffrant de pathologies pneumologiques en organisant des recours à des évaluations plus spécifiques à l'hôpital réalisées soit par des IPA soit par des médecins, en face du patient ou via notamment des outils de télémédecine.

**D'autres exemples de parcours destinés aux patients chroniques**

- en néphrologie, sur la prise en charge de la maladie rénale chronique, il s'agit de développer les alternatives à la dialyse en centre lourd et de travailler sur des parcours de dépistage, de prévention et d'information pour retarder le plus possible le recours à la suppléance rénale ;

- un parcours post-réanimatoire (issu notamment d'une réflexion à la lueur du contexte lié à la COVID-19) pour mieux structurer et accompagner le patient dans sa réhabilitation après un passage en réanimation ;

- une réflexion sur la création d'un centre de traitement du cancer pour donner davantage de lisibilité et faciliter le parcours des patients pris en charge en oncologie au GHPSO ;

- en cardiologie, l'intégration de la télécardiologie dans le parcours de suivi des patients.

**2.2.5 Des parcours envisagés comme réponse aux tensions de la démographie médicale : l'exemple du télé-AVC, un parcours complexe à organiser**

Le départ d'un neurologue en 2018 a remis en cause la capacité du GHPSO à assurer la permanence des soins sur la prise en charge de l'AVC, compte-tenu d'un effectif très tendu dans la région sur cette spécialité. Devant le nombre d'établissements confrontés à cette difficulté et la prévalence importante des maladies cardio-neuro-vasculaires dans la région, l'ARS a souhaité promouvoir un dispositif régional de télé-AVC mobilisant les potentialités de la télémédecine et de la télé-expertise pour le diagnostic de l'AVC et le cas échéant,

orienter le patient vers une prise en charge adaptée. L'AVC nécessite un traitement thrombolytique moins de 4h30 après l'apparition des premiers signes, avec une efficacité optimale si la thrombolyse est réalisée dans la première heure après l'accident. Dans ce contexte, le télé-AVC permet d'améliorer la prise en charge de l'urgence et le service rendu aux patients, notamment lorsque ceux-ci n'habitent pas à proximité d'une UNV ou d'une USINV (Simon et Gayard, 2017). Si l'intérêt du télé-AVC n'est plus à démontrer dans la réduction des pertes de chances pour les patients, notamment en termes de handicaps résultant des conséquences d'un AVC, la mise en place du dispositif s'est avérée complexe. Ce dispositif nécessite en effet la construction d'organisations spécifiques et la structuration d'un parcours en interne à l'établissement, entre le SAU qui reçoit les patients avec des symptômes évocateurs d'AVC, le service de neurologie, le service d'imagerie et les centres de références (unités neurovasculaires) pour la confirmation du diagnostic d'AVC et l'orientation du patient vers une solution de prise en charge adaptée. De surcroît, le télé-AVC ne doit pas être envisagé qu'au prisme de la prise en charge de l'urgence, mais être intégré à l'ensemble de la filière et des parcours en neurologie, en pensant aussi la prise en charge post-AVC.

Le projet initié en 2018 au GHPSO peinait à avancer du fait de la crise sanitaire liée à la COVID-19 et par manque également d'un interlocuteur interne pour le porter. L'une des missions confiées dans le cadre du stage de direction consistait en la relance de ces travaux. La conception du dispositif a exigé de réunir autour de la table de nombreux acteurs, au rythme d'une réunion mensuelle auxquelles étaient conviées les équipes médicales et soignantes des services de neurologie, des urgences et du service d'imagerie du GHPSO ainsi que les coordonnatrices de la filière télé-AVC pour l'ARS des Hauts-de-France, afin de définir des organisations, des protocoles de prises en charge et un parcours. Les protocoles ont été définis en lien avec les équipes du CHU d'Amiens et la régulation du SAMU dans l'Oise. Les équipes informatiques, les fournisseurs de la solution technique (NEXUS) et les équipes biomédicales ont été également sollicitées pour la mise en place de l'infrastructure technique. Des réunions avec la direction du GIE d'IRM de Creil ont été organisées pour définir des modalités de partage des images et d'interface entre le PACS du GIE et celui du GHPSO, nécessitant la rédaction d'une convention. Un suivi des échéances était réalisé entre chaque réunion, avec des relances et des rencontres ponctuelles pour échanger en cas de difficultés particulières. La mise en place du dispositif a nécessité plusieurs mois de travail et une véritable organisation en mode projet, mise en place notamment dans le cadre de la mission de stage. Le même travail devra être « dupliqué » pour le déploiement de la solution sur le site de Senlis. L'organisation de rencontres régulières avec les professionnels des différents services concernés, l'échange sur les difficultés de chacun et la mise en place de solutions concertées ont permis

d'impulser une nouvelle dynamique. La réunion officielle de lancement du projet aura lieu en septembre 2021 en présence des représentants de l'ARS. La dynamique retrouvée a permis de solliciter et d'obtenir un accompagnement financier de l'ARS pour l'acquisition des équipements nécessaires. Seule ombre au tableau, le diagnostic de l'AVC nécessite une IRM et donc l'organisation d'astreintes d'imagerie sur les plages de la permanence des soins, lesquelles sont difficiles à mettre en œuvre, compte-tenu d'une pénurie de manipulateurs radio. Le télé-AVC mis en œuvre en partie pour lutter contre la pénurie de neurologue se voit donc maintenant confronté à la pénurie de manipulateurs radio.

L'exemple du télé-AVC au GHPSO permet de tirer trois enseignements au regard des parcours : le premier porte sur la nécessité de mettre en place une organisation en mode projet ; le deuxième concerne le caractère fondamental de réunir « autour de la table » tous les interlocuteurs concernés (même si ce n'est pas toujours facile) pour échanger sur les difficultés, les contraintes de chacun et trouver des solutions ensemble ; enfin le troisième souligne l'importance de nommer en interne un ou plusieurs pilotes pour porter la démarche et suivre les travaux.

## **2.3 Une méthodologie à structurer, à construire et à partager**

La construction de parcours doit s'inscrire dans une méthodologie co-construite et partagée par les acteurs. Jusqu'à présent la démarche du GHPSO s'est axée sur un diagnostic pour identifier des perspectives de parcours, mais la méthodologie opérationnelle de leur élaboration et de leur mise en œuvre reste à définir au plan institutionnel. Les éléments méthodologiques exposées ci-dessous ont été relevés dans le cadre de l'analyse de la littérature, au regard de leur intérêt par rapport à la démarche initiée au GHPSO.

### **2.3.1 Une clarification sémantique à opérer dans un maquis de termes connexes**

Comme tout terme très usité dans un milieu professionnel, la notion de parcours tend à revêtir des sens et des significations différents en fonction de la personne qui emploie ce mot. Ceci s'explique probablement par le périmètre très important que couvre la notion de parcours, la réalité complexe qu'elle embrasse et le fait qu'elle est à la croisée de plusieurs secteurs de prises en charge, de différentes spécialités et donc d'une diversité de cultures

professionnelles, qui si elles ont des points communs à partager dans les parcours, peuvent s'inscrire dans des identités marquées qui tendent à les distinguer.

Il semble donc important de clarifier les termes, à la fois sur la notion de parcours et à la fois sur les concepts qui entrent dans leur composition. A cet égard, Aissou et al, proposent dans leur ouvrage un ensemble de définitions qui apparaissent intéressantes :

- **Les épisodes de soins**, désignent l'ensemble des hospitalisations et/ou actes de soins (consultations, actes diagnostiques) au cours d'un parcours de soins ;
- **Le parcours patient**, souvent utilisé de façon indifférenciée avec parcours de soins, renvoie en fait davantage au parcours du patient à l'intérieur de l'établissement, alors que le parcours de soins renvoie à la prise en charge globale du patient effectuée dans et hors l'établissement ;
- **Le circuit patient** correspond au parcours physique du patient, détaillant pour chaque étape où il passe et où il se trouve. L'analyse du circuit patient constitue un élément clé de l'optimisation du parcours ;
- **Le chemin clinique** renvoie à un outil multidisciplinaire permettant la gestion des soins par la standardisation de processus de prise en charge, en vue de diminuer la variabilité dans la pratique clinique ;
- **Les flux** : le terme flux peut renvoyer à différentes notions, néanmoins à l'hôpital il peut concerner les flux de personnes (patients notamment), de matières (médicaments et consommables nécessaires aux prises en charge), d'informations (données administratives, économiques, médicales et paramédicales). S'agissant du patient et au regard du parcours, la notion de flux au GHPSO s'entend plutôt dans une acception capacitaire et renvoie à la gestion des lits et à leur allocation au jour le jour ;
- **La filière de soins** : désigne un mode d'organisation interne à un établissement de santé, qui peut se prolonger en externe à travers un réseau de soins ou un maillage de différentes structures de soins et de professionnels de santé.

On pourra également ajouter à ces termes, le plan de soins qui à partir d'un chemin clinique, détaille l'ensemble des soins pratiqués par les soignants.<sup>33</sup> Mais d'autres termes apparaissent également, à l'instar des protocoles de prise en charge, qui détaillent l'ensemble des étapes d'une prise en charge ou la notion de trajectoire, laquelle, dans le cadre de la filière gériatrique, renvoie visiblement à un ensemble de parcours situés au

---

<sup>33</sup> Entretien avec la Directrice des Soins

croisement de plusieurs spécialités ou d'hyperspécialités (psychogériatrie, oncogériatrie, orthogériatrie) ou à un ensemble de mode de prises en charge avec une finalité particulière (telle que la prise en charge en urgence des personnes âgées).

Bien que n'étant pas assimilables à des parcours en tant que tels, ces notions interviennent fréquemment dans la réflexion et la construction des parcours. On retiendra toutefois que le parcours intègre plusieurs épisodes de soins et plusieurs volets de la prise en charge (médical, soignant, médico-social, social, ambulatoire et hospitalier), alors que les autres termes désignent des périmètres plus précis.

### **2.3.2 La construction de parcours doit s'inscrire dans une démarche structurée au plan méthodologique**

Les éléments ci-dessous n'ont pas vocation à fournir une méthodologie complète de construction des parcours, mais visent à proposer quelques repères méthodologiques.

Aissou et al. proposent dans leur ouvrage une méthodologie et une démarche très opérationnelle de construction des parcours. Ils recommandent la mise en place d'une démarche projet structurée autour de deux axes de travail : un axe organisationnel et un axe clinique. La démarche doit être selon eux construite pour et du point de vue du patient en visant la simplification et la lisibilité des parcours, leur sécurisation et leur fluidité (temps/durée du parcours), la programmation du parcours en amont autant que possible, la continuité des prises en charges et l'harmonisation voire la standardisation des pratiques médicales et soignantes. L'un des principes au cœur de la démarche est la reconstruction des organisations autour des parcours, en ayant une approche transversale des problématiques d'organisation de ceux-ci et en facilitant le partage des informations et la connaissance entre les secteurs. La réflexion sur les parcours peut s'appuyer utilement, selon eux, sur la démarche qualité et notamment sur les processus identifiés dans le cadre de celle-ci. Elle doit également s'appuyer sur les flux de patients, d'information et logistiques.

La démarche proposée par Aissou et al. s'articule autour de 5 grandes étapes :

- La définition du périmètre, en ouvrant la réflexion aux établissements médico-sociaux et aux partenaires sur le territoire ;
- L'analyse de l'existant, plus particulièrement les parcours déjà mis en place, les activités, les profils des patients, l'analyse des processus et des flux. L'objectif de ce travail étant notamment la définition d'une cartographie de

l'existant. L'analyse peut se focaliser sur les activités recueillant les plus gros volumes de patients à traiter ou comportant de forts enjeux financiers ou en termes de risques. Le profil des patients s'analyse avec des indicateurs relativement classiques dans une démarche stratégique hospitalière : indicateurs socio-démographiques et liés au séjour. L'analyse des parcours existants doit s'atteler à tous les aspects, y compris organisationnels et administratifs ;

- Reconstruction des parcours, des processus et des organisations autour des parcours envisagés en définissant notamment des actions d'amélioration. Celles-ci s'entendent dans une acception large et peuvent autant concerner des améliorations organisationnelles, qu'architecturales, mais aussi du point de vue des pratiques médicales, d'évolution des effectifs ou des plateaux techniques, ou de compétences ;
- Décliner les parcours en chemins cliniques. Aissou et al. recommandent de ne pas cibler les racines de GHM phares de l'établissement ou d'opter pour une approche par pathologies, mais de retenir d'autres critères tels que la dépendance, des éléments liés à la prise en charge (fréquence, criticité pour le patient, coût, caractère pluridisciplinaire, la variabilité de la prise en charge), l'existence de recommandations professionnelles, la motivation des professionnels à travailler sur un chemin clinique et la probabilité d'obtention possible d'un consensus des professionnels. Ils recommandent également de ne pas commencer par définir des chemins cliniques pour en déduire des parcours, mais de faire l'inverse : les parcours doivent mener à une déclinaison en chemins cliniques dans un deuxième temps ;
- Évaluer et piloter les actions d'amélioration, en distinguant celles concernant la construction et la mise en œuvre des parcours et celles venant en appui.

Aissou et al. suggèrent d'envisager les parcours dans leurs étapes pré-hospitalières, puis hospitalières en fonction des modes d'admission, puis extrahospitalières en portant une attention particulière aux flux. Deux éléments apparaissent intéressants dans la démarche proposée par Aissou et al. : celle-ci s'appuie sur l'existant et sur des outils déjà bien connus des professionnels, notamment la démarche qualité.

Pour Minvielle, le parcours s'inscrit dans le concept du GERS (Gérer la Singularité à Grande Échelle), c'est-à-dire une réponse à deux objectifs apparemment contradictoires des parcours : la standardisation des prises en charge et l'individualisation de celle-ci sur un volume important de patients dans une quête de sur-mesure. Pour Minvielle, le parcours est un processus productif qui se caractérise par quatre attributs : sa variété qui permet de

distinguer des parcours complexes et des parcours simples, l'imprévisibilité de son déroulement car bien que standardisés les parcours sont soumis à des aléas en fonction notamment de l'évolution de l'état de santé du patient, la définition d'un début et d'une fin de gestion d'un projet et la « signature qu'imprime le patient en tant que co-producteur ». Le processus productif dans lequel s'inscrit le parcours se caractérise par une production continue qui comporte une phase de conception, les stratégies diagnostiques et thérapeutiques, la mise en œuvre (fabrication des opérations et assemblages), puis la distribution (la relation directe avec le patient). Si la comparaison du parcours avec un processus de production réalisée par Minvielle peut surprendre et questionner, elle rend bien compte de la complexité de la construction du parcours qui s'apparente à un processus quasi-industriel, mais très individualisé donc avec une propension importante à la variabilité. Par ailleurs, Minvielle insiste beaucoup sur les notions de management et de compétences en organisation et en coordination. Son approche offre donc des points de repère et une grille de lecture utiles à toute personne impliquée dans l'élaboration de parcours.

Enfin, il convient de mentionner que l'ANAP a également mis en place un ensemble d'outils visant à accompagner la réflexion sur les parcours dans une perspective de fluidification des parcours et des synergies entre acteurs. Dans ce cadre l'ANAP propose 20 fiches permettant d'accompagner les acteurs. Elle identifie à ce titre 4 leviers pour créer des collectifs de professionnels et fluidifier les parcours patients : la lisibilité de l'offre, les solutions soutenant le partage d'information, les processus d'orientation et le soutien de l'exercice partagé et l'accès à l'expertise<sup>34</sup>.

### **2.3.3 L'évaluation, une démarche indispensable à la qualité et à l'efficience des parcours**

Évaluer les parcours mis en place constitue un préalable indispensable pour identifier les besoins d'adaptations et d'actions correctives. Il s'agit également de mesurer l'impact des parcours et donc de pouvoir valoriser le travail des équipes qui les mettent en œuvre.

Pour Féry-Lemonnier et al. 4 axes d'évaluation peuvent être retenus pour les parcours : la qualité (comprenant l'efficacité clinique, la sécurité et la satisfaction du patient) ; le gain économique (réhospitalisation, diminution du recours injustifié aux urgences, coût de la non-coordination) ; satisfaction des professionnels (y compris charge de travail dû à la non-coordination) ; l'inégalité d'accès aux soins. Selon Minvielle, l'évaluation doit emprunter aux

---

<sup>34</sup> Fluidifier les parcours patients et les synergies entre acteurs – Démarches et outils, ANAP, février 2019 : <https://ressources.anap.fr/parcours/publication/2476>

quatre axes de la performance organisationnelle que sont le coût, le volume, la qualité et la qualité de vie au travail. Les indicateurs de processus dits organisationnels, par exemple la qualité de la tenue du dossier patient ne doivent pas être négligés, dans la mesure où ils constituent un effecteur important de la coordination essentielle à la mise en œuvre des parcours. Minvielle propose de se concentrer sur des indicateurs vecteurs de changement et d'améliorations significatives. Il conseille également une approche non seulement quantitative, mais aussi qualitative. L'efficacité clinique revêt notamment un enjeu majeur dans l'évaluation. Elle peut être mesurée à l'aide des PROMs<sup>35</sup>. Il s'agit de mesurer le résultat d'un processus de soins ou d'un parcours en interrogeant le patient, par exemple sur ses performances en termes de mobilité après une pose de prothèse de hanche. Mis en place au NHS ainsi qu'en Suède et aux Pays-Bas, les PROMs sont toutefois complexes à déployer car ils doivent être adaptés à chaque type de parcours ou de pathologie. Ils sont plus facilement applicables dans la chirurgie que sur le développement des pathologies chroniques (Aissou et al.).

Sur la base des axes mis en évidence ci-dessus, les indicateurs ci-dessous pourraient être proposés pour l'évaluation des parcours au GHPSO :

Axe d'évaluation	Exemples d'indicateurs
Médico-économique	Nombre de patients pris en charge, file active, impact sur la DMS, coût, impact sur les recettes et les financements, nombre de téléconsultations
Efficacité clinique	Impact sur l'état de santé du patient, taux de réhospitalisation, taux de complication, taux mortalité, PROMS
Satisfaction	<b>Satisfaction des patients</b> : e-satis, questionnaires ou baromètres, taux de réclamations. <b>Satisfaction des professionnels</b> : baromètres, notamment sur les questions de coordination. Satisfaction des professionnels en ville, notamment sur le fonctionnement des dispositifs ville-hôpital
Qualité du parcours	Délai de production et d'envoi des CRH et lettres de liaisons, qualité de remplissage des dossiers médicaux, nombre de FEI
Accès aux soins	Taux de patients précaires pris en charge, diminution des « bed-blockers », taux d'intervention du service social, zone de recrutement des patients, taux de perdus de vue

Tableau 4 : proposition d'indicateurs d'évaluation des parcours

Les outils de la démarche qualité peuvent aussi être mis en œuvre pour travailler sur les mesures et adaptations correctives : RMM, CREX. Des communautés de pratiques peuvent être instaurées. Un espace d'échange et de dialogue, par exemple une réunion mensuelle dédiée peut être mise en place, en plus des réunions de coordination ou de staff qui peuvent permettre d'aborder aussi ces questions.

<sup>35</sup> PROMS : *patient-reported outcomes measures* ou mesure de résultat des soins par interrogation du patient

### **3. La mise en place d'un projet médical orienté sur les parcours constitue un levier de transformation des organisations, mais doit surmonter un certain nombre de difficultés**

#### **3.1 Des moyens humains de coordination à déployer**

##### **3.1.1 Une direction dédiée aux parcours : avantages et inconvénients**

Afin de porter la démarche de construction des parcours, le GHPSO s'est doté d'une direction dédiée : la Direction des Opérations, des Systèmes d'Information, des Parcours, de la Qualité et des Relations Usagers. Cette direction regroupe en son sein plusieurs domaines fonctionnels, faisant généralement l'objet de directions distinctes. Il s'agit d'un choix stratégique de l'établissement, témoignant de l'intérêt majeur porté à la démarche parcours, mais visant aussi à intégrer dans une même structure l'ensemble des dimensions décisionnelles et fonctionnelles nécessaires à la construction et au portage d'une logique de parcours :

- La conception et la structuration des parcours ;
- Les « Opérations » au sens de la conduite de projets d'évolutions et de transformations majeures de l'hôpital, structurantes pour son avenir et nécessitant une structure de décision et de coordination spécifique ;
- La qualité, dans la mesure où il s'agit d'un enjeu majeur porté par les parcours et que les déterminants et les moyens qu'impliquent ces deux démarches sont connexes et fortement interreliées ;
- Les systèmes d'information, qui constituent un levier majeur dans la construction et la mise en œuvre des parcours, notamment pour le partage d'informations entre structures et acteurs, à l'intérieur de l'hôpital mais également à l'extérieur, avec les partenaires du territoire et la ville notamment ;
- Les relations usagers, au sens des démarches visant à mieux impliquer le patient et les usagers dans la qualité des soins et la construction des parcours ;
- La gestion des flux à travers la fonction de *bed manager* ;
- La direction intègre également le service social. La prise en charge sociale constitue en effet à la fois une composante à part entière des parcours, notamment compte-tenu de la précarité d'une partie de la population accueillie. Il s'agit également d'un levier de performance permettant de fluidifier les parcours en facilitant la sortie des

patients en difficulté sociale et d'éviter les « *bed blockers* <sup>36</sup>» en contribuant aussi à la maîtrise de la DMS.

Si la création d'une direction d'une telle envergure dédiée aux parcours présente les avantages exposés ci-dessus, elle n'est pas dénuée d'inconvénients potentiels. Tout d'abord elle peut laisser penser que les parcours ne sont l'affaire que de cette direction et constituer un frein à l'adhésion des acteurs n'en faisant pas partie. Un autre inconvénient réside dans l'envergure de la direction concernée qui en mêlant de nombreux autres sujets et projets peut rendre difficile une mobilisation suffisante autour des enjeux liés au parcours. Toutefois selon son directeur, la direction des opérations, des systèmes d'information, des parcours et de la qualité et des relations usagers, n'a pas pour objectif de concevoir seule les parcours. Elle vise plutôt, dans une logique de direction des opérations, à créer les conditions nécessaires au développement des parcours, à susciter la mobilisation de l'ensemble des acteurs hospitaliers et extra-hospitaliers concernés et à les accompagner autour d'une démarche et d'enjeux communs. Par conséquent, la direction des affaires médicales et la direction des soins doivent également être impliquées dans la démarche parcours. Aissou et al. soulignent à cet effet, que le leadership de ces deux directions, ainsi « qu'un management de haut niveau capable d'impliquer les médecins dans la conception et la mise en œuvre des parcours sur le terrain », constitue l'un des leviers de réussite de la démarche. Aussi celle-ci doit être portée dans les plus hautes strates de la gouvernance de l'hôpital : directoire, CME, CSIRMT.

### **3.1.2 Des fonctions de coordination à créer, en veillant à bien en définir les périmètres**

Afin de structurer la démarche d'élaboration des parcours et plus tard d'en porter la mise en œuvre, le GHPSO a créé une nouvelle fonction de coordinateur de parcours, rattachée à la Direction en charge des parcours présentée ci-dessus. Le profil de poste a été conçu à partir de la fiche métier « Coordinateur de parcours en santé » du référentiel des métiers de la Fonction Publique Hospitalière (FPH)<sup>37</sup>. Un agent, travaillant précédemment aux urgences, a été recruté en interne sur cette fonction. Son expérience aux urgences ayant permis à cet agent de développer une connaissance fine des acteurs internes à l'établissement, ainsi que des problématiques liées à la prise en charge au SAU qui

---

<sup>36</sup> Les *bed blockers*, littéralement les bloqueurs de lits, désignent des patients, souvent en difficulté sociale, continuant d'être accueilli à l'hôpital alors qu'ils ne relèvent plus d'une prise en charge hospitalière, faute de place en structure d'aval, sociale ou d'accompagnement au retour à domicile.

<sup>37</sup> Référentiel des métiers de la FPH : <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=183>

comportent de nombreux enjeux dans le déploiement des parcours, devrait s'avérer un atout. Toutefois, la prise de fonction a nécessité un accompagnement dans la mesure où la conception de parcours fait appel à des compétences spécifiques, notamment de coordination et de gestion de projet, qui ne sont pas développées pendant la formation médicale. Ces compétences constituent un facteur clé de succès important. Comme le souligne Minvielle, la coordination de mise en œuvre renvoie à une variété d'actions organisationnelles et représente une approche générale qui couvre différentes actions. Ces actions nécessitent de doter l'acteur de compétences organisationnelles, qui reposent sur des *savoirs* et des *savoirs de l'action* qui dépassent les savoirs exclusivement liés à l'expertise médicale. Pour Minvielle, ces savoirs sont organisationnels, techniques, mais englobent également le savoir-réagir, le savoir-agencer et le savoir-empathique et sont moins codifiés que les savoirs médicaux, donc nécessitant une phase d'appropriation. Un travail d'accompagnement du coordinateur a donc été réalisé en lien avec le cabinet de consultants étant intervenu sur le diagnostic réalisé en amont sur les parcours. A ce stade de la démarche, le coordonnateur s'est attelé à la formalisation de chemins cliniques ou de protocoles de prise en charge avec l'ensemble des services concernés, en particulier avec l'hôpital de jour. Depuis le début de l'année 2021, une vingtaine de chemins cliniques ou protocoles a été réalisée. Ces documents ont vocation à formaliser et sécuriser la prise en charge, ainsi qu'à harmoniser les pratiques. Ils amorcent aussi la dynamique de parcours en contribuant à identifier les intervenants et les actions attendues à chaque étape.

La création de cette fonction n'est toutefois pas sans poser des interrogations avec d'autres fonctions de coordination déjà en place dans l'établissement ou dont la création est envisagée dans le cadre du projet médical ou soignant. Il s'agit là d'une difficulté à ne pas sous-estimer.

Se pose tout d'abord la question du périmètre avec l'unité de gestion des flux qui gère les capacités en lits et places de l'hôpital et sert d'interface pour les disponibilités en aval. La distinction entre les fonctions de gestion des flux et de coordination de parcours peut s'opérer sur leur finalité, qui ne sont pas identiques, même si toutes les deux concourent à fluidifier le parcours et la prise en charge. Le coordonnateur du parcours a pour mission de travailler avec les professionnels à la construction des parcours, puis à être un facilitateur dans leur mise en œuvre, au plan institutionnel notamment. La définition qu'en donne le référentiel des métiers de la FPH permet de se faire une idée plus précise de la fonction : « *Établir, organiser et gérer des liens permettant l'optimisation de la prise en charge sanitaire, sociale et médicosociale d'une personne dans un parcours de soins. Coordonner la réalisation d'une démarche pluridisciplinaire selon le projet de soins établi* ». Au GHPSO, cette fonction a toutefois été adaptée, puisque le poste comporte un volet de construction

des parcours avec les professionnels concernés et non pas seulement de mise en œuvre des parcours ou de gestion des cas.

Le métier de gestionnaire de flux se concentre quant à lui sur les flux en termes de lits et de places et leur optimisation en vue de permettre l'admission, dans le service concerné, de tous les patients nécessitant une prise en charge, tout en veillant à la maîtrise de la DMS et à fluidifier les flux d'aval. On pourra se référer à la définition des missions que donne l'ANAP dans sa production « Fiche de poste de bed manager » : « *le poste de "bed manager", doit permettre d'optimiser l'organisation des hospitalisations. Il est là pour gérer les lits et les parcours patient (intra-hospitalier). En contact avec tous les services, il a une vision à court et moyen termes des entrées et sorties et place les patients dans les unités de soins au mieux en fonction des demandes et des contraintes de chacun.* »<sup>38</sup>

Le périmètre du coordonnateur de parcours peut également interroger avec les autres fonctions de coordination de parcours existant au sein des services de spécialité ou dont la création est envisagée. Il existe notamment au GHPSO une fonction de coordination de la filière gériatrique et la création de fonctions de coordination de parcours par des IPA est envisagée dans différentes spécialités : neurologie, pneumologie, hémodialyse ou au bloc opératoire, pour la RAAC.

Consacrée par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 (article 119), la reconnaissance des infirmiers en pratique avancée (IPA) vise à améliorer l'accès aux soins, ainsi que la qualité du parcours des patients en réduisant la charge de travail des médecins sur des pathologies ciblées, permettant ainsi de redéployer du temps médical. La pratique avancée contribue également à la diversification du métier d'infirmier<sup>39</sup> et peut constituer ainsi un levier d'attractivité professionnelle.

Ces postes de coordinateurs dans les spécialités peuvent se distinguer du poste de coordinateur des parcours par le fait qu'ils s'inscrivent principalement en tant qu'effecteur dans le champ d'une spécialité, dans une logique opérationnelle de gestion de cas et/ou de prise en charge post-hospitalisation dans le cadre de suivis de pathologies chroniques, de consultations paramédicales de réévaluation ou d'action de prévention et d'ETP. Tandis que le poste de coordonnateur du parcours s'inscrit, pour le moment au GHPSO, dans une perspective davantage institutionnelle de facilitation et d'accompagnement à la conception. La fonction du coordonnateur de parcours peut interroger aussi au regard du poste de coordonnateur de l'hôpital de jour, notamment dans un contexte où son travail d'élaboration s'est focalisé jusqu'à présent en partie sur les chemins cliniques liés à l'hôpital de jour.

---

<sup>38</sup> ANAP, fiche de poste du bed manager : <https://ressources.anap.fr/gestion-des-lits/publication/1135-modele-de-fiche-de-poste-bed-manager->

<sup>39</sup> Site internet du Ministère des Solidarités et de la Santé : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>

Toutefois, là encore, les périmètres ne sont pas identiques et n'ont pas vocation à se faire concurrence. Le coordonnateur de l'hôpital de jour s'inscrit dans une fonction médicale en organisant et synchronisant les prises en charges cliniques pour chaque patient pris en charge, tandis que le travail du coordonnateur de parcours est plus transversal et ne se circonscrit pas seulement à l'hôpital de jour.

Enfin, s'agissant du coordonnateur de la filière gériatrique, celui-ci exerce un rôle de représentation et d'animation institutionnelle et territoriale auprès des acteurs hospitaliers et du GHT, mais aussi du secteur social et médico-social et des professionnels des soins de ville.

On pourra retenir donc ici que les parcours s'appuient sur des fonctions de coordination s'inscrivant dans des périmètres et des finalités différentes mais complémentaires. Pour éviter des incompréhensions et faciliter l'articulation de ces différentes fonctions de coordination, on ne saura que trop recommander de bien clarifier les périmètres de chaque acteur auprès des uns et des autres et de créer et formaliser des espaces de dialogues et d'échange entre ceux-ci.

## **3.2 Engager la « révolution numérique » au service de la coordination des acteurs, des parcours et du lien ville-hôpital**

### **3.2.1 Des outils numériques pour rapprocher et coordonner les acteurs**

La mise en œuvre des parcours exige des systèmes d'information dédiés pour faciliter les échanges entre professionnels de santé et unités de soins, en intra et en extrahospitalier. De nombreux auteurs ou articles parlent d'une « révolution numérique à l'hôpital ». Des programmes tels que Hôpital Numérique, Territoire de Soins Numériques, HOP'EN ou des orientations fortes dans ce domaine dans la stratégie nationale de santé ont contribué à donner une impulsion au développement du numérique à l'hôpital et à accompagner les établissements dans le déploiement de ces outils, tant au plan technique que financier.

Le GHPSO est pleinement engagé dans une transformation numérique, à travers plusieurs projets. L'établissement est actuellement en train de migrer son DPI (Dossier Patient Informatisé), qui permet de recueillir les informations cliniques et de prise en charge des patients à chaque étape de leur parcours. Le DPI permet de structurer le recueil de ces

informations, d'uniformiser la collecte des données et d'en faciliter l'analyse dans le cadre de la réflexion sur les parcours. Le DPI vise également à favoriser le partage d'informations entre professionnels de santé en intra-hospitalier. La nouvelle solution pour laquelle a opté le GHPSO permet de faciliter l'échange d'informations avec le DMP (Dossier Médical Partagé) et les professionnels de santé extra-hospitaliers. Le DMP est un carnet de santé numérique qui permet de stocker les données médicales d'un patient<sup>40</sup> et de les partager avec l'ensemble des professionnels de santé intervenant dans la prise en charge. A compter de 2022, le DMP sera généralisé et intégré à « Mon Espace Santé », qui comprendra notamment une messagerie sécurisée, une version améliorée du DMP, un agenda santé et un catalogue de services numériques en santé.<sup>41</sup>

Le DMP se distingue des messageries email sécurisées (MSS) de type « apicrypt » destinées aux professionnels de santé, en ce sens qu'il constitue un véritable dossier médical informatisé intégrant l'ensemble des données médicales du patient et à ses différentes prises en charge.

Pour faciliter la saisie des comptes-rendus médicaux, le GHPSO a déployé une solution de dictée numérique (Zenidoc) qui permet à partir d'un enregistrement audio de retranscrire automatiquement le compte-rendu sous format dématérialisé. Les assistantes médicales ou le médecin n'ont plus qu'à relire, compléter et valider le document.

Le décret n°2016-995 du 20 juillet 2016 oblige les établissements de santé à remettre une lettre de liaison au patient le jour de la sortie. La lettre de liaison est adressée le jour même au médecin traitant et participe ainsi à la bonne continuité des soins. Pour faciliter cette transmission, ainsi que celle des comptes-rendus médicaux, le GHPSO s'est doté de la solution proposée par Lifen qui permet de dématérialiser l'envoi des documents aux professionnels de santé. Cette solution permet d'envoyer les documents médicaux au praticien d'un simple clic, de diminuer la charge de travail des assistantes médico-administratives et de réduire les délais de transmission. L'outil est complémentaire aux messageries cryptées de type Apicrypt qui permettaient déjà d'échanger des données électroniquement et de manière sécurisée entre professionnels de santé.

Pour faciliter la prise de rendez-vous, le GHPSO développe des solutions électroniques de type Doctolib. Cette application a notamment été mise en place avec succès pour la prise de rendez-vous en ligne pour les deux centres de vaccination contre la COVID-19 que gère

---

<sup>40</sup> <https://www.ameli.fr/paris/assure/sante/dossier-medical-partage/tout-savoir-sur-dossier-medical-partage>

<sup>41</sup> <https://esante.gouv.fr/mon-espace-sante>

l'établissement. Un bureau des rendez-vous a également été mis en place et permet de faciliter la prise de rendez-vous dans certaines spécialités. Des numéros de téléphone dédiés sont également proposés aux professionnels de santé, soit pour la prise de rendez-vous, soit pour obtenir des avis spécialisés. En offrant des points de contacts et canaux dédiés aux patients et aux professionnels de santé, ces solutions permettent d'organiser plus facilement le parcours de soins tout en le fluidifiant et potentiellement de prévenir les ruptures de parcours ou abandons de soins.

### **3.2.2 La télémédecine pour faciliter le déploiement des parcours : une ambition prometteuse mais dont la mise en œuvre doit surmonter des obstacles**

Le GHPSO est pleinement engagé dans la télémédecine. La crise sanitaire liée à la COVID-19 a permis d'expérimenter la téléconsultation à travers la plate-forme PREDICE (mise en place par l'ARS des Hauts-de-France) et dépasser les résistances qui pouvaient éventuellement subsister.

La télémédecine se définit<sup>42</sup> comme des actes médicaux réalisés à distance au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle regroupe les téléconsultations, la téléexpertise, la télésurveillance et la téléassistance. En complément de la télémédecine, la loi OTSS a autorisé de nouvelles modalités d'exercice à distance des pharmaciens et des professionnels paramédicaux, appelé le télésoin<sup>43</sup>.

Le GHPSO souhaite développer une solution complète de télémédecine pour plusieurs prises en charge. Il s'agit de faciliter l'accès aux soins et d'éviter des venues à l'hôpital lorsque cela n'est pas indispensable. La télémédecine est notamment envisagée dans le cadre des prises en charge gériatriques pour faciliter les consultations, le suivi ou les avis d'experts pour des personnes âgées, en particulier pour celles en perte d'autonomie ou qui présentent un risque de confusion, de désorientation voire de syndrome de glissement en cas d'hospitalisation. Le dispositif est également envisagé pour la prise en charge des détenus, le GHPSO ayant répondu récemment à un appel à manifestation d'intérêt pour un financement dans ce cadre. Le télésoin pourrait être envisagé pour des consultations de suivi par des IPA. Le service de cardiologie souhaite développer la télésurveillance pour le suivi de certains patients. Des solutions de télémédecine ayant fait leur preuve en matière de surveillance de l'insuffisance cardiaque sévère ou des troubles du rythme (Simon et Gayrard). Une possibilité de télédermatologie pourrait également être étudiée au GHPSO. Des applications en matière de téléradiologies pourraient également voir le jour, notamment en mettant à profit les fonctionnalités de partage des images offertes par les nouvelles

---

<sup>42</sup> Décret n°2019-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine

<sup>43</sup> Article L.6316-2 du code de la santé publique

technologies via les PACS. Le GHPSO s'est engagé dans le déploiement du télé-AVC dans les Hauts-de-France, lequel dispositif s'appuie sur la téléexpertise.

Prometteuse, notamment en termes d'accessibilité géographique aux soins, la télémédecine se heurte toutefois à la disponibilité de l'offre, en particulier du fait de la démographie médicale en tension. Que les actes soient réalisés en présentiel ou via une solution de télémédecine, ils nécessitent toujours des médecins, en nombre suffisant, pour assurer la demande de soins. La pénurie de médecins et le manque de temps médical sont identifiés par plusieurs professionnels rencontrés au GHPSO comme un frein au déploiement de la télémédecine et donc une difficulté à surmonter.

Au-delà de ces freins structurels, la télémédecine comporte des enjeux organisationnels et culturels. Les solutions techniques doivent être expérimentées, éprouvées et appropriées par les professionnels. Ces difficultés à résoudre sont communes dans le déploiement des outils de télémédecine. Pour Simon et Gayraud, les enjeux de la télémédecine résident dans le nombre de professionnels (y compris non médicaux ou non soignants) à réunir dans la démarche, dans un exercice de la médecine à repenser pour y intégrer la télémédecine. La formation des acteurs pour mieux appréhender la télémédecine dans leurs pratiques constitue ainsi un enjeu essentiel, à prendre en compte dans la mise en œuvre de cette innovation et son intégration dans les parcours.

### **3.2.3 La « révolution numérique » indispensable au déploiement des parcours s'inscrit dans des enjeux organisationnels majeurs**

Si les applications de la « révolution numérique » semblent nombreuses et prometteuses, elles ne doivent pas faire oublier qu'elles s'accompagnent dans les hôpitaux d'enjeux organisationnels majeurs. Le déploiement du DPI nécessite d'identifier des relais, notamment médicaux, pour accompagner les services dans la mise en place et s'appropriier l'outil. Ce qui implique le plus souvent de « détacher » ces personnes à plein temps ou à temps partiel pendant la durée du projet.

Les outils numériques viennent aussi profondément modifier le rôle des AMA, en diminuant potentiellement les tâches administratives assurées par ces professionnels. Un potentiel de redéploiement du temps gagné est envisageable pour développer les fonctions d'accueil ou d'accompagnement administratif des parcours. Encore faut-il anticiper ces évolutions et les accompagner, en tenant compte de la sensibilité de la question au plan social.

Il faut souligner aussi les risques induits par la numérisation croissante dans le secteur de la santé et dans les hôpitaux. Risques opérationnels tout d'abord avec l'indisponibilité

toujours possible d'une application. Une panne du logiciel de DPI doit être, autant que faire se peut, prévenue et des modes dégradés, prévoyant en dernier recours le retour temporaire au papier, puis la reprise de données ultérieurement, doivent être définis. Le risque de sécurité ensuite, lié notamment à la sensibilité des données de santé, doit également être anticipé. Ces risques donnent naissance à de nouvelles fonctions dans les établissements de santé.

Enfin, il convient de rappeler que le développement des applications numériques exige des investissements financiers conséquents pour un établissement de santé, mais structurants. Ces investissements doivent donc être bien évalués. Des dispositifs nationaux ou régionaux permettent d'obtenir un accompagnement financier souvent pas le biais d'appels à projets pilotés par l'ARS, auquel on ne pourra que recommander aux établissements de répondre.

### **3.3. Des freins culturels à dépasser : les parcours nécessitent un changement de paradigme de la part des professionnels**

#### **3.3.1 Le point de vue du patient : une question centrale dans les parcours, mais complexe à intégrer**

Le développement de parcours impliquant une plus grande attention à l'individu et à ses choix nécessite de prendre en compte le point de vue et l'expérience patient. L'émergence de patients experts rend cette exigence encore plus importante. Toutefois, l'intégration de la dimension patients ne va pas de soi pour tous les professionnels interrogés. Si les professionnels interrogés ont bien entendu à cœur la prise en compte du patient et de ses besoins, celui-ci reste davantage pensé comme sujet que comme acteur. La nécessité d'inclure le point de vue et l'expérience du patient, de l'associer à la construction des parcours n'a pas été évoquée dans les entretiens ou les contributions des services, ce qui témoigne d'un changement de paradigme qui reste à réaliser. Pourtant, plusieurs actions peuvent être mises en œuvre pour mieux intégrer le patient et améliorer son expérience. Tout d'abord, la construction de parcours peut emprunter à la méthodologie du patient traceur développé par la HAS dans le cadre de la certification des établissements de santé. Cette approche apparaît intéressante dans une vision du parcours en tant que processus. Mais quid de l'expérience patient et de la prise en compte de ses attentes et de ses besoins ? Le premier réflexe amène à se tourner vers les représentants des usagers à la CDU. Toutefois, selon le représentant des usagers à la CDU du GHPSO interrogé dans le cadre du mémoire, le point de vue des représentants des usagers n'est pas nécessairement celui des usagers ou des patients. Néanmoins, le retour des représentants de la CDU est intéressant, à travers notamment le regard qu'ils portent sur les réclamations des patients

dont ils ont connaissance dans le cadre de leur mandat. Le représentant des usagers interrogé concède qu'au GHPSO, les réclamations des patients portent peu sur la question des parcours, mais se concentrent surtout sur l'accueil et la relation humaine. Selon lui, la relation humaine ne relève certes pas de la construction du parcours, mais de son contenu. Une relation humaine dégradée peut impacter très négativement la prise en charge et le ressenti du patient, d'autant plus que ce dernier accorde souvent une figure d'autorité au soignant ou au médecin. Il préconise ainsi des formations ou des sensibilisations pour les soignants et médecins, notamment pour mieux interagir dans les situations difficiles ou conflictuelles.

L'expérience patient peut être prise en compte à travers des outils de mesure de la satisfaction des patients, au plan qualitatif et quantitatif. Ainsi, les résultats des questionnaires e-SATIS peuvent être riches d'enseignements. Des questionnaires ou sondages peuvent également être proposés aux patients ou aux usagers pour mieux connaître leurs attentes, notamment sur un parcours donné. Une approche plus avancée et plus intégrative du point de vue du patient consiste à co-construire avec les patients. Ainsi les HCL ont mis en place l'initiative PEPS<sup>44</sup> qui vise à intégrer des patients dans des démarches d'élaboration ou d'amélioration. Le CH de Moulins-Yseure a développé également une approche patients partenaires pour travailler sur ses parcours et services aux usagers. Un appel à candidatures destiné aux patients ayant été hospitalisés au CHMY ou étant passés par les urgences lors des trois dernières années a été publié dans la presse locale et sur le site internet. Pour rester constructive, notamment vis-à-vis des personnels qui peuvent craindre que ce type d'approche ne le soit pas, une charte a été mise en place. Après quelques craintes initiales, la démarche a plutôt été bien accueillie et s'avère utile. La directrice des parcours dans cet établissement souligne l'intérêt de ce type de démarches, mais aussi la complexité à les mettre en œuvre et les craintes qu'elles peuvent susciter chez les personnels, d'où la nécessité de bien les cadrer.

L'approche patients peut aussi s'entendre de manière très concrète, par exemple en assurant une visibilité à certains parcours sur le site internet de l'établissement ou encore en facilitant l'orientation du patient dans l'hôpital par une signalétique interne adaptée.

La réflexion sur la prise en compte du point de vue de l'utilisateur et du patient peut utilement emprunter aux principes du design management, lesquels consistent à construire un dispositif en partant des besoins des personnes auxquelles celui-ci s'adresse.

Des dispositifs peuvent être mis en place à l'attention de certains patients pour mieux prendre en compte leurs problématiques particulières, à l'instar par exemple de la PASS qui permet de faciliter l'admission des patients en situation de précarité.

---

<sup>44</sup> Partenariat et Expérience Patient en Santé : <https://www.chu-lyon.fr/les-hcl-impliquent-leurs-patients-dans-le-parcours-de-soin>

Enfin, les démarches de parcours, centrées sur le patient et sur l'usager, visent non seulement à améliorer la qualité des prises en charges mais également les conditions d'accueil. Les médecins et les soignants du GHPSO, ainsi que les personnels de direction dressent le même constat : la qualité des prestations hôtelières d'un hôpital est un facteur d'attractivité pour la patientèle. Dans une enquête menée par l'institut Odoxa<sup>45</sup> auprès d'un échantillon de 3015 français représentatif de la population âgée de 18 ans et plus, 29% seulement des personnes interrogées, s'ils avaient à choisir entre secteur public et privé pour leurs soins privilégieraient le public (29% opteraient pour un CHU, 23% pour un hôpital public tandis que les cliniques privées recueillent 23% préférences et 25% des interrogés sont indifférents à la distinction entre les deux secteurs). Dans ce même sondage, 88% des personnes interrogées estiment que les établissements privés sont plus confortables que les hôpitaux publics. Dans une mesure de la satisfaction de 120 000 patients hospitalisés en court séjour en 2017, la HAS relève que le confort de la chambre (y compris le calme et la tranquillité) recueille la satisfaction de 8 patients sur 10 lorsque ceux-ci sont en chambre individuelle, tandis que seulement 6 patients sur 10 sont satisfaits lorsqu'ils sont en chambre double<sup>46</sup>. Les données e-SATIS concernant le GHPSO montrent un indice de satisfaction des patients hospitalisés plus de 48h en MCO s'élevant à 63,8 / 100 s'agissant de la chambre et de la qualité de l'hébergement. En ambulatoire, ce score est plus élevé et s'établit à 72,43/100<sup>47</sup>. Ces données tendent à conforter l'importance de l'accueil et de la prise en charge au plan hôtelier et suggèrent des marges de progrès possibles en la matière. Aussi, le GHPSO envisage d'inclure, dans son schéma directeur immobilier, un objectif de développement des chambres individuelles avec sanitaires pour mieux répondre à la demande des patients. La crise sanitaire liée à la COVID-19 a également démontrée l'intérêt des chambres individuelles pour l'isolement des patients présentant un risque infectieux ou dans un contexte épidémique. La qualité de l'accueil hôtelier relève aussi des services aux usagers tels que le WIFI par exemple. Les locaux peuvent être rendus plus agréables en rafraîchissant régulièrement la peinture, par exemple en décidant de repeindre un service chaque année. Il s'agit là aussi autant d'un facteur d'attractivité de la

---

<sup>45</sup> Baromètre ODOXA Santé 360, Regards des Français et des Européens sur l'hôpital et la santé aujourd'hui et attentes pour l'avenir, <http://www.odoxa.fr/sondage/perception-francais-lhopital-sante-a-loccasion-de-paris-healthcare-week/>

<sup>46</sup>Satisfaction des patients à l'hôpital et en clinique : la HAS publie les résultats 2017, Communiqué de presse : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2814068/fr/satisfaction-des-patients-a-l-hopital-et-en-clinique-la-has-publie-les-resultats-2017](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2814068/fr/satisfaction-des-patients-a-l-hopital-et-en-clinique-la-has-publie-les-resultats-2017)

<sup>47</sup> e-SATIS est une mesure de la satisfaction et de l'expérience patients conduite par la HAS à partir de questionnaires de satisfaction remplis par les patients lors de leur sortie d'hospitalisation. Les données figurant ici sont reprises des résultats 2020 tels que publiés sur le site SCOPE Santé, <https://www.scopesante.fr/#/etablissements/600000467/fiche-detaillee/>

patientèle, constituant un levier pour regagner des parts de marché, qu'un facteur de QVT contribuant à l'attractivité médicale.

Dans le cadre de la mission du stage direction concernant l'élaboration du projet médical et du projet stratégique, un plan d'action visant à améliorer la prise en compte du point de vue et de l'expérience patient a été proposé, en lien avec les parcours notamment (voir en annexe).

### **3.3.2 Une culture parcours à diffuser dans les équipes et des espaces de dialogue et de collaboration interprofessionnels à construire**

La lecture attentive des contributions proposées par les services pour alimenter le projet médical, montre que la notion de parcours reste inégalement appropriée selon les services ou spécialités, témoignant d'une notion encore émergente au GHPSO. Sans surprise, la réflexion semble particulièrement avancée dans certains services tels que la gériatrie, l'oncologie ou la néphrologie/hémodialyse, qui correspondent aussi à des spécialités dans lesquelles la dimension parcours a été historiquement portée par des dispositifs nationaux. Dans les autres spécialités au GHPSO, la dimension parcours est pratiquement toujours mentionnée dans les entretiens, montrant une diffusion progressive de la notion, mais souvent dans une acception limitée à une composante ou un enjeu du parcours : amélioration de la prise en charge, optimisation du temps médical, amélioration de l'accès aux soins, suivi des maladies chroniques, suivi post-hospitalisation, prévention ou fluidification de l'aval. Parfois, l'enjeu est juste évoqué sans être développé, témoignant d'une connaissance à renforcer des enjeux organisationnels liés aux parcours et aux bénéfices qu'ils pourraient apporter au GHPSO. De manière générale, il n'est pas toujours facile pour les professionnels interrogés d'intégrer dans la réflexion les éléments relevant d'autres spécialités, encore moins de se projeter sur l'extra-hospitalier (la ville et la dimension sociale notamment). Un travail d'information et de formation reste donc à opérer. Il pourrait par exemple être réalisé par le coordonnateur des parcours dans des réunions de services ou à l'occasion de réunion de staff et se nourrir de retour d'expériences réalisées au sein du GHPSO ou du GHT voire d'autres établissements. Ce travail d'information sur les parcours pourrait également s'appuyer sur les équipes qualité. Un travail de veille documentaire régulière sur le sujet pourrait être réalisé et adressé régulièrement aux professionnels, notamment pour les tenir informés des dernières évolutions en matière de parcours ou de retours d'expérience et alimenter leur réflexion. Celle-ci pourrait également s'enrichir au contact avec les professionnels de ville et des

établissements sociaux et médico-sociaux, permettant d'appréhender plus naturellement les problématiques de chacun.

De même, la réflexion autour des parcours devrait s'opérer avec l'ensemble des professionnels concernés autour de la table. Jusqu'à présent la réflexion sur les parcours est menée de manière distincte entre professionnels médicaux dans le cadre du projet médical d'une part, et d'autre part, entre soignants dans le cadre du projet de soins. Si cette situation permet, dans un premier temps, à chaque communauté de s'approprier la notion de parcours dans sa culture professionnelle, la réflexion doit maintenant franchir un nouveau cap et être menée ensemble, dans une perspective médico-soignante. Seules quelques spécialités ont mené la réflexion de concert et apparaissent plus avancées dans la démarche.

A ce titre, il apparaît également qu'il manque un espace de discussion, d'échange et de construction spécifique au parcours qui permettrait de regrouper les différentes communautés professionnelles hospitalières autour d'objectifs communs. En plus de représentants des professionnels médicaux et soignants, il conviendrait d'y ajouter le service social, le service de la qualité, des représentants des équipes informatiques, ainsi que le service des admissions. L'implication de l'ensemble des professionnels en amont de la construction des parcours permettrait d'intégrer d'emblée l'ensemble des points de vue et des composantes d'un parcours. L'un des interlocuteurs externes interrogés dans le cadre de ce mémoire souligne l'impérieuse nécessité de réunir l'ensemble des acteurs, afin qu'ils puissent partager sur leurs contraintes et difficultés. La plupart du temps, ces échanges passent par une phase où chacun met en avant ses différences et ses spécificités, mais ce travail préalable permet ensuite d'élaborer ensemble, en se focalisant sur ce qui constitue le dénominateur commun. Il s'agit là d'un facteur clé de succès dans la démarche parcours.

Ainsi, le GHPSO pourrait amorcer une prochaine étape de la démarche parcours en travaillant les modalités de co-construction de ses parcours. Cela pourrait être l'occasion de travailler sur des principes méthodologiques communs. Une méthodologie connue des professionnels et maîtrisée constitue en effet un facteur clés de succès selon Aissou et al.

### **3.3.3 Intégrer les soins primaires et les professionnels de santé en ville : la question fondamentale du lien ville-hôpital**

En dehors des outils numériques visant à faciliter la communication et l'échange de données entre l'hôpital et les professionnels de santé du territoire, l'implication des médecins de ville n'est pour le moment pas mise en œuvre dans la démarche d'élaboration des parcours. Il s'agit là également d'une difficulté à surmonter, témoignant d'un changement de paradigme à amorcer. En effet, intégrer la dimension ville-hôpital comporte pourtant au moins deux enjeux essentiels. Tout d'abord, il s'agit d'associer, en tant que partie prenante, les professionnels de santé en ville à la construction et à la mise en œuvre des parcours, dans la mesure où ceux-ci en constituent un maillon essentiel. Ensuite, il s'agit également de saisir la démarche parcours comme opportunité de dynamiser le lien ville-hôpital en construisant ensemble des dispositifs et en dépassant les clivages.

Néanmoins, au-delà de la bonne pratique, la construction de ce lien ville-hôpital n'est pas aisée dans un territoire qui ne compte pas de CPTS, lesquelles constituent un point de contact essentiel avec la médecine de ville. Les professionnels interrogés, dans le cadre de ce mémoire, sur les CPTS mettent en avant de nombreux bénéfices à ce dispositif de coordination, en particulier sur les axes ci-dessous :

- Échanger sur les parcours et les difficultés, soit structurelles, soit liées à des patients en particulier ;
- Fluidifier la communication et permettre ainsi de prévenir les ruptures de parcours ou retards de prises en charge, en facilitant aussi les échanges entre prescripteurs (médecins de ville ou hospitaliers) et effecteurs paramédicaux en ville ;
- Recenser l'offre et développer des plages pour les soins non programmés, constituant un levier de réduction des recours non justifiés aux urgences hospitalières et à leur désengorgement ;
- Contribuer à lutter contre les problèmes de démographie médicale sur certaines spécialités en tension en travaillant sur des recrutements en exercice mixte ville-hôpital : la possibilité de consacrer une partie de leur temps médical à l'hôpital peut être attractif pour des médecins libéraux notamment du fait de l'accès au plateau technique ;
- Développer des projets communs, ce qui peut constituer face à l'attractivité des CHU un levier pour attirer de jeunes praticiens vers les hôpitaux dits « périphériques ».

Toutefois, les professionnels interrogés concèdent que dans un territoire dépourvu de CPTS, les marges de manœuvre de l'hôpital pour susciter une démarche de création d'un

tel dispositif, sont limitées. En effet, le principe des CPTS est que leur création doit naître de la volonté des professionnels de santé de ville. Une démarche volontariste de la part d'un hôpital pour créer une CPTS pourrait être interprétée comme une incursion du secteur hospitalier dans le secteur des soins de ville et être mal perçue. L'hôpital peut cependant apporter un appui aux CPTS en termes de moyens, souvent apprécié, notamment en mettant à disposition des salles de réunion ou des moyens logistiques. Certaines CPTS se distinguent par un caractère très intégratif à l'égard de l'hôpital, voire ont même nommé un médecin hospitalier en tant que vice-président.

L'un des professionnels interrogés souligne également qu'en l'absence de CPTS, le lien ville-hôpital peut être investi en suivant les mêmes axes de développement. La CPTS n'est en effet qu'un dispositif de coordination, un facilitateur, qui ne se préjuge pas des « contenus » de la collaboration ville-hôpital et ne s'y substitue pas. Au-delà des outils numériques pour mettre en place et gérer des plages de soins non programmées (par exemple via un outil numérique de type « Entr'Actes »), le lien ville-hôpital peut s'incarner dans des rencontres entre professionnels de ville et hospitaliers pouvant prendre diverses formes :

- Soirées ville-hôpital sur une thématique particulière, une spécialité, une pathologie, une prise en charge ou un parcours donné ;
- Des staffs communs, notamment pour le suivi de patients chroniques et la prévention des complications, voire la prise en compte de celles-ci en avance de phase pour anticiper l'organisation à venir du parcours ;
- Des CREX communs.

La réalisation de sessions de formations médicales continues en commun est également soulignée comme un levier, ainsi que des collaborations sur les programmes d'éducation thérapeutique du patient ou sur des sujets liés à la prévention. Enfin, des initiatives visant à aller vers les médecins de ville pour présenter l'offre de soins par spécialité sont également mentionnées comme un levier de développement du lien ville-hôpital et d'adressage de patients par les médecins des soins primaires.

Lors des entretiens avec les médecins du GHPSO, certains ont évoqué des actions visant à dynamiser le lien ville-hôpital, témoignant ainsi d'une réflexion commençant à émerger sur ce sujet. Plusieurs actions ont été citées, telles que l'organisation de rencontres thématiques ville-hôpital, des staffs communs et des réunions de revues de cas, ou encore des actions de communication de l'hôpital vers les professionnels de ville pour présenter l'offre de soins, le plateau technique ou les nouveaux praticiens. Le développement des consultations avancées est également cité, compte-tenu d'une initiative de ce type mise en place en ophtalmologie par le GHPSO au CH de Pont-Sainte-Maxence. Des consultations

avancées en gynécologie et suivi de grossesse pourraient être déployées dans ce même établissement par le GHPSO, ainsi que des consultations en chirurgie dans des MSP.

L'ensemble de ces initiatives sont mentionnées dans le rapport Jardry commandé par la FHF en 2018 et intitulé « Renforcer le lien ville-hôpital ». Le rapport recommande également de nommer un interlocuteur institutionnel au sein de l'hôpital en charge des relations avec les médecins libéraux, d'adopter des protocoles communs entre professionnels hospitaliers et de ville et d'ouvrir la gouvernance des GHT à la médecine de ville. Le rapport identifie en outre 7 clés pour développer le lien ville-hôpital : liberté d'organiser ce lien en fonction des spécificités du territoire ; faire du patient un dénominateur commun des actions ; dialoguer ; confiance et respect ; co-construire ; coordonner ; valoriser les actions communes.

Dans le contexte d'absence de CPTS, le GHPSO pourrait donc avoir intérêt à se rapprocher des professionnels de santé en ville, par exemple en ciblant les MSP sur le territoire, pour faire connaître son offre de soins, développer l'adressage et travailler sur de projets communs.

Dans le cadre de la mission du stage direction concernant l'élaboration du projet médical et du projet stratégique, un plan d'action visant à dynamiser le lien ville-hôpital a été proposé, en lien avec les parcours notamment (voir en annexe).

### **3.4 La tension sur la démographie professionnelle : un point de fragilité dans le développement des parcours ? L'intérêt des politiques d'attractivité**

Comme de nombreux établissements, le GHPSO est confronté à des difficultés de recrutement médical et de manière croissante à une tension sur les recrutements paramédicaux. Ces difficultés sont patentes en pneumologie, en cardiologie, en diabétologie, gériatrie et sur les effectifs d'urgentistes. S'agissant des paramédicaux, le GHPSO connaît des difficultés importantes sur les effectifs de MERM<sup>48</sup>, dans un contexte de fortes tensions au plan national sur ces professionnels, conduisant à des comportements de « mercato » : certains établissements n'hésitant pas à venir débaucher des MERM en

---

<sup>48</sup> Manipulateurs en électro-radiologie médicale, plus couramment appelés manipulateurs radios. Ces personnels assistent les radiologues en réalisant les actes d'imagerie

sortie d'école en leur proposant le rachat de leur clause de dédit de formation lorsque celle-ci a été financée par le GHPSO. Les IPA, sur lesquelles reposent de nombreuses orientations en matière de parcours, constituent également une profession en tension dans la mesure où leur statut et l'ouverture des formations étant très récents, il y a encore peu d'effectifs formés sur le territoire. Le temps de formation doit donc être pris en compte dans le déploiement des parcours, lorsqu'une IPA est formée en interne.

L'effectif en professionnels médicaux et paramédicaux revêt un enjeu majeur dans la mesure où il conditionne la sécurité et la qualité des prises en charge, voire leur pérennité. Ainsi, le départ de plusieurs diabétologues-endocrinologues du GHPSO il y a deux ans a mis un coup d'arrêt à plusieurs développements envisagés dans cette spécialité, dans l'attente du recrutement de nouveaux praticiens. Lorsque l'effectif est en tension, le départ d'un seul médecin peut mettre en difficulté tout un service ou une spécialité, rendant complexe le maintien de la permanence des soins et l'organisation des plannings de gardes par exemple. Un départ de médecin peut se traduire également par une perte de l'agrément dans la spécialité pour recevoir des internes, des assistants à temps partagés ou des docteurs juniors. La difficulté à recruter des médecins interroge la faisabilité de certains développements envisagés dans le cadre des parcours. En effet comment développer l'offre de consultations avancées ou de télémédecine, si l'effectif disponible est déjà à peine suffisant pour assurer les prises en charge au sein de l'établissement ? Un dossier de la DREES publié le 26 mars 2021 pointe une stagnation des effectifs médicaux jusqu'en 2030, s'accompagnant d'une baisse de la densité médicale du fait de l'augmentation des besoins de santé due au vieillissement. Les effectifs ne repartiraient à la hausse qu'à partir de 2030 à hauteur de +1,5% par an jusqu'en 2050. Ce dossier souligne à nouveau une tendance à l'œuvre sur la période 2012 – 2021, qui devrait se poursuivre dans les années à venir : l'exercice tout libéral se raréfie au profit d'un exercice mixte combinant activités libérales et salariées, voir salariat exclusif. Ce qui peut constituer une opportunité pour les hôpitaux, sous réserve des conditions de travail souvent perçues comme plus difficiles que dans le secteur privé.

La mise en place d'une politique d'attractivité médicale à très court terme au GHPSO apparaît donc indispensable pour redynamiser les flux de recrutements, d'autant plus dans un contexte de vieillissement de la population des praticiens hospitaliers et des responsables médicaux ou chefs de structures internes. Une politique d'attractivité vise à rendre l'établissement plus attractif pour faciliter les recrutements, mais aussi pour fidéliser les personnels. Les axes d'une telle politique sont nombreux. Un livre blanc publié par la société Medgo, devenu Hublo, propose les axes suivants pour le personnel médical :

- Décloisonner l'établissement en capitalisant sur le lien ville-hôpital et en développant une stratégie territoriale ;

- Miser sur la co-construction de projets en identifiant les besoins des personnels médicaux en la matière et en leur proposant un accompagnement individualisé autour de leurs projets ;
- Mettre en place une politique de qualité de vie au travail ;
- Retrouver les valeurs de la communauté hospitalière.

Un MOOC lancé par la FHF en 2018<sup>49</sup> sur l'attractivité médicale, propose des exemples concrets et des retours d'expérience suivant les mêmes axes, mais en misant également sur la diversité des statuts médicaux, sur l'exercice partagé, le management médical et l'intégration de la politique d'attractivité et de QVT dans le projet médical (notamment le PMP) du GHT et le projet social. L'ARS Occitanie<sup>50</sup> propose également des axes d'attractivité médicale dans une réflexion conduite avec sa commission régionale paritaire. Cette réflexion met en évidence un déficit d'attractivité de l'hôpital public, dû à de multiples facteurs, tels que la lourdeur de la permanence des soins, les conditions d'exercice, le manque d'équité ressenti parfois au sein des équipes sur les périodes de prise de congés ou l'accès à la formation. Plusieurs actions visant à redonner de l'attractivité sont proposées : professionnalisation et individualisation de l'accueil, proposer des plages de télétravail, accompagnement à l'installation, encourager les démarches de co-construction, accompagner les projets et renforcer les compétences managériales.

Développer des liens avec de futurs professionnels médicaux apparaît également crucial, notamment vis-à-vis des internes, des assistants partagés ou des docteurs juniors. Mais il est difficile pour un établissement MCO périphérique tel que le GHPSO de lutter contre la force d'attraction du CHU vis-à-vis de ces jeunes professionnels en formation.

Les leviers à destination des professionnels paramédicaux sont quelque peu différents. Le livret blanc de Medgo souligne les axes suivants : création d'une marque employeur, redonner du sens et de l'autonomie au travail, management bienveillant et communication interne. On pourra remarquer que ces leviers sont susceptibles également de bénéficier à l'attractivité médicale.

Dans le cadre des missions du stage de direction, une politique de recrutement et d'attractivité médicale a été proposée pour répondre aux tensions observées sur la démographie médicale.

<sup>49</sup> <https://mooc-attractivite.fhf.fr>

<sup>50</sup> <https://www.occitanie.ars.sante.fr/index.php/attractivite-medicale-au-sein-des-etablissements-de-la-fonction-publique-hospitaliere?parent=14397>

## Conclusion

Porteurs d'enjeux majeurs d'adaptation de notre système de santé aux défis auxquels le confronte la transition épidémiologique, les parcours font l'objet depuis une vingtaine d'années, de nombreuses initiatives élaborées à l'échelon national et à l'échelon régional. Celles-ci visent à créer des conditions favorables à la mise en œuvre des parcours et à inciter les acteurs du système de santé à s'engager dans leur déploiement, ce qui s'apparente à un virage, à l'instar du virage ambulatoire ou numérique, que les établissements de santé n'ont pas d'autres choix que d'emprunter.

Au-delà des enjeux liés à l'adaptation du système de santé, les parcours peuvent répondre sur le terrain à plusieurs difficultés rencontrées par des établissements MCO tels que le GHPSO, en leur permettant de mieux répondre aux besoins de santé du territoire, d'améliorer l'expérience patients, de regagner de l'activité et des parts de marché en structurant les prises en charge et leur donnant de la visibilité en les adaptant au plus près des besoins des patients. Les parcours constituent aussi un gisement de performance pour les établissements en ouvrant un potentiel de fluidification des circuits patients en interne et en aval, et au global, en contribuant à la qualité et à la sécurité des prises en charge.

La construction des parcours s'inscrit dans des dynamiques complexes de territorialisation que les hospitaliers doivent s'approprier. Elle exige de dépasser les logiques de silo, d'amener les différentes communautés professionnelles à travailler ensemble, à se projeter dans la prise en charge extra-hospitalière et sociale, en incluant les soins primaires et la ville et en intégrant des logiques d'acteurs différentes. Les parcours mobilisent de nouvelles compétences, organisationnelles, managériales et de coordination, ainsi que des moyens financiers, numériques et humains conséquents. Les parcours constituent donc un levier de transformation majeur pour les hôpitaux, au bénéfice des patients et des professionnels.

Toutefois, au-delà des injonctions et malgré les bénéfices manifestes associés aux parcours, ces derniers restent difficiles à opérationnaliser sur le terrain pour les hôpitaux, car les parcours confrontent ces-derniers aux difficultés structurelles, organisationnelles et culturelles qu'ils cherchent à résoudre. La notion de parcours ne peut se résumer à un simple synonyme de « prise en charge » et implique un changement de paradigme de la part des professionnels hospitaliers pour se projeter en amont et en aval dans une logique de réseau et partenariale. Les parcours s'inscrivent dans des temps de discussion et d'élaboration potentiellement importants, car ils interrogent de fait les organisations, les réflexes habituels, les cultures et des identités professionnelles parfois marquées. Ces éléments doivent être pris en compte dans la conception des parcours, qui ne peuvent se

limiter qu'à une simple incantation, mais exigent de mobiliser les acteurs dans une gestion de projet et une démarche qui doivent être structurés, portés, partagés et appropriés.

L'expérience du GHPSO témoigne bien de ces enjeux, des difficultés et des bénéfices en termes de transformation qu'impliquent les parcours. A la lecture de la littérature sur les parcours, la démarche mise en place au GHPSO appelle quelques recommandations. Cependant, cette démarche doit être replacée dans un contexte spécifique. L'établissement a déjà pu mettre en place avec succès des parcours, notamment sur le volet gériatrique ou bariatrique, et s'inscrit dans une perspective de structuration, de formalisation et de montée en charge des parcours dans l'ensemble des spécialités. La réflexion de l'établissement sur cette montée en charge en est encore à ses débuts et s'inscrit dans un travail plus global de réflexion dans le cadre de l'élaboration du projet médical, du projet soignant et d'un projet stratégique, qui sans nul doute permettront de formaliser la démarche et la méthodologie. Le contexte a également été marqué par la crise sanitaire liée à la COVID-19 qui a durement frappé le GHPSO, puisque celui-ci a été l'un des premiers établissements touchés dans un territoire de santé où l'incidence a été particulièrement élevée durant les trois vagues. La sortie de crise permettra de reprendre les travaux dans des modes d'élaboration collectifs associant l'ensemble des acteurs concernés.

Reste que la problématique de la démographie médicale et paramédicale s'avère préoccupante au regard du développement des parcours, car comment déployer ces derniers si les établissements ne disposent pas des effectifs suffisants ? Il s'agit là d'un point d'attention majeur pour les équipes de direction. La mise en place de politiques de recrutement fondées sur l'attractivité doit donc constituer une priorité pour les directeurs hospitaliers chargés des ressources humaines et des affaires médicales.

Enfin, pour les directeurs d'hôpital, qui doivent promouvoir et accompagner les stratégies orientées parcours, il s'agit aussi de mieux s'approprier les organisations médicales et soignantes, d'être en capacité de comprendre et accompagner des démarches innovantes, telles que la révolution numérique ou l'amélioration de l'expérience patient, mais aussi de développer des liens avec les acteurs locaux des soins primaires et surtout de savoir créer les conditions du dialogue et de l'échange entre différentes communautés professionnelles. En effet, on ne peut pas tout attendre des outils et des processus développés dans le cadre des parcours. Le travail d'élaboration, de mise en œuvre et de coordination qu'ils impliquent passe avant tout par la relation humaine et des moments de partage sur les différences et les difficultés de chacun pour trouver des leviers communs et des solutions concertées, donnant tout son sens à une citation d'Henry Ford « Se réunir est un début, rester ensemble un progrès, travailler ensemble est la réussite ».

---

## Bibliographie

---

### Ouvrages :

Aissou M., Danos J-P., Jolivet A., 2020, *Structurer les parcours de soins et de santé ; Politique, méthodes et outils pour la mise en œuvre de la loi Santé*, Bordeaux, LEH Éditions, 2<sup>ème</sup> édition, 330 p.

Minvielle E., 2018, *Le patient et le système : en quête d'une organisation sur mesure, Approches innovantes du parcours en santé*, Paris, France, Seli Arslan, 283 p.

### Articles :

Dewitte J-P., Delas A., Dichamp I., « La mise en place des GHT : où en est-on ? », *Gestion Hospitalières*, n°566, mai 2017

Féry-Lemonnier, Monnet E., Prisse N., 2014, « Parcours de santé : enjeux et perspectives », *Actualité et Dossier en Santé Publique (ADSP)*, n°88, septembre 2014, pp. 11-56

Grover A., Joshi A., « An Overview of Chronic Disease Models: A Systematic Literature Review », *Global Journal of Health Science*, vol. 7, No 2 ; 2015, 17 p

Lapinte A., « Reste à Charge et Santé, Quelles conséquences ? Quelles prises en charge ? », *Actualité et Dossier en Santé Publique (ADSP)*, n°102, mars 2018

Levesque J-F, Feldman D., Dufesne C., Bergeron P., Pinard B, Gagné V., « Barrières et éléments facilitant l'implantation de modèles intégrés de prévention et de gestion des maladies chroniques », *Pratiques et Organisation des Soins*, vol. 40 n°4, octobre-décembre 2009

Porter, M., 2010, « What is Value in Health Care? », *The New England Journal of Medicine*, december 2010

Pines J., Selevan J., McStay F., Meaghan G., McClellan M., 2015, "Kayser Permanente – California : A Model for Integrated Care for the Ill and Injured", Centre for Health Policy at Brookings, The Brookings Institution,

Simon P., Gayraud P., 2017, « Télémédecine, des pratiques innovantes pour l'accès aux soins », *Actualité et Dossier en Santé Publique (ADSP)*, n°101, décembre 2017

Wald J. T., Lowery-Schrandt S., Hayes D. L., Kotsenas A. L., "Mayo Clinic Care Network: A Collaborative Health Care Model", American College of Radiology, 2017

### **Publications et rapports :**

ANAP, 2019, « Fluidifier les parcours patients et les synergies entre acteurs – Démarches et outils », février 2019 : <https://ressources.anap.fr/parcours/publication/2476>

ANAP, fiche de poste du bed manager : <https://ressources.anap.fr/gestion-des-lits/publication/1135-modele-de-fiche-de-poste-bed-manager->

ARS des Hauts-de-France, 2019, Projet Régional de Santé de la région Hauts-de-France 2018-2028 disponible sur : <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-hauts-de-france-2018-2028>

ARS Occitanie, Projet Structurant – Attractivité, « Le médecin à l'hôpital : l'enjeu de l'attractivité », document de synthèse, Commission Régionale Paritaire Occitanie, avril 2021, disponible ici : <https://www.occitanie.ars.sante.fr/index.php/attractivite-medicale-au-sein-des-etablissements-de-la-fonction-publique-hospitaliere?parent=14397>

Assurance maladie, 2016, « Les bénéficiaires du dispositif des affections de longue durée en 2014 et les évolutions depuis 2005 », Points de repère, numéro 46, juin 2016,

Aubert, J-M, 2019, « Modes de financement et de régulation », Stratégie de Transformation du Système de santé, Rapport final

Cour des comptes, 2017, Rapport, « L'avenir de l'assurance maladie, assurer l'efficience des dépenses, responsabiliser les acteurs »

Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DRESS), 2017, « Les dépenses de santé depuis 1950 », Études et recherches, n°2017, juillet 2017

Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DRESS), 2017, « Déserts médicaux, comment les définir, comment les mesurer ? », Les dossiers de la DREES, n°17, mai 2017

Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DRESS), 2017 « Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier », Études et Résultats, n°1007, mars 2017

Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DRESS), 2020, « Les dépenses de santé en 2019 - Résultats des comptes de la santé », Panorama de la DREES, édition 2020

Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DRESS), 2021, « Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Constat et projections démographiques »

Fédération Hospitalière de France (FHF), 2018, « Renforcer le lien ville-hôpital » (Rapport Jardry), disponible ici : <https://www.fhf.fr/Presse-Communication/Espace-presse/Communiqués-de-presse/Ville-hopital-des-pistes-pour-renforcer-les-liens>

Haute Autorité de Santé, 2020, Référentiel de certification des établissements de santé pour la qualité des soins, disponible ici : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/referentiel\\_certification\\_es\\_qualite\\_soins.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/referentiel_certification_es_qualite_soins.pdf)

Haute Autorité de Santé, 2016, « Récupération Améliorée Après Chirurgie (RAAC), Synthèse du rapport d'orientation », juin 2016, disponible ici : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/forcedownload/2016-09/synthese\\_raac\\_2016-09-01\\_15-49-32\\_230.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/forcedownload/2016-09/synthese_raac_2016-09-01_15-49-32_230.pdf)

Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM), 2012, Rapport sur l'avenir de l'assurance maladie

MEDGO, « 12 actions pour rendre l'hôpital attractif de nouveau », Livre blanc, 2020

Ministère des Solidarités et de la santé, 2018, Ma Santé 2022 : un engagement collectif, dossier de presse du 18/09/2018

The National Coalition on Health Care and the Institute for Healthcare Improvement, 2002, "Curing the system, Stories of Change in Chronic Illness Care", Accelerating Change Today (ACT), May 2002

OMS, 2016, Integrated Care Models : an Overview, World Health Organization (Regional Office for Europe), October 2016

Référentiel des métiers de la FPH : <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=183>

Secrétariat Général des Ministères chargés des Affaires sociales (SGMAS), 2016, « Parcours de Soins. Parcours de Santé. Parcours de vie. Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers. Lexique des parcours de A à Z »

#### **Références juridiques :**

- Code de la Santé Publique
- Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière
- Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie
- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 dite Loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire (HPST)
- Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 dite Loi de Modernisation de notre Système de Santé (LMSS)
- Loi n°2018-1836 du 30 décembre 2017 de financement de sécurité sociale pour 2018
- Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 dite Loi Organisation et Transformation de notre Système de Santé (OTSS)

Préambule à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence Internationale sur la Santé, New York, 19 juin – 22 juillet 1946, signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États (Actes officiels de l'Organisation Mondiale de la Santé, n°2, p.100) entré en vigueur le 7 avril 1948

#### **Sondages :**

Odoxa, Baromètre Santé 360° : Les Français et l'Hôpital de demain, 2017  
<http://www.odoxa.fr/sondage/barometre-sante-360-francais-lhopital-de-demain>

Odoxa, Baromètre Santé 360° Regards des Français et des Européens sur l'hôpital et la santé aujourd'hui et attentes pour l'avenir, 2018, <http://www.odoxa.fr/sondage/perception-francais-lhopital-sante-a-loccasion-de-paris-healthcare-week/>

#### **MOOC :**

Mooc de la FHF sur l'attractivité médicale, 2018, disponible ici : <https://mooc-attractivite.fhf.fr>

#### **Sites web consultés**

Assurance Maladie, <https://www.ameli.fr/oise/>

CNSA, Parcours de vie, <https://www.cnsa.fr/th%C3%A9matiques/parcours-de-vie>

Haute Autorité de Santé, Patient traceur, [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2807803/fr/patient-traceur](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2807803/fr/patient-traceur)

Haute Autorité de Santé, Parcours traceur, [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/infographies\\_methode\\_parcours\\_traceur\\_certification.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/infographies_methode_parcours_traceur_certification.pdf)

Ministère des solidarités et de la santé, <https://solidarites-sante.gouv.fr>

Statistique Annuelle des Établissements (SAE), <https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/accueil.htm>

Scope Santé, <https://www.scopesante.fr/#/>

---

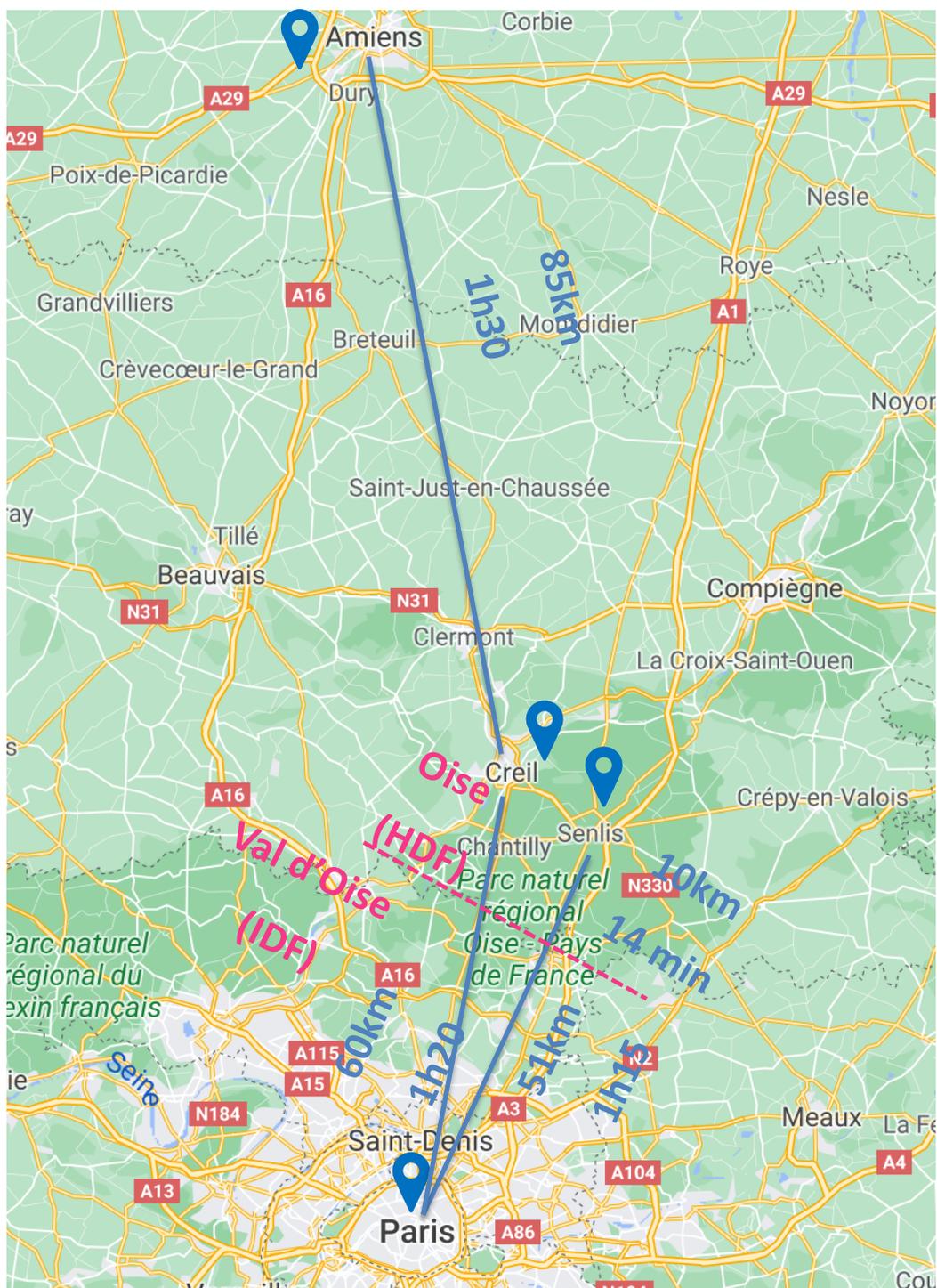
## Liste des annexes

---

- I. **Positionnement territorial du GHPSO**
- II. **Facteurs clés de succès dans une stratégie hospitalière orientée parcours**
- III. **Synthèse des principales recommandations**
- IV. **Proposition de plan d'action visant à mettre en œuvre les recommandations formulées dans ce mémoire**
- V. **Plan d'action visant à dynamiser le lien ville-hôpital au GHPSO**
- VI. **Plan d'action pour mieux intégrer l'expérience patient dans les prises en charge et parcours proposés par le GHPSO**
- VII. **Proposition d'une politique de recrutement médical et d'attractivité pour le GHPSO en réponse aux tensions observées sur la démographie médicale**
- VIII. **Liste des personnes interrogées ou rencontrées dans le cadre de ce mémoire**
- IX. **Guides d'entretiens**

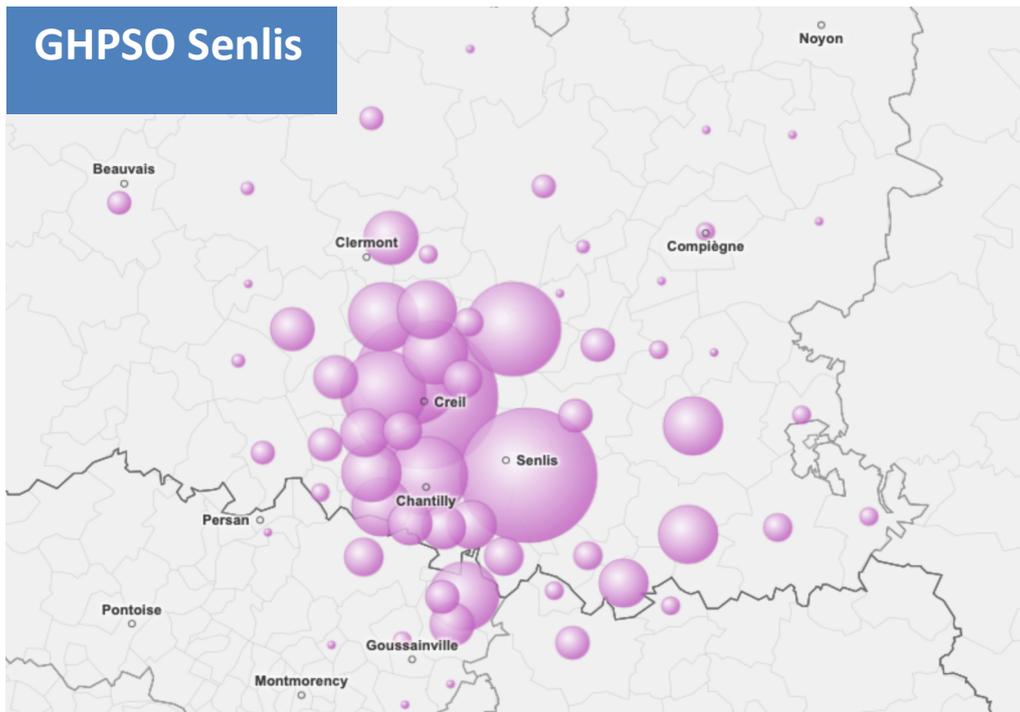
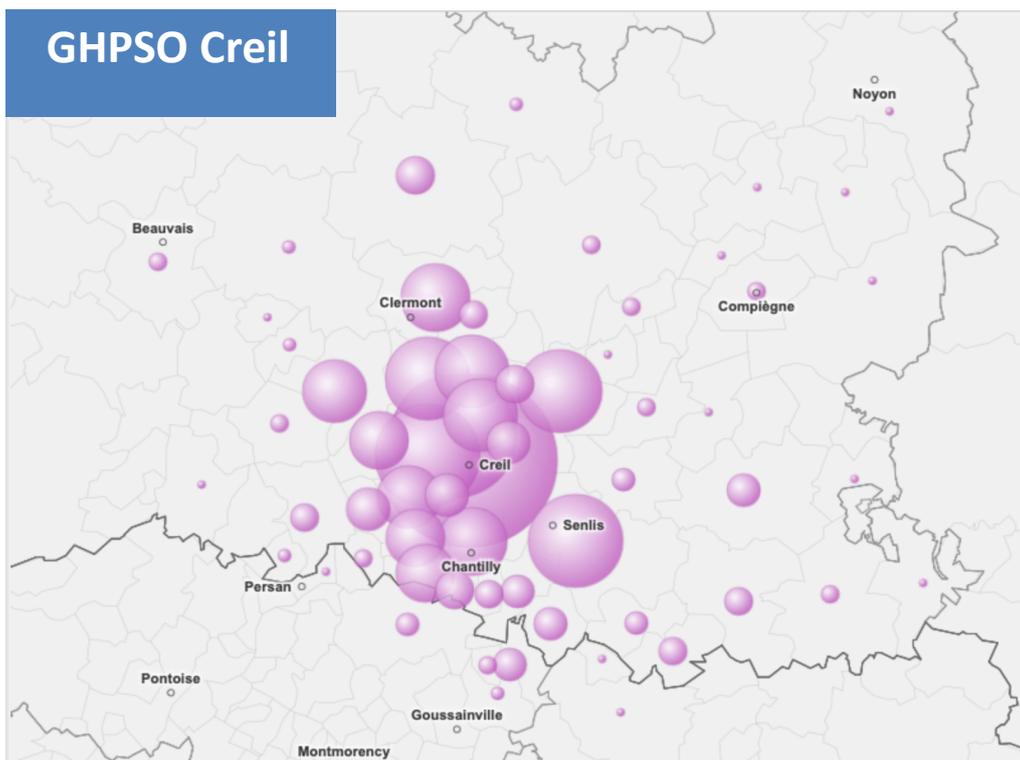
## Annexe I – Positionnement territorial du GHPSO

- Localisation géographique :



- **Recrutement patientèle du GHPSO**

Séjours PMSI MCO au lieu de résidence (2019). Source Scansanté - ATIH



## **Annexe II – Facteurs clés de succès dans une stratégie hospitalière orientée parcours**

- 1) Structurer les parcours en fonction des besoins de santé du territoire, en partant d'une approche populationnelle ou patient ;
- 2) Être attentif à la coordination et aux interfaces ;
- 3) Être attentif aux compétences managériales nécessaires à la mise en place des parcours ;
- 4) Penser le parcours dans toutes ses phases, avec une attention particulière à l'amont (adressage des patients, prévention) et à l'aval (prise en charge après la phase aiguë, réhabilitation, suivi au long cours des pathologies chroniques, prise en compte des facteurs sociaux et des conditions et du parcours de vie) ;
- 5) Veiller à intégrer l'ensemble des acteurs en sortant du prisme médical ou hospitalo-centré : inclure les professionnels des soins primaires et de la ville, les partenaires du territoire, les acteurs du social ;
- 6) Penser les parcours en fonction du patient et des usagers, en incluant notamment une représentation de ceux-ci ou des données issues de l'analyse des besoins, de la satisfaction et de l'expérience patients ;
- 7) Co-construire la méthodologie d'élaboration des parcours ;
- 8) Développer les parcours dans une démarche médico-soignante ;
- 9) Mettre en place un portage institutionnel et managérial de la démarche parcours ;
- 10) Outiller la coordination et le partage d'information entre les acteurs en s'appuyant sur le numérique ;
- 11) Intégrer des pratiques innovantes : télémédecine, télésoin, IPA ;
- 12) Évaluer régulièrement les parcours mis en place pour les ajuster le cas échéant.

## **Annexe III – Synthèse des principales recommandations**

Les recommandations ci-dessous sont issues du travail d'analyse de la littérature et des entretiens menés pour ce mémoire et contextualisées au regard de la démarche en faveur des parcours engagée par le GHP SO. Elles s'appuient également sur les facteurs de succès mentionnés ci-dessus en annexe I.

### **Recommandations globales sur la construction des parcours**

- 1) Clarifier les notions sémantiques ;
- 2) Décliner les chemins cliniques à partir des parcours de soins et non l'inverse ;
- 3) Inscrire la réflexion stratégique et opérationnelles autour des parcours dans un leadership et un portage fort des directions concernées : direction des affaires médicales, direction des soins, direction de la qualité, direction des opérations, direction des systèmes d'information ;
- 4) Mettre en place des fonctions de coordination en identifiant bien les périmètres de chacun, en particulier si le déploiement des parcours donne lieu à la création de nouvelles fonctions de coordination. Bien distinguer leur périmètre des fonctions de coordination existantes et les intégrer en complémentarité les unes avec les autres et non en concurrence : par exemple bien distinguer les fonctions de coordination des parcours au sens d'une animation transversale de la démarche, des fonctions de coordination opérationnelle des parcours dans les services assurant des suivis de patients et la gestion de cas, ou encore des fonctions de coordination des flux au sens de « bed managers » ;
- 5) Penser les parcours en même temps que la stratégie globale numérique, en s'assurant de dégager les leviers d'investissement nécessaires et recherchant les financements possibles ;
- 6) Anticiper l'investissement en temps nécessaires aux équipes pour l'élaboration des parcours, nommer des référents parmi les professionnels médicaux et soignants et leur accorder des décharges d'activité ou des temps consacrés ;

- 7) Intégrer les parcours dans l'évolution du schéma directeur immobilier ;
- 8) Rassembler l'ensemble des acteurs concernés dans la démarche d'élaboration des parcours, y compris la ville et les usagers ;
- 9) Être vigilant aux tensions démographiques sur les professions de santé, susceptibles de fragiliser les parcours.

### **Recommandations par rapport à la démarche mise en œuvre au GHPSO**

- i. Élargir au-delà des chemins cliniques le périmètre d'amorce de la réflexion sur les parcours ;
- ii. Diffuser la culture parcours, former les acteurs ;
- iii. Partager les objectifs de la démarche et la méthodologie avec les acteurs ;
- iv. Associer l'ensemble des acteurs concernés à la construction des parcours ;
- v. Faire converger les points de vue médicaux et soignants dans une approche médico-soignante des parcours ;
- vi. Intégrer dans la construction des parcours le lien avec la ville et avec les usagers ;
- vii. Créer des espaces de dialogue pluridisciplinaires pour la construction des parcours ;
- viii. Plus globalement, mettre en place des actions visant à dynamiser le lien avec la ville et susciter des rencontres avec les praticiens exerçant en ville ;
- ix. Développer des stratégies de recrutement fondées sur l'attractivité pour pallier les tensions de la démographie médicale et soignante susceptibles de fragiliser les parcours.

## Annexe IV – Proposition de plan d'action visant à mettre en œuvre les recommandations formulées dans le cadre de ce mémoire

Recommandations	Pilotes	Acteurs associés	Exemples d'action visant à mettre en œuvre la recommandation
<b>Recommandations d'ordre général</b>			
Clarifier les notions sémantiques	Direction en charge des parcours Coordonnateurs des parcours	Ensemble des acteurs concernés par la conception et la mise en œuvre des parcours	Réunions, formations internes, guide/lexique
Décliner les chemins cliniques à partir des parcours et non l'inverse	Coordonnateurs des parcours	Référents dans chaque spécialité Coordonnateurs de parcours dans les spécialités Responsables médicaux et cadres	Méthodologie à co-construire Réunions de travail pour définir les chemins cliniques à partir des parcours préalablement identifiés
Inscrire la réflexion stratégique et opérationnelle autour des parcours dans un leadership et un portage fort	Direction de l'établissement Direction des parcours	Direction des Affaires Médicales Direction des soins Responsables médicaux (chefs de pôles et de services) Directoire CME CSIRMT Cadres de santé	Réunions de travail thématique Points en instances (Directoire, CME...) Points en réunions de pôles, de services, de staff Organisation d'un comité de pilotage pour suivre l'avancée de la démarche parcours
Mettre en place des fonctions de coordination en identifiant bien les périmètres	Direction des parcours Coordonnateurs des parcours	Fonctions de coordination concernées (gestion des flux, coordinateurs dans les spécialités) Responsables médicaux, Cadres	Réunions de travail, Procédures, Fiches-mémo sur « qui fait quoi »
Penser les parcours en même temps que la stratégie globale numérique	Direction des systèmes d'information	Médecin DIM Responsables médicaux, cadres Référénts informatiques dans les pôles et les services	État des lieux à faire pour chaque système d'information Cartographie des applications Points réguliers en instances Créer un COPIL numérique
Anticiper l'investissement en temps nécessaires aux équipes pour l'élaboration des parcours	Direction des parcours	Direction des affaires médicales Direction des soins Direction des ressources humaines Responsables médicaux Cadres	Nommer des référents dans chaque spécialité/discipline concernée par les parcours, sans oublier les services supports Mettre en place des temps dédiés
Intégrer les parcours dans l'évolution du schéma directeur immobilier	Direction des opérations	Direction des services techniques Responsables médicaux et cadres	Informé sur le schéma immobilier Réunions thématiques COPIL immobilier pour la mise à jour du schéma et son suivi
Rassembler l'ensemble des acteurs concernés dans la démarche d'élaboration des parcours y compris la ville et les usagers	Direction des parcours	Direction des Affaires Médicales, Direction des Soins, Responsables médicaux Coordonnateurs de parcours dans les spécialités	Réunions thématiques sur le suivi des parcours Réunions de travail pour constituer des parcours Formations communes sur la thématique des parcours

		Cadres Responsable du service social Représentants des usagers à la CDU Représentants de la CPTS ou à défaut interlocuteurs privilégiés du lien ville-hôpital à identifier	Points réguliers en instances (Directoire, CME, CSIRMT, CDU)
Être vigilant aux tensions démographiques sur les professions de santé, susceptibles de fragiliser les parcours	Direction des affaires médicales Direction des soins Direction des ressources humaines	Responsables médicaux Cadres Direction des parcours Coordonnateur des parcours	Mise en place d'une politique de recrutement et d'attractivité Gestion prévisionnelle des ressources humaines  Points réguliers en CME et en CSIRMT
<b>Recommandations plus spécifiques à la démarche mise en œuvre au GHPSO</b>			
Élargir au-delà des chemins cliniques le périmètre d'amorce de la réflexion sur les parcours	Direction des parcours Coordonnateur des parcours	Responsables médicaux Cadre Coordonnateurs de parcours dans les spécialités	Formation, sensibilisation sur les enjeux liés aux parcours Démarrer la réflexion à partir des besoins de la patientèle Intégrer systématiquement l'ensemble des professionnels concernés, y compris du service social, des structures partenaires et de la ville et, si possible, des représentants des usagers
Diffuser la culture parcours, former les acteurs	Direction des parcours Coordonnateurs des parcours Direction des ressources humaines Direction des affaires médicales	Responsables médicaux, Cadres Personnels médicaux et soignants Service social Partenaires sur le territoire	Mettre en place des actions de formations dédiées Inclure une thématique parcours dans le plan de formation
Associer l'ensemble des acteurs concernés à la construction des parcours	Direction des parcours	Direction des Affaires Médicales, Direction des Soins, Responsables médicaux Coordonnateurs de parcours dans les spécialités Cadres Responsable du service social Représentants des usagers à la CDU Représentants de la CPTS ou à défaut interlocuteurs privilégiés du lien ville-hôpital à identifier	Réunions thématiques sur le suivi des parcours Réunion de travail pour constituer des parcours Formations communes sur la thématique des parcours  Points réguliers en instances (Directoire, CME, CSIRMT, CDU)
Faire converger les points de vue médicaux et soignants dans une approche médico-soignante	Direction des parcours	Direction des affaires médicales Direction des soins Responsables médicaux Cadres Coordonnateurs des parcours	Réunions de travail commune sur les parcours Associer les personnels médicaux et soignants à la réflexion, en même temps

		Coordonnateurs des parcours dans les spécialités	Penser la démarche parcours dans un projet médico-soignant
Intégrer dans la construction des parcours le lien avec la ville et les usagers	Direction des parcours Direction des affaires médicales	Direction des soins Direction en charge des usagers	Voir plans d'action spécifiques « dynamiser le lien ville-hôpital » et « mieux intégrer l'expérience patients »
Créer des espaces de dialogue pluridisciplinaires pour la construction des parcours	Direction des parcours	Ensemble des professionnels hospitaliers et de ville impliqués dans les parcours	Réunions de travail, ateliers thématiques, espaces numériques collaboratifs, COPIL parcours
Dynamiser le lien avec la ville et susciter des rencontres avec les praticiens exerçant en ville	Direction des parcours Direction des affaires médicales Direction des soins	Responsables médicaux Ensemble des praticiens Cadres et personnels paramédicaux impliqués dans les parcours Professionnels des soins primaires et de ville	Voir plan d'action spécifique « dynamiser le lien ville-hôpital »
Développer des stratégies de recrutement fondées sur l'attractivité pour répondre aux tensions de la démographie médicale et paramédicales, susceptible de fragiliser les parcours	Direction des affaires médicales Direction des ressources humaines	Responsables médicaux Directoire, CME, CSIRMT	Voir politique de recrutement et d'attractivité médicale

## Annexe V – Plan d’action en faveur de la dynamisation du lien ville-hôpital

Le présent plan d’action a été conçu et proposé dans le cadre de ma mission de stage de direction consacrée à l’élaboration du projet médical et du projet stratégique. Les actions proposées se fondent sur les échanges avec les professionnels interrogés sur le lien ville-hôpital, ainsi que sur les données collectées dans le cadre des recherches menées pour ce mémoire. Le plan a été ensuite bâti en fonction du contexte du GHPSO. Il est repris ici au regard de l’intérêt du lien ville-hôpital dans le développement des parcours.

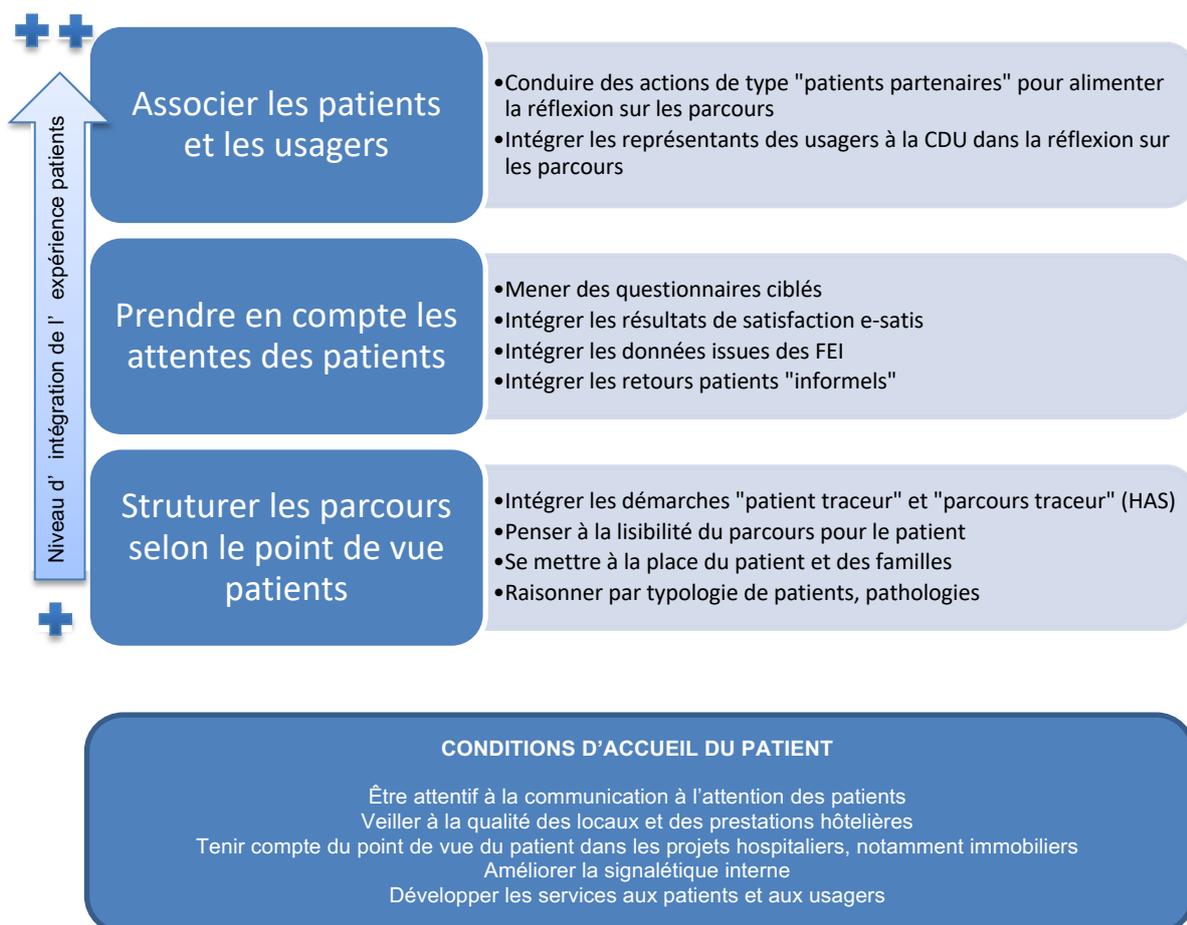
MIEUX SE CONNAITRE ET MIEUX TRAVAILLER AVEC LA VILLE : UNE STRATÉGIE EN 3 AXES AU SERVICE DU LIEN VILLE-HOPITAL AU GHPSO	
⇒	« <b>INFORMER</b> » : informer les professionnels des soins primaires sur l’offre de soins et l’actualité du GHPSO
⇒	« <b>ÉCOUTER</b> » : écouter les besoins des professionnels des soins primaires et de ville, notamment au regard de leurs attentes vis-à-vis de l’hôpital
⇒	« <b>TRAVAILLER ENSEMBLE</b> » : mener des projets, staffs, CRX, FMC en commun, au bénéfice des patients

	<b>INFORMER</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informer les professionnels des soins primaires et de ville, ainsi que les partenaires du territoire, sur l’offre de soins du GHPSO et son actualité : prises en charge, spécialités, parcours</li> <li>• Informer les médecins (généralistes et spécialistes) sur les nouveaux praticiens arrivés au GHPSO</li> <li>• Mettre en place des canaux d’information dédiés : newsletter, page « professionnels » sur le site internet du GHPSO, voire un extranet</li> </ul>	<b>Actions servant les 3 axes :</b> Organiser des rencontres ou réunions de travail ville-hôpital sur des thématiques d’intérêt pour le lien ville-hôpital, sur des spécialités, pathologies ou parcours
	<b>ÉCOUTER</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifier les besoins et les attentes des professionnels des soins primaires et de ville vis-à-vis du GHPSO, par exemple à l’aide d’un questionnaire</li> <li>• Mettre en place un formulaire dédié sur le site internet</li> <li>• Proposer des points de contacts (numéro de téléphone) dédiés aux professionnels de ville</li> <li>• En l’absence de CPTS sur le territoire, identifier des interlocuteurs relais parmi les professionnels de ville</li> </ul>	
	<b>TRAVAILLER ENSEMBLE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en place des « staffs » et des CREX communs</li> <li>• Développer des actions de formation médicale continue en commun</li> <li>• Associer les professionnels des soins primaires et de la ville aux projets de l’hôpital</li> <li>• Conduire des projets ville-hôpital en commun</li> </ul>	
<b>Dimensions à développer dans l’ensemble des actions :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en avant les points communs, ce qui rassemble, plutôt que ce qui distingue ou divise</li> <li>• Écouter et tenir compte des contraintes de chacun, liées notamment au mode d’exercice</li> <li>• Développer la convivialité : mieux se connaître est l’une des conditions d’un lien ville-hôpital qui fonctionne</li> </ul>			

## Annexe VI – Plan d’action en faveur d’une meilleure prise en compte de l’expérience patients dans les prises en charge et les parcours proposés par le GHPSO

Le travail sur les parcours dans le cadre de la mission de stage de direction confiée par le GHPSO sur le projet médical et le projet stratégique a donné lieu à la proposition d’un plan d’action visant à mieux prendre en compte le point de vue et l’expérience patients, à la fois dans les prises en charge et dans la structuration des parcours.

### MIEUX INTÉGRER L’EXPÉRIENCE PATIENTS DANS NOS PRISES EN CHARGE ET DANS NOS PARCOURS



## Annexe VII – Proposition de politique de recrutement et d’attractivité médicale pour le GHPSO en réponse aux tensions observées sur la démographie médicale

Les difficultés de recrutement médical rencontrées par le GHPSO que j’ai pu observer notamment dans le cadre de mes missions de stage de direction au sein de la Direction de la Stratégie et des Affaires Médicales, m’ont conduit à proposer une politique de recrutement médical et d’attractivité. Ces éléments ont été intégrés au projet médical et au projet stratégique et doivent constituer également des axes de travail dans le cadre du volet consacré aux personnels médicaux dans le projet social du GHPSO qui sera travaillé prochainement. Les actions proposées dans le cadre de cette politique sont reprises ici, au regard de leur intérêt dans la démarche de développement des parcours ; les tensions sur les ressources humaines médicales constituant des freins potentiels majeurs à leur déploiement.

### Politique de recrutement

Structurer une politique de recrutement au service des besoins de l’offre de soins du GHPSO pour maintenir la pérennité des prises en charge		
T <sub>0</sub>	Définir les besoins en personnel médical sur une trajectoire quinquennale (durée du projet médical)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aligner réponse aux besoins de santé, objectifs de notre offre de soins, capacitaire et ressources humaines médicales et paramédicales</li> <li>Définir un schéma cible des besoins de recrutements médicaux pour les 5 années à venir et l’actualiser chaque année</li> </ul>
1	Augmenter le nombre de praticiens de plein exercice	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identifier des filières par spécialité et développer des coopérations avec les CHU et l’AP-HP</li> <li>Développer les temps partagés dans le cadre de ces coopérations et d’une stratégie territoriale</li> <li>Capitaliser sur les leviers d’attractivité des statuts médicaux</li> <li>Développer l’exercice mixte dans le cadre du lien ville-hôpital</li> </ul>
2	Accompagner les lauréats des EVC jusqu’à l’inscription à l’ordre ou le passage du concours de praticien hospitalier	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proposer chaque année des entretiens d’étape</li> <li>Favoriser la diversification des compétences par une stratégie territoriale ou des partenariats permettant à ces professionnels d’effectuer une période dans un autre établissement sans quitter le GHPSO</li> <li>Développer des actions de formation dédiées</li> </ul>

3	<p>Attirer et fidéliser les jeunes professionnels médicaux et étudiants en formation médicale (internes, docteurs juniors et ATP)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer des actions de communication mettant en avant des « ambassadeurs » à savoir des internes, ATP et docteurs juniors actuellement au GHPSO ou anciens, ayant apprécié leur expérience dans l'établissement</li> <li>• Obtenir des agréments dans les spécialités n'en disposant pas encore</li> <li>• Mettre en place un dispositif de parrainage ou de tutorat pour faciliter l'intégration des jeunes professionnels</li> </ul>
4	<p>Développer une politique de recrutement communicante pour donner de la lisibilité à nos offres d'emploi</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Communiquer sur nos offres d'emploi sur les réseaux sociaux, professionnels notamment</li> <li>• Inviter les praticiens à relayer ces offres dans leurs réseaux personnels, en proposant des annonces dans les formats adaptés</li> <li>• Identifier des canaux de publication adaptés par filière ou spécialité (site des sociétés savantes par exemple)</li> <li>• Publier systématiquement nos offres d'emploi médicales sur internet</li> <li>• Travailler sur l'attractivité des annonces</li> <li>• Mettre en avant les facteurs régionaux et territoriaux d'attractivité</li> </ul>

## Politique d'attractivité

Développer une politique d'attractivité médicale fondée sur l'accompagnement et le développement professionnel des médecins, la qualité de vie au travail et les valeurs hospitalières		
	Levier d'attractivité	Action
1	Bien intégrer les nouveaux médecins	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Être attentif à l'accueil, distribuer un livret d'accueil</li> <li>• Accompagner dans l'installation</li> <li>• Communiquer sur intranet et dans le « Mensuel » sur les médecins nouvellement arrivés</li> </ul>
2	Accompagner la carrière des professionnels médicaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accompagner les médecins dans leurs projets d'évolution professionnelle</li> <li>• Améliorer l'information statutaire</li> </ul>
3	Mettre en avant la formation médicale continue (FMC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Définir une politique de FMC</li> <li>• Lui donner de la visibilité et de la lisibilité</li> <li>• Communiquer auprès des praticiens sur leurs droits à formation</li> <li>• Accompagner les médecins dans la mise en place de leurs projets de formation</li> </ul>
4	Accompagner les projets des médecins	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relayer les demandes de matériel et d'équipement et donner de la visibilité sur leur traitement</li> <li>• Accompagner les médecins dans leurs projets en leur apportant le soutien nécessaire</li> <li>• Mettre en avant les projets portés par les médecins, l'innovation ou la recherche clinique</li> </ul>
5	Miser sur les synergies territoriales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encourager les projets s'inscrivant dans les synergies territoriales au sein du GHT, mais aussi en lien avec les soins primaires et la ville (axe lien ville-hôpital)</li> </ul>
6	Favoriser l'expression des personnels médicaux et la co-construction des projets	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Présenter les grands projets structurants pour l'hôpital</li> <li>• Y associer les médecins</li> <li>• Animer un groupe de travail sur l'attractivité médicale pour en définir les grands principes au GHPSO, prioriser les actions et les ajuster</li> <li>• Interroger les médecins sur leurs attentes dans le cadre d'un sondage</li> </ul>
7	Développer une marque employeur	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer les principes d'une marque employeur</li> <li>• Renforcer la communication interne en mettant à profit intranet et le « Mensuel » pour communiquer sur les grands projets de l'hôpital</li> <li>• Renforcer la communication externe sur le site internet pour contribuer à la bonne réputation (e-reputation du GHPSO)</li> <li>• Communiquer en externe sur nos grands projets, nos innovations, nos réussites (presse, journal municipal)</li> </ul>
8	Conforter le management médical	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer les formations de management de projets pour les porteurs de projets médicaux</li> <li>• Développer les formations au management pour les managers médicaux</li> <li>• Les accompagner dans les difficultés du quotidien</li> <li>• Sensibiliser aux problématiques managériales médicales</li> <li>• Organiser des temps de réunion dédiés pour évoquer ces sujets</li> </ul>

9	Développer la qualité de vie au travail	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Travailler sur nos organisations, notamment sur les problématiques de flux et de gestion des lits, sources de tensions et de conflits.</li> <li>• Ne pas sous-estimer l'impact de nos organisations de travail sur la QVT (levier dans le cadre des « magnet hospitals »)</li> <li>• Proposer des plages de télétravail aux médecins pour assurer leurs tâches administratives médicales</li> <li>• Assurer de l'équité dans les plannings médicaux, notamment dans les services où des difficultés sur ce sujet peuvent être observées. Travailler dans ce cas sur des chartes de construction des plannings</li> <li>• Développer les actions de cohésion ou visant à améliorer l'expérience agent</li> <li>• Créer des bulles de repos</li> </ul>
10	Réaffirmer les valeurs hospitalières	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réaffirmer les valeurs hospitalières dans nos projets, notre communication et nos annonces de recrutement</li> <li>• Les valeurs hospitalières impliquent de réaffirmer le positionnement du patient dans nos actions et nos prises en charge</li> <li>• Les valeurs hospitalières doivent servir de guides à nos actions</li> <li>• Elles constituent également un levier de régulation dans les situations de tension ou conflictuelles</li> </ul>

## **Annexe VIII – Liste des personnes interrogées ou rencontrées dans le cadre de ce mémoire**

### ➤ **Professionnels du GHPSO**

- Directeur des Affaires Médicales
- Directeur en charge des opérations, des SI, des parcours, de la qualité et des relations usagers
- Directeur du GHPSO
- Directrice des soins
- Présidente de la CME
- Chef du pôle de chirurgie par intérim
- Cheffe du pôle Oncologie
- Chef du pôle cardiologie – neurovasculaire – prévention
- Chef du pôle Femme-Mère-Enfant
- Chef du service de gynéco-obstétrique
- Chef du service Hépatogastro-entérologie
- Chef du service neurologie
- Chef du service tête et cou (stomatologie et ORL)
- Médecin DIM
- Cadre supérieur de santé du pôle de chirurgie
- Coordonnateur des parcours
- Coordonnatrice de l'hôpital de jour
- Coordonnateur de la filière gériatrique
- Représentant des usagers à la Commission des Usagers

### ➤ **Professionnels extérieurs au GHPSO**

- Coordonnateur régional, référent pour l'Oise de la Fédération des structures d'exercice coordonnées et MSP (FEMAS) en Hauts-de-France
- Vice-Présidente de la CPTS de la Côte de Granit Rose
- Directrice des Parcours Patients, CH de Moulins-Yseure

## Annexe IX – Guides d'entretiens

### Entretiens avec les personnels médicaux, directeurs et cadre du GHPSO

- Quels sont les parcours, filières ou modes de collaboration existants dans la spécialité ou la discipline concernée ?
- Quel est le bilan de cet existant ?
- Quels nouveaux parcours pourraient être envisagés ?
- Quelle est la population/patientèle cible ?
- Dans quels buts déployer ce(s) parcours ? Pour quels résultats, finalités et bénéfices attendus sur la santé de la population du territoire ?
- Quels sont les acteurs hospitaliers et extra-hospitaliers qui pourraient être impliqués dans ces parcours : dimension médico-sociale, sociale, lien ville-hôpital ?
- Quelle intégration de la prévention et de l'ETP ?
- Identifiez-vous des besoins en termes d'outils numériques ?
- Quels impacts sur le capacitaire et les filières d'aval envisagez-vous ?
- Voyez-vous des difficultés susceptibles d'être rencontrées ?
- Quels moyens financiers, techniques et humains sont-ils nécessaires au développement de ces parcours ?

*Le déroulé, la nature et l'intitulé des questions ont pu être modifiés en fonction des sujets abordés spontanément par l'interlocuteur.*

### Entretiens avec les directeurs + médecin DIM

- Quels attendus sur les parcours ? Pourquoi une volonté de déployer des parcours ?
- Des besoins en termes de parcours sont-ils déjà ciblés ? Pour quelle population/quels patients ? Pour répondre à quels besoins de santé ?
- Comment mieux investir le lien ville-hôpital ?
- Quels sont les déploiements numériques nécessaires ?
- Quels impacts sur le capacitaire et les filières d'aval ?
- Des moyens financiers, techniques et humains sont-ils nécessaires ? Sont-ils identifiés ? Sont-ils budgétés ?
- Des impacts sont-ils attendus sur l'activité, les recettes et les parts de marché ?
- Quelles difficultés sont-elles susceptibles d'être rencontrées dans la construction des parcours ?

### **Entretien avec le représentant des usagers**

- Comment envisagez-vous le parcours du point du patient ou de l'utilisateur ?
- Comment mettre en place ces parcours ?
- Comment les améliorer ?
- Sont-ils adaptés aux usagers et à leurs attentes ?
- L'offre de parcours ou de prise en charge du GHP SO est-elle suffisamment lisible pour les patients ?
- Les patients et les usagers sont-ils suffisamment et bien associés à l'évolution des prises en charges ?
- Des problèmes liés au parcours vous remontent-ils en tant que représentants des usagers ?

### **Personnes externes au GHP SO interrogées sur le développement du lien ville-hôpital**

- Quels sont, selon vous, les attentes des professionnels en ville vis-à-vis de l'hôpital en termes de parcours ?
- Comment développer et renforcer le lien ville-hôpital ? En amont et en aval ?
- Quel est votre retour d'expérience en matière de lien ville-hôpital ?
- Quelles sont les actions qui fonctionnent bien ? Comment les mettre en place ?
- Quels facteurs clés de succès au développement du lien ville-hôpital ?
- Quelles difficultés se posent ou se sont posées ?
- Quels sont selon vous les points qui restent à améliorer ?
- Le lien ville-hôpital passe-t-il seulement par des outils de coordination, numériques notamment ?
- Comment renforcer l'adressage de patients de la ville vers l'hôpital ?

Sur les CPTS :

- Qu'est-ce que vous apporte la CPTS ?
- Comment est venue l'idée de créer une CPTS ? Une CPTS intégrative ?
- Quelles autres initiatives conduire en dehors/en plus de la CPTS ?
- Quelles actions suggérez-vous en l'absence de CPTS sur le territoire pour dynamiser le lien ville-hôpital ?

### **Entretien avec une directrice des parcours dans un autre centre hospitalier**

- Quels est votre retour d'expérience sur les parcours ?
- Quels sont les facteurs clés de succès ?
- Quels parcours, quelles initiatives ont bien fonctionné ?
- Comment mieux intégrer l'expérience patients dans la construction des parcours ?
- Quelles sont les difficultés susceptibles de se présenter ?
- Comment les surmonter ?
- Comment mieux investir le lien ville-hôpital ?



LALLOT

Matthieu

Octobre 2021

## Formation de Directeur d'Hôpital

Promotion 2021

### **Les parcours, un levier de transformation à l'hôpital ? L'exemple d'un établissement MCO, le Groupe Hospitalier Public du Sud de l'Oise (GHPSO)**

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :

#### **Résumé :**

Les parcours font l'objet d'une attention croissante depuis une vingtaine d'année dans les politiques de santé, comme en témoigne la profusion de textes et de dispositifs apparus pour les soutenir.

Dans un contexte de vieillissement et de développement des maladies chroniques, les parcours proposent une réponse aux enjeux d'adaptation des prises en charge à la transition épidémiologique et constituent un axe majeur de transformation de notre système de santé, en s'inspirant du *chronic care model* et de *l'integrated care model* développés en Amérique du Nord.

Dans ce contexte, les établissements de santé sont appelés à mettre en œuvre les parcours et à sortir de l'hospitalo-centrisme pour embrasser la prise en charge de manière plus globale en y intégrant notamment la prévention, l'éducation thérapeutique du patient, les alternatives à l'hospitalisation, la médecine de ville et les soins primaires, ainsi que les dimensions sociales et médico-sociales.

Toutefois, la mise en œuvre des parcours reste complexe à opérationnaliser pour les établissements de santé et se heurte à des réalités structurelles, culturelles et organisationnelles, exigeant un véritable changement de paradigme. Il s'agit aussi notamment d'intégrer davantage les soins primaires et la médecine de ville, dans une conception du lien ville-hôpital qui reste à construire, mais aussi d'amorcer la révolution numérique.

A partir de l'exemple du Groupe Hospitalier Public du Sud de l'Oise, ce mémoire se propose de mieux cerner les enjeux, les leviers et les difficultés liés à la mise en place des parcours dans un établissement de santé MCO et de montrer comment ceux-ci contribuent à la transformation de l'hôpital.

#### **Mots clés :**

Parcours, parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie, parcours de soins coordonnés, lien ville-hôpital, transformation numérique, télémédecine

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